

## EO-001

### VIDEOLONOSCOPIAS EN LA PESQUISA DE CÁNCER COLORRECTAL: EVALUACIÓN DE PARÁMETROS DE CALIDAD Y HALLAZGOS PREVALENTES

Silva, MB 1; Cicchitti, MC 1; Suárez Pellegrino, A 1; Ongay, R 1; Gutiérrez, SA 1; Peréz Ravier, R 1; Benedetti, L 1; Lopez, MC 1; Toro, M 1.  
1 - Hospital Italiano de Mendoza. Argentina.

**Introducción:** la videocolonoscopia (VCC) es uno de los métodos utilizados en la pesquisa del cáncer colorrectal (CCR) y su rendimiento diagnóstico depende de indicadores de calidad como tasa de intubación cecal (IC), tasa de detección de adenomas, calidad de la preparación colónica (PC) y tiempo de retirada.

**Objetivos:** Describir los hallazgos endoscópicos de los pacientes a los que se les realizó una VCC en un servicio ambulatorio de endoscopia con el propósito de conocer las características epidemiológicas, patologías prevalentes y parámetros de calidad cumplidos.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal de cuatro años de duración (enero de 2010 hasta diciembre de 2013). Se incluyeron todas las VCC realizadas. Se analizó los hallazgos endoscópicos y motivo de solicitud; se evaluaron parámetros de calidad como PC, tasa de IC y tasa de detección de pólipos (TDP) por endoscopia.

**Resultados:** Se incluyeron 4505 VCC. La edad media fue de 56 años (DS  $\pm 14,4$ , rango de 2 a 94 años). Fueron menores de 50 años el 28,31%. Predominó el sexo femenino 60,2%. Al evaluar el motivo de solicitud del estudio observamos que la presencia de proctorragia (16,3%) fue el principal, siguiendo en menor frecuencia cambio del hábito evacuatorio (14,0%), dolor abdominal (12,1%), pesquisa de CCR (8,2%), hematoquezia (7,5%), diarrea (7,3%), diverticulosis (6,8%), familiar de primer grado con CCR, anemia, constipación, síndrome intestino irritable, pólipos colónicos, control post-quirúrgico, entre otros. La preparación fue adecuada en el 81,2%. Logrando IC en el 93,8%, sólo en el 3,7% que no se logró fue debido a dificultades impuestas por la inadecuada preparación o por razones técnicas. Hallazgos endoscópicos más prevalentes fueron: diverticulosis (36,8%), pólipos colónicos (24,4%), anastomosis quirúrgicas (4,4%), lesión sugestiva de malignidad (3,4%), y con menor frecuencia melanososis coli, colitis ulcerosa, angiiodisplasia entre otros. VCC sin hallazgos patológicos en el 36,0%. En el análisis de parámetros de calidad a lo largo de los cuatro años la IC se mantuvo estable (2010:93,3%, 2011: 92,7%, 2012: 95,1% y 2013: 94%), al igual que la TDP (2010: 25,7%, 2011: 23,3%, 2012: 31,0% y 2013: 31,3%), con un descenso en la calidad de la preparación (2010: 85,1%, 2011: 81,4%, 2012: 79,3%, 2013: 79,5%). El total de las VCC fueron realizadas por ocho operadores; la TDP por operador se registró con valores entre el 32,3% al 14,2%.

**Conclusión:** A lo largo de los cuatro años la TDP se incrementó; siendo junto con la tasa de IC, parámetros adecuados a los estándares actuales. El presente estudio nos marca la necesidad de homogeneizar la TDP de todos los operadores de nuestro servicio y la necesidad de incorporar otros parámetros de calidad, como la medición del tiempo de retirada, para incrementar nuestro rendimiento diagnóstico.

## EO-003

### INCREASED RISK OF ADVANCED SERRATED POLYPS AND COLORECTAL CANCER IN PATIENTS WITH SERRATED POLYPOSIS: AN OBSERVATIONAL CASE- CONTROL STUDY

Gómez, EJ 1; Pereyra, L 1; González, RA 1; Fischer, C 1; Mella, JM 1; Omodeo, M 1; Panigadi, GN 1; Amante, MF 1; Casas, G 1; Pedreira, SC 1; Cimmino, DG 1; Boerr, LA 1.  
1 - Hospital Alemán. Argentina.

**INTRODUCTION:** Serrated polyposis syndrome (SPS) is a rare disease characterized by the presence of multiple serrated polyps in the colon. Small case series have suggested a high prevalence of colorectal cancer (CRC). The risk of colorectal neoplasia in these patients compared with those with sporadic sessile serrated adenomas (SSA) has not well evaluated.

**AIM:** To compare the risk of advanced serrated polyps (ASP) and CRC in patients with SPS and SSA.

**METHODS:** Clinical records of patients who met the WHO diagnostic criteria for SPS between Aug 2007 and Oct 2013 were retrospectively analyzed. In order to perform a case-control study, patients with sporadic SSA were randomly selected during the same period. Patients with SPS were regarded as "cases" and patients with sporadic SSA as "controls". The risk of conventional adenomas, advanced neoplastic lesions (ANL: villous component  $\geq 75\%$ , size  $\geq 10$  mm, or high grade dysplasia), ASP (cytological high grade dysplasia or size  $\geq 10$  mm) and CRC was assessed. Univariate analysis was performed using Fisher's test for dichotomous variables. We considered results to be significant if the P value was  $< 0,05$ .

**RESULTS:** 120 patients were analyzed: 30 with SPS (cases) and 90 with sporadic SSA (controls). There were no significant differences regarding to: age at diagnosis [SPS (59,9 years; SD $\pm 10$ ; range 36-78) vs. SSA (61 years; SD  $\pm 12$ ; range 30-89); P: 0.66], female [SPS (63%) vs. SSA (54%); P: 0.42] or BMI $>25$  [SPS (53%) vs. SSA (55%); P: 0.8].

Smoking status [SPS (50%) vs. SSA (28%); P: 0.04, OR 2,6 CI 1,02-6,64], and first-grade CRC family history [SPS (23%) vs. SSA (8%); P: 0.04, OR 3,6 CI 1,01-13,04] were more frequent in patients with SPS.

The presence of hyperplastic polyps (53% vs. 25%; P: 0.007, OR 3,2 CI 1,3-8,6) on index colonoscopy was also more frequent in patients with SPS, but we found no difference with respect to the presence of at least a traditional serrated adenoma (13% vs. 3%; P: 0.06), conventional adenoma (43% vs. 38%; P: 0.6) or ANL (17% vs. 9%; P: 0.3).

The risk of SSA  $\geq 10$  mm (73% vs. 19%; P: 0.000, OR 11,81 CI 4,1-35,1), SSA with cytological high grade dysplasia (13% vs. 2%; P: 0.03, OR 6,77 CI 1,5-30,6), ASP (22% vs. 7%; P: 0.000, OR 9,62 CI 3,41-28) and CRC (10% vs. 1.1%; P: 0.048, OR 9,89 CI 1,03-92,8) was higher in patients with SPS than in sporadic SSA subjects.

Colectomy was also more frequently performed in patients with SPS (23% vs. 3%; P: 0.002, OR 8,83 CI 1,84-47,4).

**CONCLUSION:** We found a higher risk of advanced serrated polyps and CRC in patients with SPS. Our data suggest the need for better detection of serrated lesions and awareness of SPS in screening programs.

## EO-002

### IMPACTO DE FACTORES RELATIVOS AL PACIENTE EN LA LIMPIEZA COLÓNICA

Lasa, JS 1; Fanjul, I 1; Peralta, D 1; Dima, G 1; Zubiaurre, I 1; Novillo, A 2; Senderovsky, M 1; Moore, R 1; Soifer, L 1.  
1 - CEMIC; 2 - Sanatorio 9 de Julio. Argentina.

**INTRODUCCION:** La colonoscopia es una herramienta para la pesquisa del cáncer colorrectal que permite una evaluación completa de la mucosa colónica así como la oportunidad de resear lesiones adenomatosas. La limpieza colónica inadecuada se ha vinculado a peores índices de calidad en colonoscopia. Se ha puesto mucho énfasis en los factores relativos a la preparación para mejorar el grado de limpieza, como por ejemplo el momento de toma del purgante. Sin embargo, hay menos evidencia acerca de los factores relativos a las características del paciente que puedan predecir una limpieza incompleta.

**OBJETIVO:** Evaluar factores relativos al paciente que se asocian a limpieza colónica inadecuada.

**MATERIALES Y METODOS:** Se enrolaron sujetos adultos sometidos a colonoscopia por pesquisa de cáncer colorrectal. Las mismas fueron realizadas por seis endoscopistas experimentados. Se administró el purgante previo en tomas separadas. Se evaluó la calidad de limpieza colónica utilizando la Escala de Boston. La limpieza inadecuada se definió como un puntaje menor a seis. Las siguientes variables fueron evaluadas: edad, sexo, constipación funcional (definida por criterios de Roma III), diverticulosis, obesidad (definida por un índice de masa corporal mayor a 30). Se realizó un análisis univariado seguido de un análisis multivariado siguiendo un modelo de regresión logística.

**RESULTADOS:** Entre abril y noviembre del 2013, se enrolaron 350 pacientes. De ellos, 84% usaron polietilenglicol como purgante. El 18,2% presentaron una limpieza inadecuada. En el análisis univariado, la edad (p 0.001), obesidad [OR 2.14 (1.03-4.44), p 0.04] y la diverticulosis [OR 1.91 (1-3.88), p 0.05] estuvieron asociadas a la limpieza inadecuada. En el análisis multivariado, sólo la edad [OR 1.06 (1.02-1.1)] y la obesidad [OR 2.15 (1-4.77)] se encontraron asociadas en forma independiente a la limpieza inadecuada.

**CONCLUSION:** Algunos factores relacionados a características de los pacientes, como la edad y la obesidad, son factores de riesgo para la limpieza colónica inadecuada. La identificación de estos factores debería ayudar a modificar y optimizar los regímenes de preparación colónica.

## EO-004

### SURVEILLANCE INTERVAL AFTER A NORMAL SCREENING COLONOSCOPY: IS IT REALLY TEN YEARS?

Pereyra, L 1; Galletto, P 1; Vucko Anriquez, C 1; Migueles, f 1; González, R 1; Gómez, E 1; Omodeo, M 1; Mella, JM 1; Panigadi, G 1; Fischer, C 1; Luna, P 1; Pedreira, S 1; Cimmino DG 1.  
1 - Hospital Alemán. Argentina.

**Background:** Current guidelines suggest that the appropriate surveillance interval after a normal screening colonoscopy is ten years. Nevertheless the risk of colonic neoplastic lesions between five and ten years after screening colonoscopy has not been thoroughly evaluated.

**Aim:** To determine the prevalence of and risk factors for colonic neoplastic lesions in patients with negative baseline screening colonoscopy who returned between five and ten years later for follow-up colonoscopy

**Methods:** Clinical records of patients undergoing screening colonoscopy between 2004 and 2007 were obtained from our electronic database. Patients without adenomas at baseline colonoscopy who returned between 5 to 10 years later for follow-up colonoscopy were finally included. Patient demographics and baseline characteristics were registered. The main outcome measure was the prevalence of adenomas, advanced neoplastic lesions (ANL) ( $>75\%$  villous component, size  $>1$ cm or high grade dysplasia) or cancer on surveillance colonoscopy. Categorical and continuous variables were evaluated with chi square and Student T test. A multivariate logistic regression analysis was performed to identify risk factors for presenting colonic neoplastic lesions during the mentioned period. A p value  $< 0,05$  was considered statistically significant.

**Results:** Among 1990 patients with no adenomas in baseline screening colonoscopy, 450 were rescreened in a period between 5 and 10 years after the baseline study. Patients were predominantly women (59%) and the mean age at baseline colonoscopy was 56 years old (44- 80). Seventy one percent (CI 66-85) of patients achieved a satisfactory colonic preparation on baseline colonoscopy. Mean colonoscopy follow up was 69 months (50-103). The mean number of colonoscopies per patient was 2.1 (2-4). The prevalence of adenomas, ANL and cancer was 70/455 (15%), 11/455 (2%) and 0/455 (0%) respectively. Older age ( $>65$  years old) (p 0,009 OR 2,23 CI 1,20-4,13), male gender (p 0,001 OR 2,54 CI 1,46-4,42) and fair colonic preparation on baseline colonoscopy (p 0,039 OR 1,80 CI 1,03-3,15) were independent risk factors for presenting adenomas during surveillance. We did not find any independent predictors of ANL or cancer.

**Conclusions:** we found a low prevalence of ANL between 5 and 10 years after an initial negative screening colonoscopy in our population. This findings support the current screening guidelines, but nevertheless male patients, those beginning screening at older age or with suboptimal preparation on baseline colonoscopy could be at greater risk of metachronous adenomas.

### PRÓTESIS DE COLON: INFLUENCIA DE LA EXPERIENCIA DEL ENDOSCOPISTA SOBRE 163 PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA DURANTE 6 AÑOS

Alonso Aguirre, P 1; Pin Vieito, N 1; López Álvarez, M 1; Guerrero Montañés, A 1; Vázquez Rey, T 1; Vázquez Pérez Coleman, L 1; Blanco Rodríguez, M 1; Pardeiro Pèrtega, MR 1; Vázquez Millán, MA 1; Couto Worner, I 1; Estévez Prieto, E 1; González Conde, B 1.  
1 - CHUAC. España.

**Introducción:** La colocación urgente de prótesis autoexpandibles, es un procedimiento cada vez más solicitado en la obstrucción maligna de colon. Se ha resaltado la importancia de la experiencia para limitar la incidencia de complicaciones.

**Objetivo:** Calcular la proporción de éxito técnico y clínico, y la incidencia de complicaciones relacionadas con la colocación de prótesis de colon para tratar la obstrucción de origen maligno. Estimar si existen diferencias entre el grupo de endoscopistas con mayor experiencia frente a los facultativos con un menor historial de procedimientos.

**Materiales y métodos:** Se han recogido datos de forma retrospectiva de 163 pacientes (49% mujeres) de una edad media de 71,8 años (DE 13) tratados por obstrucción de colon maligna (96,3% intrínseca). Se define el umbral de "experto" en 25 prótesis colocadas, asociado a la realización cotidiana de endoscopia avanzada (CPRE) (3/14 endoscopistas; 50,9% procedimientos). Se registraron variables descriptivas a partir de la historia clínica informatizada, datos sobre la supervivencia y aquellos procedimientos relacionados con el episodio obstructivo. Las variables cuantitativas se resumieron a través de la media y la desviación estándar. Se describen las variables categóricas como porcentajes, utilizando el test de chi cuadrado para la comparación entre grupos.

**Resultados:** Los éxitos técnico y clínico fueron de 92,6 y 89% (145 casos) respectivamente. En 124 casos (85,5%) fue necesaria una única prótesis. Se recogieron 4 episodios de migración (2,8%) y 10 perforaciones (6,9%), 9 en la primera semana (media 2,4 días). De 145 prótesis colocadas (con intención paliativa) 21 se obstruyeron a lo largo del seguimiento, 3 en los primeros 15 días (2,1%). La mediana de días hasta su obstrucción fue de 149,5. La mortalidad por todas las causas en los primeros 30 días desde la llegada a urgencias fue del 11%. La mediana de seguimiento es de 538 días. A pesar de existir un mayor porcentaje de éxito que casi alcanza significación estadística en la colocación de prótesis por el grupo de expertos (E) (96,4 E vs 88,8% p 0,06), no se apreciaron diferencias en el porcentaje de perforaciones (8,8 E vs 6,7% p 0,42), necesidad de varias prótesis (14,3 E vs 14,5% p 0,6) o muerte por todas las causas (9,6 E vs 12,5% p 0,37) en ambos grupos. **Conclusiones:** Aunque la probabilidad de éxito al colocar una prótesis tiende a ser mayor en los expertos, puede ser una técnica también segura para endoscopistas noveles.

### HEMATOQUEZIA COMO COMPLICACIÓN INFRECUENTE DEL TRATAMIENTO DE ANGIODISPLASIAS DE CIEGO CON ARGÓN PLASMA

Wonaga, A 1; Waldbaum, C 1; Sorda, J 1.  
1 - Hospital De Clinicas, José de San Martín. Argentina.

**Introducción** La electrocoagulación con argón plasma (APC), es un método de no contacto de fácil utilización, que ioniza el gas argón. Para el tratamiento de las angiodisplasias cecales, este método es de elección. Caso Clínico Paciente mujer de 74 años, con antecedentes angiodisplasias en ciego halladas en una colonoscopia realizada hace 5 años por screening. Consultó derivada por anemia ferropénica asintomática de reciente comienzo, sin evidencia de sangrado. Laboratorio: hemoglobina 10 mg/dl, ferremia 50 ug/dl y coagulograma y recuento de plaquetas normales. Se solicitó una endoscopia digestiva alta con biopsia de duodeno cuyos resultados fueron normales y una colonoscopia donde se observaron en ciego, tres angiodisplasias, la mayor de 1,5 cm de diámetro. Se realizó APC, utilizando una potencia de 40W y un flujo de 1 litro/minuto. Se utilizó modalidad forzada, pulsos de 1 segundo y se respetó la distancia de 2-8 mm. Para la limpieza se utilizó polietilenglicol y se calificó la preparación con 8/9 en la escala de Boston. A los 6 días del procedimiento, la paciente refirió hematoquezia sin descompensación hemodinámica, por lo que se indicó nueva preparación y se repitió el procedimiento. En ciego se observaron tres úlceras, la mayor con coágulo adherido y se colocó un clip como medio mecánico, no se observaron restos hemáticos. La paciente no ingirió anticoagulantes, antiinflamatorios no esteroideos ni corticoides en el último mes. A los tres meses, la paciente no tiene anemia y a la fecha está pendiente la realización de cápsula. **Discusión** La prevalencia de la angiodisplasia colónica es del 0,8 al 2% en las colonoscopias realizadas por screening en mayores de 50 años y frecuentemente ubicadas en colon derecho. Originan del 4 al 6% de las hemorragias digestivas bajas. La APC tiene la ventaja que la corriente se desplaza a áreas no tratadas, limitando el daño a 2-3 mm de profundidad. El área y la profundidad dependerán de la potencia, la distancia de la sonda y el tiempo de aplicación. Es el gold standard en el tratamiento de angiodisplasias que originan anemia o hemorragia digestiva, se utiliza una potencia de 30-60W, un flujo de 0,5 a 2 L/min, una distancia entre la sonda y la mucosa mayor a 1 mm y una duración del pulso de 0,5 a 2 segundos. Para su utilización en colon derecho, se aconseja un flujo de 0,8 L/min y una potencia de 30-40 W para disminuir el riesgo de perforación. Se puede utilizar la inyección submucosa de 2-3 ml de adrenalina (dilución 1:200,000) previo a la ablación a fines de separar la capa muscular y minimizar el daño en profundidad. La tasa de complicaciones va del 0 al 24% e incluyen perforación, enfisema, estimulación neuromuscular, dolor, distensión abdominal y explosión. Reportamos un caso infrecuente de hemorragia digestiva diferida, tras APC en angiodisplasias del ciego.

### PROCTORRAGIA EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS ¿ES NECESARIA LA COLONOSCOPIA?

Manazzoni, D 1; Pizzala, JE 1; Abecia, VH 1; Rinaudo, SG 1; Ortmann, GA 1; Durán, S 1; Posadas Martínez, ML 1; Gonzalez, ML 1; Marcolongo, M 1.  
1 - Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

**INTRODUCCIÓN.** La proctorragia es un síntoma frecuente en adultos jóvenes. Las guías internacionales actuales recomiendan la rectosigmoidoscopia (RSC) como estudio inicial en pacientes menores de 40 años que consultan por este síntoma, no existiendo una recomendación formal para pacientes entre 40 y 50 años.

**OBJETIVO.** Determinar la frecuencia y localización de lesiones colónicas clínicamente significativas diagnosticadas durante la videocolonoscopia (VCC) solicitada por proctorragia en pacientes menores de 50 años.

**MATERIALES Y METODOS.** Se realizó un estudio de corte transversal de sujetos entre 18 y 49 años que realizaron una VCC de manera ambulatoria por proctorragia entre enero de 2006 y junio de 2013 en un hospital universitario de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Los datos de los pacientes se obtuvieron de los registros médicos electrónicos. La proctorragia se definió como expulsión o pasaje por el ano de sangre roja rutilante, sangre roja notada en las heces, en el papel higiénico o en la taza del inodoro. Los pólipos adenomatosos (PA), los adenomas avanzados, el cáncer colorrectal (CCR) y la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se definieron como lesiones clínicamente significativas. Las lesiones fueron caracterizadas proximales al ángulo esplénico (AE), (desde el ciego al AE) y distales al mismo (desde el AE al ano). Se excluyeron los pacientes con antecedentes personales de CCR o EII, familiar de primer grado con CCR, anemia ferropénica, diátesis hemorrágica, hemorragias que hayan requerido transfusión sanguínea.

**RESULTADOS.** Se incluyeron 592 pacientes (292 varones), con una edad media de 40 años (RI 20-49). Se diagnosticaron lesiones significativas en 123 pacientes (20,8%); de las cuales 97 (16,4%) fueron PA, 14 CCRs (2,4%) y 12 (2%) casos de EII. De los 97 PA, 43 (prevalencia global 7,2%) eran adenomas avanzados. El hallazgo más frecuente fue el de patología hemorroidal, presente en 316 pacientes (53,4%).

Todas las lesiones clínicamente significativas fueron más frecuentes distales al ángulo esplénico y en pacientes entre 40 y 49 años (ver tabla I).

**CONCLUSIÓN.** Encontramos un alto número de lesiones clínicamente significativas, en especial en pacientes entre 40 y 49 años. Un 6% de estas lesiones fueron proximales al AE, (por lo que no hubiesen sido diagnosticadas mediante una RSC). En función de estos hallazgos consideramos que la VCC debería ser recomendada en estos pacientes.

### DERIVATION OF A ENDOSCOPIC PREDICTION SCORE FOR SESSILE SERRATED ADENOMAS DURING CONVENTIONAL COLONOSCOPY

Gómez, EJ 1; Pereyra, L 1; Zamora, R 1; Mella, JM 1; Fischer, C 1; González, RA 1; Omodeo, M 1; Panigadi, GN 1; Luna, PA 1; Pedreira, SC 1; Cimmino, DG 1; Boerr, LA 1.  
1 - Hospital Alemán. Argentina.

**Background:** Proximal colorectal cancer (CRC) may arise from sessile serrated adenomas (SSA). Identification of these lesions during colonoscopy has important implications on CRC screening programs.

**Aim:** To develop a simple endoscopic score to reliably identify SSA during conventional colonoscopy.

**Methods:** Patients undergoing screening or surveillance colonoscopies from January 2011 to September 2013, in whom colorectal mucosal lesions were found and their histology was available, were included in our study. A clinical prediction rule was developed. Based on existing literature and previous information on this matter, endoscopic features were prospectively assessed. All analyzed variables with a  $p < 0.05$  in univariate analysis were entered into the model. Backwards stepwise logistic regression was used to identify factors that predict SSA. Calibration of the model was evaluated with Hosmer-Lemeshow test and the discrimination power with area under the ROC curve. The identified factors, and others considered biologically important by the investigators, were used to develop a clinical prediction rule.

**Results:** A total of 493 patients were included, and 810 polyps were evaluated (1.6 polyps per patient). Patients were mostly men (262/493, 53%) and the median age was 62 years old (25th-75th quartiles: 55-69). Histology revealed that 90 polyps (11%) were SSA, 230 (28%) hyperplastic, 17 (2,5%) traditional serrated adenoma, 456 (56%) conventional adenomas and 17 (2,5%) pseudopolyps.

A total of 5 independent endoscopic predictors for SSA were identified in the multivariate analysis: right-side location (OR 9.67 CI 916-22.48,  $p < .001$ ), red colored surface (OR 2.31 CI 1.03-5.20,  $p = 0.042$ ), mucus cap (OR 2.52 CI 1.12-5.67,  $p = 0.026$ ) type II Kudo pit pattern (OR 8.52 CI 3.13-23.18,  $p = 0.001$ ), size > 5 mm (OR 12.10 CI 2.79-52.39,  $p = .001$ ). Even though flat morphology was not an independent predictor for SSA on multivariate analysis (OR 1.31 CI 0.69-2.46,  $p = 0.4$ ) was also included on the model due to its clinical relevance. The area under the ROC curve was 0.92. (Figure 1)

A diagnostic threshold score  $> \text{or} = 6$  presented a Sensitivity of 100% (CI 88% -100%), specificity: 63% (CI 46%-78%), positive predictive value: 73% (CI 58%-84%) and negative predictive value: 100% (CI 83%-100%), and % correctly classified 81.33%.

A diagnostic threshold score  $> \text{or} = 4$  presented a Sensitivity of 100% (CI 60% -100%), specificity: 38% (CI 26%-50%), a positive predictive value: 17% (CI 8%-31%), negative predictive value: 100% (CI 83%-100%), and % correctly classified 44.44%.

**Conclusion:** A simple endoscopic score can accurately discriminate SSA during conventional colonoscopy. Recognition of these lesions during colonoscopy can optimize the endoscopic approach. An external validation of this model is still required.

### PREVALENCE OF AND RISK FACTORS FOR METACHRONOUS COLO- NIC NEOPLASIA AMONG PATIENTS WITH SESSILE SERRATED ADE- NOMAS UNDERGOING SURVEILLANCE COLONOSCOPY (SSA)

Pereyra, L 1; Fischer, C 1; Panigadi, G 1; Gómez, JE 1; Galletto, P 1; Vucko Anriquez, C 1; González, R 1; Bun, M 1; Luna, P 1; Amante, M F 1; Casas, G 1; Pedreira, SC 1; Cimmino, DG 1; Boerr, L 1.

1 - Hospital Alemán. Argentina.

**ABSTRACT BODY:** Introduction: Sessile serrated adenomas (SSA) may represent a separate and important pathway for colorectal cancer (CRC). The prevalence of, and the risk factors for, metachronous neoplasia in patients with SSAs has not been established. Objective: To determine the prevalence of, and risk factors for, metachronous neoplasia among patients with SSA.

**Methods:** This was a single-site retrospective study of patients with index SSA (diagnosed from January 2007 to December 2010) who underwent colonoscopy surveillance for a period of at least 3 years. SSA diagnosis was performed by two gastrointestinal pathologists according to Snover's criteria. Metachronous lesions were defined as the presence of SSA, conventional adenomas, advanced neoplastic lesions (ANL) (>75% villous component, high grade dysplasia or size >10mm) or cancer occurring at least 12 months later than the index colonoscopy. Patients demographics and colonoscopy baseline characteristics were recorded. Chi squared and Fisher's test were used to investigate the association between index colonoscopy findings and those of surveillance colonoscopy.

**Results:** Among 150 patients diagnosed with a SSA during this period, 75 underwent surveillance colonoscopies, with at least one study 3 or more years apart from the index one. Patients were mostly females (46/75 60%) with a media age of 58.2 years old (SD± 9). Most of the patients presented a satisfactory bowel preparation (good or excellent) in the index study (68/75 91%). The mean colonoscopy follow-up was 48 months (SD± 11) and the mean number of colonoscopies per patient was 3.12. The prevalence of SSA, conventional adenomas and ANL on surveillance colonoscopy was: 32/75(43%), 26/75(35%) and 10/75(13%) respectively. Mean time to first ANL was 34.6 months (SD± 11). We could not identify any risk factor for metachronous SSA. The presence of a SSA with cytological dysplasia (p 0.04 OR 9,03 CI 1.03-16.03) and an ANL (p 0.004 OR 7.03 CI 1.68-31.51), on index colonoscopy were risk factor for methachronous adenoma. Synchronic conventional adenoma (p 0.02 OR 4.88 CI 1.05-26.9), and ANL (p 0.0001 OR 19.3 CI 3.34- 127.5) on index colonoscopy were risk factors for metachronous ANL. **Conclusion:** Our data suggest that the presences of SSA with cytological dysplasia, synchronic conventional adenoma and ANL on index colonoscopy are risk factors for metachronous colonic neoplasia in patients with SSA. This finding may have important implications on colonoscopy surveillance guidelines.

### SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA RESECCIÓN MUCOSA ENDOSCÓPICA EN LESIONES COLORRECTALES DE GRAN TAMAÑO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA CON 237 RESECCIONES

Alonso Aguirre, P 1; Pin Vieito, N 1; García Dieguez, L 1; Guerrero Montañés, A 1; López Álvarez, M 1; Vázquez Rey, MT 1; Vázquez Pérez Coleman, L 1; Pardeiro Pérttega, MR 1; Couto Wornor, I 1; Vázquez Millán, MA 1; Estévez Prieto, E 1; González Conde, B 1. 1 - CHUAC. España.

#### Introducción

La resección mucosa endoscópica (REM) constituye una alternativa a la cirugía en el tratamiento de aquellas lesiones consideradas difíciles de extirpar por su gran tamaño. La mayor realización de colonoscopias derivada de la implantación de los nuevos programas de cribado de cáncer colorrectal, ha desembocado en un aumento de la incidencia de estas lesiones, resaltando la importancia de conocer la eficacia de esta técnica.

#### Objetivo

Estimar la incidencia de complicaciones de la resección mucosa endoscópica en la extirpación de lesiones colorrectales de gran tamaño, además de la tasa de recurrencia de tejido adenomatoso durante un largo periodo de seguimiento.

#### Materiales y métodos

Se han recogido datos de forma retrospectiva de 237 REM sobre lesiones de colon ≥ 20 mm, realizadas de forma consecutiva en un centro de referencia a lo largo de un período de 6 años a 226 pacientes (35,8% mujeres) de una edad media de 70,1 años (DE 10,3). Se registraron variables para describir al paciente y a la lesión a partir de la historia clínica informatizada. Se revisaron las colonoscopias y las biopsias de control realizadas a esos pacientes hasta marzo del 2014. Las variables cuantitativas se resumieron a través de la media y la desviación estándar. Se describen las variables categóricas como porcentajes, utilizando el test de chi cuadrado para la comparación entre grupos.

#### Resultados

Se extirparon 164 pólipos grandes (69,2%) con un tamaño medio de 26,1 mm (DE 5,3), 51 muy grandes (21,5%) con un tamaño medio de 40,1 mm (DE 0,7) y 22 gigantes (9,3%) con un tamaño medio de 59,1 mm (DE 10,7). Se realizó resección en bloque en 42 casos (17,9%). La mayor parte de las lesiones se localizaban en el recto (38%) y colon ascendente (19,8%). La histología más frecuente fue adenoma con displasia de alto grado (60,4%). No hubo ninguna perforación. Se produjo sangrado en 32 REM (13,9%) objetivado en su mayoría durante el procedimiento (11%), y que precisó ingreso hospitalario en 10 ocasiones (4,2%). Se constató recidiva en los controles realizados (mediana de seguimiento de 180 días) en 44 REM (23,9%) tratadas con éxito endoscópicamente en 39 casos. El estudio histológico condicionó la necesidad de cirugía en 12 lesiones (5,1%).

#### Conclusiones

La mucosectomía es un método seguro y eficaz para extirpar lesiones colorrectales de gran tamaño. Es necesario resaltar la importancia de un correcto seguimiento para asegurar la correcta eliminación de tejido adenomatoso residual.

### RISK OF METACHRONOUS ADVANCED NEOPLASTIC LESIONS IN PA- TIENTS WITH SESSILE SERRATED ADENOMAS UNDERGOING SUR- VEILLANCE COLONOSCOPY

Pereyra, L 1; Gómez, EJ 1; Zamora, R 1; Fischer, C 1; Panigadi, G 1; González, R 1; Bun, M 1; Vucko Anriquez, C 1; Galletto, P 1; Mella, JM 1; Luna, P 1; Pedreira, CS 1; Cimmino, D 1; Boerr, L 1.

1 - Hospital Alemán. Argentina.

**Introduction:** Although sessile serrated adenomas (SSAs) may represent a separate and important pathway for colorectal cancer. The risk of methachronous colonic neoplastic lesions, in patients with SSA undergoing surveillance colonoscopy, is not well quantified.

**Objective:** To compare the risk of metachronous advanced neoplastic lesions during colonoscopy surveillance in patients with SSA, high and low risk conventional adenomas, and negative colonoscopy.

**Methods:** This was a single-site retrospective study of patients with index SSA, low risk adenomas (LRA), high risk adenomas (HRA); and negative index colonoscopy (NIC) (from January 2007 to December 2008), who underwent colonoscopy surveillance for a period of at least 3 years. SSA diagnosis was performed by two blinded gastrointestinal pathologist according to Snover criteria. HRA were defined as an advanced neoplastic lesion (ANL) (>75% villous histology, high grade dysplasia or size >1 cm) or ≥ 3 non-advanced neoplastic lesions. Metachronous ANL was considered when occurring 12 month after index colonoscopy. Continuous variables were compared using one-way analysis of variance (ANOVA) and Kruskal Wallis. Kaplan-Meier curves and logrank test were used to evaluate time to first ANL during colonoscopy surveillance.

**Results:** Among 639 included patients, index colonoscopy finding were: 75 SSA, 140 LRA, 87 HRA and 337 NIC. Patients with SSA and NIC were younger than patients with LRA and HRA: mean age (±SD) 56 (10), 59 (8), 64 (11) and 65 (9) (p <0.01). The mean colonoscopy follow-up was longer in patients with NIC and LRA than SSA and HRA, months (±SD): 63 (10), 56 (17), 47 (14), and 52 (17). The number of surveillance colonoscopies per patient was lower in patients with NIC (p<0.001). There were no difference between groups regarding to: gender, number of surveillance colonoscopies per patient and satisfactory bowel preparation on index colonoscopy (p>0.4). The prevalence of metachronous ANL in patients with SSA, LRA, HRA and NIC was: 12%, 8.5%, 22% and 1.5 respectively (logrank test <0.01) (Figure 1). Time to first metachronous ANL during colonoscopy surveillance in patients with SSA, LRA, HRA, and NIC was: months (±SD) 47 (13), 55 (17), 50 (14) and 63 (10) (logrank test <0.01). Presence of synchronic conventional adenoma in patients with index SSA was associated with the highest prevalence of metachronic ANL during surveillance (34.6%) (logrank test <0.01). None of the patients with index SSA without synchronic adenoma presented a metachronous ANL during surveillance (Figure 2).

**Conclusion:** Patients with SSA have an increased risk of presenting metachronous ANL during colonoscopy surveillance. This risk seems to be higher than with LRA but lower than with HRA. The SSA risk of developing metachronic ANL seems to be influenced by presence of synchronic adenomas on index colonoscopy.

### PENTAX RETROVIEW - COLONOSCOPE FOR THE EVALUATION OF COLON MUCOSA IN FORWARD AND RETROVIEWING: A SAFETY AND FEASIBILITY PILOT STUDY™PENTAX RETROVIEW

Robles-Medrana, C 1; Soria, M 1; Oropeza, A 1; Abarca, F 1; Ospina, J 1; Bravo, G 1; Pitanga, H 1.

1 - IECED. Ecuador.

**Background:** Colonoscopy is the gold standard for inspection of the colon, but it offers incomplete visualization of the proximal aspects of colonic haustral folds, flexures or valves. Recent studies indicate that retroflexing in the right colon or the use of retrograde viewing devices can provide a more thorough examination, with improvements in polyp detection reported. A new colonoscope RetroView (RV) (PENTAX Medical) with a 4 cm retroflexed radius and 3.2 mm working channel may allow withdrawal from the cecum to rectum in segmental retroflexion and provide therapeutic access.

**Objective:** To test the feasibility and safety of segmental retroflexion with the RV colonoscope throughout the entire colon.

**Methods:** In this single centre, one operator, prospective study, the RV colonoscope was advanced to the cecum in the forward view in all enrolled patients. Withdrawal colonoscopy was performed in retroflexion until the hepatic flexure, at which point the distal tip was straightened and readvanced to the cecum and withdrawn in forward view through the hepatic flexure. RV was again retroflexed and the withdrawal pattern was repeated by segment (transverse, left, sigmoid and rectum). Data was collected on cecal intubation rate, segmental retroflexion success, total procedure time, time to cecum, total withdrawal time, lesions detected in retroflexion, biopsy/therapeutics performed while retroflexed and adverse events.

**Results:** Forty-eight consecutive screening, surveillance or diagnostic patients underwent colonoscopy {64% (31/48) female with mean age of 55}. Cecal intubation was achieved in 48/48 pts (100%). Retroflexed withdrawal success: right colon 47/48 (98%), transverse colon 48/48 (100%), left colon 48/48 (100%), sigmoid colon 39/48 (81%), rectum 48/48 (100%). Total mean procedure time was 16.5 mins and mean withdrawal time was 9.81mins. 31% more lesions (3 ulcers, 12 polyps, 9 diverticula, 2 erosions, 6 vascular ectasia, 1 papiloma and 1 hemorrhoid) were seen in retroflexion that were not seen in forward view, including 67% (6/9) more adenomas: 2 in right colon (10mm, 10mm) and 4 in transverse colon (7mm, 10mm, 10mm, 15mm). Therapeutics, including biopsy, endoscopic mucosal resection and argon plasma coagulation were performed successfully (100%) in retroflexed position in all attempted patients. Adverse event post-procedure (abdominal pain) was observed in 1/48 cases (2%).

**Conclusion:** In this single centre, single operator study, segmental retroflexion with the RetroView throughout the colon was safe, allowed performance of retroflexed biopsies/therapeutics, increased the number of lesions found by 31% and the number of adenomas by 67% compared to forward view alone.

### SITUACIÓN DE LA SEDACIÓN EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN ESPAÑA: ENCUESTA DE LA SEPD1, SEED2 Y AEG3. (1-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA; 2-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA; 3-ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE GASTROENTEROLOGÍA)

Alonso Aguirre, P 1; Lucendo Villarín, A 2; González-Huix Lladó, F 3; Muñoz Navas, M 4; Quintero Carrión, E 5; Fernández Esparrach, G 6; Simón Marco, MA 7; Carballo Álvarez, F 8; López Rosés, L 9.  
1 - CHUAC; 2 - Hospital General de Tomelloso; 3 - Clínica Girona; 4 - CUN; 5 - Hospital Universitario de Canarias; 6 - Hospital Clinic; 7 - Hospital Quirón Zaragoza; 8 - Hospital Virgen Arrixaca (Murcia); 9 - Hospital Universitario Lucus Augusti. España.

**Introducción:** La sedación influye notablemente en la calidad de la endoscopia digestiva. En el momento actual no existe uniformidad en las Unidades españolas de Endoscopia a la hora de aplicar la sedoanalgesia. El objetivo del presente estudio fue conocer la situación actual en nuestro país para ayudar a optimizar la práctica de la sedación en las Unidades de Endoscopia.

**Material y métodos:** Se ha realizado de forma prospectiva una encuesta nacional, contestada por 569 endoscopistas de una edad media de 44,7 años. Se recogieron datos sobre las características de los hospitales y sus Unidades de Endoscopia, el porcentaje de sedación en los distintos procedimientos y quién la aplica, la formación, percepciones y actitud de los endoscopistas acerca de las dificultades que rodean la sedación.

**Resultados:** La distribución de encuestas por comunidad autónoma fue proporcional a su población y las características de los centros se correspondieron con lo esperado en nuestro sistema sanitario (mayoría de centros medianos, públicos y con docencia). Se dispone de protocolos de actuación en el 42% de los casos y el 60% de los endoscopistas cuentan con apoyo de anestesiista, generalmente asociado a una sala o técnica, uno o dos días a la semana. El 39 y 76% de los encuestados seda durante las gastroscopias y colonoscopias respectivamente, en más del 95% de los procedimientos. El propofol es el fármaco más común, aunque benzodiacepinas y opiáceos todavía son usados por más del 30% de los endoscopistas. El 58% de encuestados percibe dificultades para sedar, principalmente la falta de disponibilidad de anestesiista (62%). El 55% de los endoscopistas han asistido a alguna actividad formativa y el 42% de ellos ha aumentado el número de pacientes sedados. Más del 90% de los endoscopistas consideran necesarios cursos de capacitación y estarían dispuestos a realizarlos. Un mayor porcentaje de encuestados de centros privados refieren uso de sedación respecto a los de centros públicos, tanto en colonoscopia (93 vs 72 %) como en gastroscopia (77 vs 31%). La presencia de anestesiista se asocia a un mayor porcentaje de sedación en gastroscopia ( $p < 0.001$ ). **Conclusiones:** El uso de sedación en España aún es heterogéneo, predominando en centros de financiación privada en posible relación con la presencia de un anestesiista en los procedimientos. El desarrollo de protocolos de actuación y cursos de capacitación se postulan como los principales factores que facilitarían la sedación por el endoscopista.

## EO-015

### ESÓFAGO DE BARRETT. ¿CUÁL ES LA ADHERENCIA DE LOS MÉDICOS A LOS INTERVALOS DE VIGILANCIA?

Bolino, MC 1; Durand, L 1; Caro, L 1; Cerisoli, C 1.

1 - Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica. Argentina.

**Introducción:** El esófago de Barrett (EB) es el precursor del adenocarcinoma de esófago (ACE), cuyo pronóstico está determinado por el estadio al momento del diagnóstico. Múltiples sociedades científicas han desarrollado programas de vigilancia para su detección precoz. La adherencia a los mismos está determinada por el número de tomas de biopsias y por los intervalos (IV) para hacer los controles. Existen muy pocos trabajos que hayan estudiado el cumplimiento de los intervalos. **Objetivo:** Estimar la adherencia de los médicos a los intervalos de vigilancia para el seguimiento de los pacientes con EB. **Materiales y método:** Se incluyeron adultos, ambos sexos, con EB que realizaban vigilancia. **Criterios de exclusión:** ACE o con complicaciones de EB en la endoscopia inicial, cirugías digestivas superiores e histología faltante. El estudio se realizó en un centro de endoscopia digestiva de libre acceso, entre octubre de 2009 y enero de 2014. **Diseño:** retrospectivo, descriptivo, observacional y transversal. **Procedimientos:** Endoscopias: se realizaron bajo sedación, con equipos Olympus (luz blanca). Se realizó el protocolo de Seattle cuando fue posible y se tomaron biopsias adicionales según hallazgos. Se definió EB a la presencia de metaplasia intestinal. Se evaluó la adherencia a los IV de vigilancia recomendados por la AGA. Se clasificaron como respetados, acortados o prolongados; se consideraron "respetados" cuando coincidían con lo recomendado  $\pm 20\%$ . **Ética:** los pacientes firmaron el consentimiento informado antes de los estudios. **Análisis estadístico:** VCCstat 2.0. IC 95%. **Resultados:** Se revisaron 1406 VEDAS (n: 998). Realizaron > 1 endoscopia 289 pacientes; se excluyeron 132 y finalmente se incluyeron 157. Predominaron los varones (67%); edad promedio: 60,7  $\pm$  12,33 años (rango 37-80). Se realizaron 379 procedimientos y 2,39 procedimientos/paciente. Se respetaron los IV en 10%; se acortaron en 89% y se prolongaron en 0,6%. **Conclusiones:** la adherencia a los intervalos fue baja; la mayoría fueron acortados. El aumento creciente del ACE y las dificultades técnicas en la apropiada toma de biopsias podría justificar el seguimiento con intervalos más cortos. Estudios que investiguen la razón de esta conducta y la identificación de pacientes de riesgo aumentado para progresión al cáncer son necesarios para un óptimo manejo de recursos.

## EO-014

### UTILIZACIÓN DE CO2 VS. AIRE PARA LA COLONOSCOPIA: NUESTRA EXPERIENCIA

Dolan, M 1; Amieva, L 1; Jury, G 1; Lopez Fagalde, R 1; Ramacciotti, G 1; Naiderman, D 1; Ruiz, N 1; Jury, R 1.  
1 - CED. Argentina.

**INTRODUCCION:** La colonoscopia es una herramienta esencial para diagnóstico y tratamiento de enfermedades del tubo digestivo. No obstante sigue siendo una exploración molesta debido a la necesidad de insuflar aire durante el procedimiento la cual produce dolor abdominal durante y una vez terminado el estudio resultando en ocasiones una experiencia poco placentera para el paciente.

#### MATERIALES Y METODOS

Estudio prospectivo, controlado, randomizado evaluando la eficacia de insuflar CO2 vs. AIRE para la realización de colonoscopias.

En el período comprendido entre Mayo -Agosto del 2013 se realizaron 222 colonoscopias las cuales se distribuyeron aleatoriamente en dos grupos Co2 vs. AIRE.

Se evaluó el grado de distensión abdominal a través de la medición del perímetro abdominal pre-post vcc y el dolor abdominal inmediatamente posterior al procedimiento utilizando la Escala Visual Analógica (rango 0-10) mediante un cuestionario a cargo de una asistente ciega a la técnica utilizada.

Se utilizó equipo FUJINON 4400 bomba insufladora de CO2 GW1 Fujinon. La sedación fue realizada por anestesiólogo el cual utilizaba propofol.

Se excluyeron los pacientes con Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

#### RESULTADOS

n total: 222 pacientes, 124 femenino (55,86%), 98 masculino (44,14%).

ASA: 119 pacientes con 1, (53,60%), 80 pacientes con 2 (36,04%), 23 pacientes con 3 (10,36%)

Edad promedio 59 años, moda 63

104 pacientes con AIRE (46,85%)

118 pacientes con CO2 (53,15%)

30 pacientes se despertaron con dolor (13,5%). Se agrupó en intensidad leve (1 -3), moderado (4-7) severo (8-10). Grupo leve (18 pacientes) moderado (7 pacientes) severo (5 pacientes)

8 con intensidad 1; 3 con intensidad 2; 7 con intensidad 3; 3 con intensidad 4; 1 con intensidad 5; 3 con intensidad 6; 2 con intensidad 8; 2 con intensidad 9; 1 con intensidad 10

12 pacientes con CO2 (10 %) (con una moda de 1 [50%] y Prom. 2,83) y 18 pacientes con AIRE (18%) (Prom. 4,44; con una moda de 3 [33,3%])

31 pacientes con distensión abdominal (13,96%)

Distensión abdominal: 24 AIRE y 7 CO2

Estudio dificultoso con CO2: 10. Con dolor 2/10 (promedio 1,5 mínimo de 1 máximo de 2)

Estudios dificultosos con AIRE: 11. Con dolor 4/11 (promedio 4,5 mínimo 3 máximo 9)

**CONCLUSION:** Con la evaluación de datos, podemos inferir que según el cuestionario que se realizaba a los pacientes la utilización de CO2 resultaba más confortable en términos de dolor una vez finalizado el estudio, como así también la sensación de distensión abdominal principalmente en los estudios prolongados o en colonoscopias técnicamente dificultosa.

## EO-016

### ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EVALUACIÓN ESOFÁGICA CON NBI E HISTOLOGÍA: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS

Cerisoli, C 1; Bolino, MC 1; Durand, L 1; Canseco, S 1; Manzotti, L 1; Caro, L 1.

1 - Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica. Argentina.

**Introducción:** La incidencia del adenocarcinoma de esófago (ACE) se encuentra mundialmente en aumento. La vigilancia standard para la detección temprana de displasia en el Esófago de Barrett (EB), principal precursor, es difícil de implementar, consume tiempo y se asocia a error de muestreo en hasta 40 a 60 %. Nuevas técnicas de imagen endoscópica como el NBI (Narrow Band Imaging) han sido desarrolladas para aumentar el rendimiento diagnóstico mediante la toma dirigida de biopsias. **Objetivos:** 1. Comparar el NBI con la histología en pacientes con sospecha endoscópica de EB con luz blanca. 2. Describir los hallazgos con NBI (patrón mucoso y vascular) en pacientes con EB, displasia y/ o adenocarcinoma. **Materiales y método:** Se incluyeron adultos  $\geq 18$  años con sospecha endoscópica de EB con luz blanca. Esofagitis erosiva, coagulopatías, varices esofágicas, cirugías resectivas esofagogástricas, tratamientos previos para EB, cicatrices esofágicas e histología faltante fueron criterios de exclusión. El estudio se desarrolló en un centro ambulatorio de GE entre noviembre de 2009 y febrero de 2014. **Diseño:** observacional, comparativo y transversal. **Procedimientos:** se utilizaron endoscopios Olympus Evis EXERA II GIF 160 y GIF 180 con luz blanca y NBI. Se comparó el patrón mucoso observado con NBI con la histología y esta fue considerada el método diagnóstico patrón oro. Se confirmó el diagnóstico de EB en presencia de Metaplasia Intestinal (MI). **Reparos Éticos:** el protocolo fue aprobado por el comité de institucional. **Análisis estadístico:** SPSS 18. IC95; chi cuadrado. **Resultados:** Se evaluaron 767 endoscopias; se excluyeron 213 y se incluyeron 482 pacientes. 59% (285/482) eran varones; edad promedio: 58.75 (DE= 11.36; rango 20-85) años. Presentaron hernia hialal 38.6%, y el EB fue circunferencial en su mayoría (78.6%). Se registró MI en 51% (245/482) y Metaplasia Columnar (MC) en 49 % (237/482). La S, E, VPP, VPN del patrón vellosa para diagnosticar MI fueron 59.8, 62.1, 69.1 y 52.1 %, respectivamente. Se observó asociación entre el patrón mucoso y la histología en pacientes con EB ( $p < 0.05$ ). Se objetivó MI en la mayoría de los pacientes con patrón vellosa. 2. Los patrones mucosos vellosa y plano fueron más frecuentes en MI y MC, respectivamente (69 vs. 47 y 30 vs 51.5;  $p < 0.05$ ). Se observó patrón vascular regular en 99% (576/482); el patrón vascular irregular se observó en pacientes con ACE (n: 3) y Displasia de Alto Grado (n: 1). **Conclusiones:** Según nuestros resultados existe una asociación entre el patrón mucoso observado con NBI y la histología, siendo el vellosa más frecuente en pacientes con MI. La reproducción de estos resultados, en trabajos con mayor número de pacientes, sería un fundamento para asignar la vigilancia endoscópica a los pacientes con patrón vellosa.

### PENTAX I-SCAN™ WITH MAGNIFICATION FOR THE IDENTIFICATION OF UNDERDIAGNOSIS ORGANIC ESOPHAGEAL LESIONS (BARRET ESOPHAGUS AND ESOPHAGITIS) IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL DYSPEPSIA: A PROSPECTIVE STUDY

Robles-Medranda, C 1; Del Valle, R 1; Soria, M 1; Bravo, G 1; Abarca, F 1; Largacha, M 1; Robles-Jara, C 1.  
1 – IECED. Ecuador.

**Background:** Functional dyspepsia (FD) is a highly prevalent gastrointestinal disorder characterized by symptoms originating from the gastroduodenal region in the absence of underlying organic disease as defined by Roma III criteria. Upper endoscopy (UE) associated to digital chromoendoscopy (DC), magnification (M) and high definition (HD) had shown excellent results for the diagnosis of Barret esophagus (BE) and esophagitis. However, not all patients are investigated with this kind of technology, where UE results are considered as absence of organic lesions, thus diagnosed as FD. Based on the hypothesis that HD UE associated to DC and M can detect more mucosal details than standard UE, we evaluate the effectiveness of i-Scan™ (HD UE+DC+M) in patients with functional dyspepsia for the identification of organic esophageal lesions.

**Patients and Methods:** After approval by the ethics committee and signing of an informed consent, a prospective study was performed in consecutive patients undergoing for UE from Nov 2012 to June 2013. Inclusion criteria: Criteria of FD in accordance to ROMA III criteria, normal standard UE in the last 3 months previous to the inclusion in this study. Exclusion criteria: age < 18; pregnancy, history of: gastritis, GERD, gastrointestinal cancer, H pylori infection, pancreatic disease, cholelithiasis, alcohol or smoke abuse, use of medications (IBP, NSAIDs, Antibiotics). HD UE+DC and M was performed using the EPK-i processors with i-Scan™ from Pentax. Under sedation patient underwent to HD UE, analyzing all the mucosa aspects using initially white light (WL), with especial regard in the Z-line at the level of the cardia. Them DC was performed using i-Scan. Any alteration in the mucosa pattern (color, pitted or vascular pattern) was analyzed and them classified as inflammation or BE using Los Angeles and Prague classifications respectively. Finally acetic acid was performed and a target biopsy was done as the gold standard method to confirm i-Scan findings.

**Results:** 491 patients where included, 48% were men with a mean age of 47 (ranges: 18-87). 151/491 patients (30.7%) had an organic esophageal lesion detected at i-Scan. 45/151 patients were detected initially by HD-UE-WL. Biopsy confirms the esophageal lesions in 125 cases. i-Scan detect 94 cases of short BE (C<1, M<1), 25 cases of esophagitis (Grade A), and 6 cases where considered to have a mixed disease (BE and esophagitis). The accuracy to predict BE for i-Scan was 95% and 100% for esophagitis. Finally, i-Scan could detect organic lesions with a sensibility, specificity, positive and negative predictive value of: 100%, 93%, 83% and 100% respectively.

**Conclusion:** HD UE+M+DC (i-Scan™) could detect an important number of organic esophageal lesions as BE and esophagitis in patients initially overdiagnosed as a functional disease.

### NO TODO LO QUE RELUCE ES ORO

Campitelli, E1; Guzman, J1; Pere, F1; Paszkiewicz, A1; Ibarra, D1; Villalon, L1; Santomingo, G1; Racca, L 1.  
1 - Hospital Aeronautico Central. Argentina.

**Introducción:** La ectopia de glándulas sebáceas es una patología poco frecuente y que se puede ver en distintos sitios de la economía. Si bien el esófago es un sitio poco frecuente, no está exento de dicha posibilidad. Se postulan tres teorías para su presencia: 1) Podría tratarse de un error embriológico congénito (ectopía). 2) Que sean de origen metaplásico, a partir de glándulas submucosas; sin embargo, la localización de las glándulas sebáceas aberrantes se ha comunicado únicamente en la mucosa y no en la submucosa, como es el caso de las glándulas propias del esófago. Una tercera teoría menciona la posibilidad de que se trate de una metaplasia a partir de las células basales, secundaria a reflujo gastroesofágico. Independientemente de la teoría correcta o una nueva por postular, las glándulas ectópicas son asintomáticas razón por la cual serán diagnosticadas si se las identifica y biopsia.

**Objetivo:** Difundir el aspecto endoscópico y ubicación más frecuente de las glándulas sebáceas ectópicas esofágicas para su identificación y consecuente biopsia diagnóstica.

**Desarrollo:** Al igual que la literatura que destaca una frecuencia de 2/3 a 1 en mujeres. Nuestro hallazgo fue en una mujer en la 6ta década de su vida, con antecedentes de reflujo ocasional, poliposis hiperplásica gástrica y múltiples tratamientos de erradicación de *Helicobacter pylori*. En el 2010 en una endoscopia de control se observan placas blanquecinas en tercio medio del esófago que fueron cepilladas para buscar monillas, ya que la paciente recibía tratamiento con corticoides inhalatorios. El cepillado fue negativo. En 2014 se repite endoscopia y tercio medio esofágico y hacia tercio inferior se ven placas blanquecinas de 5 a 8 mm que presentan granulacion en su interior que impresionan refringentes y que si se cuenta con cromoesofoscopia en el filtro mucoso se exagera el brillo de los gránulos dentro de la placas, que se elevan en meseta sobre la mucosa. Los gránulos expresan los conductos con el contenido sebáceo en su interior. La biopsia de las placas fue informada como: presencia de estructuras glandulares compatibles con glándulas sebáceas ubicadas en mucosa profunda, conformadas por lobulillos con células grandes ovoides de citoplasma vacuolado claro y células cúbicas ligeramente aplanadas con citoplasma eosinófilo. Por inmunohistoquímica se expresó positividad en citoqueratina AE 1 y AE 3 en las membranas y el citoplasma de las mismas.

**Conclusión:** La ectopia de glándulas sebáceas es una entidad rara pero posible en esófago. Es asintomática y debe sospecharse con el hallazgo de placas blanquecinas, de 5 a 8 mm en tercio medio e inferior alto, más cuando dichas placas presentan gránulos en su interior que impresionan refringentes y que si se cuenta con cromoesofoscopia se magnifica la refringencia con el filtro mucoso. Si bien la mayor parte de los casos descriptos describen reflujo gastroesofágico, éste parecería un hallazgo casual no vinculable a dicha patología.

### RESECCION ENDOSCOPICA DE LESIONES SUBEPITELIALES ESOFAGICAS Y GASTRICAS

Baptista MA. 1; Guzman, MA 1; Oropeza, A 1; Rass, H 1.  
1 – HCC. Venezuela.

**Introducción:** las lesiones subepiteliales de esófago y estómago, aunque infrecuentes, pueden generar incertidumbre en su abordaje diagnóstico y manejo. **Objetivos:** se describe una serie de 10 lesiones esofágicas y 11 gástricas subepiteliales resecaadas endoscópicamente. **Pacientes y Métodos:** 21 lesiones fueron diagnosticadas incidentalmente por endoscopia superior. En todos los casos se realizó ultrasonido endoscópico donde se demostró que las lesiones no involucraban la capa muscular propia. Se excluyeron aquellas lesiones que por sus características ecográficas o endoscópicas eran altamente sugestivas de lipomas. Las lesiones medían entre 1 y 9 cms. En 16 casos se infiltró previamente la mucosa con solución salina y epinefrina. Se realizó incisión de la mucosa que cubría la lesión con esfinterotomo de aguja. Se realizó disección de la lesión con pinzas de biopsia, pinzas de cuerpo extraño y pinza de electrocoagulación. Al completar la resección se cerró el defecto con clips endoscópicos... En 5 casos de lesiones esofágicas bajo anestesia general se utilizó técnica de disección con creación de túnel submucoso; previa inyección de solución salina se realizó incisión transversal de la mucosa con esfinterotomo de aguja 3 cms proximales a la lesión, logrando resecar la lesión completa y cerrando el defecto con clips. El resto de los casos fue realizado bajo sedación con propofol. **Resultados:** todas las lesiones fueron completamente resecaadas sin complicaciones. De las lesiones esofágicas 4 fueron reportadas como leiomiomas, 5 GIST y 1 tumor de células germinales. En los casos de lesiones gástricas 3 resultaron lipomas, 4 GIST y 4 leiomiomas. **Conclusión:** La resección endoscópica de lesiones subepiteliales de esófago y estómago es segura y eficiente siempre que el ultrasonido endoscópico demuestre indemnidad de la capa muscular propia. Le resección completa de las lesiones permite además el diagnóstico anatómico patológico inequívoco. Luce recomendable combinar distintas técnicas de resección y disección endoscópica en cada caso particular dependiendo de las características y ubicación de la lesión.

### REDITO DIAGNOSTICO DE LOS ESTUDIOS ENDOSCOPICOS EN PACIENTES CON NEOPLASIAS DE ORIGEN DESCONOCIDO

Tobal, F 1; Tobal, D 1; Laguzzi, JJ 1; Baldoma, V 1.  
1 - G.E.N.B.A. Argentina.

**INTRODUCCION** Los tumores de primario desconocido representan el 10% de los diagnósticos de cáncer. Habitualmente los mismos se originan en pulmón y/o páncreas. La estrategia diagnóstica inicial no incluye estudios endoscópicos del tracto digestivo superior e inferior. Sin embargo, frecuentemente se solicitan estudios endoscópicos en pacientes con signos y/o síntomas sugestivos de neoplasia sin sintomatología digestiva. A pesar de eso, son escasos los estudios que evalúan el rédito diagnóstico de los estudios endoscópicos en este grupo de pacientes.

**OBJETIVO** Determinar el rédito diagnóstico de los estudios endoscópicos en pacientes con signos y/o síntomas de neoplasia de primario desconocido sin sintomatología digestiva.

**P Y M** Estudio de corte transversal donde fueron incluidos consecutivamente pacientes derivados a nuestro centro para la realización de videoendoscopia digestiva alta (VEDA) y/o videocolonosopia (VCC) con los siguientes signos y/o síntomas: metástasis hepáticas y/o pulmonares y síndrome de impregnación neoplásica de primario desconocido. Fueron excluidos aquellos pacientes con: Disfagia, hematoquezia, melena, SOMF +, anemia como único hallazgo, antecedentes personales o familiares de pólipos y/o cáncer colorectal e imágenes anormales del tracto digestivo en estudios radiológicos. Operativamente se definió como hallazgo positivo a tumores digestivos malignos confirmados por examen histopatológico.

**RESULTADOS** Fueron evaluados 222 pacientes (F/M 178/113, edad media 67 años (rango 28/94) en quienes se realizaron 291 estudios (VEDA 159 - VCC 132). De los 222 pacientes, 69 se realizaron ambos estudios, 90 sólo VEDA y 63 sólo VCC de acuerdo a lo indicado por el médico solicitante. El 56% de los pacientes presentaban síndrome de impregnación neoplásica y el 44% restante metástasis hepáticas y/o pulmonares de primario desconocido. El rédito diagnóstico global fue de 13% . Se evidenciaron hallazgos positivos en 16 de 159 ( 10%) endoscopias altas (7F/9M edad media 71 años) , y en 22 de 132 (16%) endoscopias digestivas bajas(10 F/ 12M edad media 70 años) . Los hallazgos fueron: 2 tumores de esófago, 10 tumores gástricos, 4 tumores duodenales y 22 tumores colorectales.

**CONCLUSIONES** El rédito diagnóstico de los estudios endoscópicos en pacientes con síntomas y/o signos de neoplasia de origen desconocido sin sintomatología digestiva es bajo en este grupo de pacientes. Dichos datos son concordantes con la estrategia diagnóstica inicial sugerida en estos pacientes.

### APLICACIÓN DE SISTEMA DE MEDICIÓN BASADO EN CÁLCULOS ARITMÉTICOS SIMPLES PARA COLOCACIÓN DE STENTS METÁLICOS AUTOEXPANSIBLES ESOFÁGICOS SIN FLUOROSCOPIA

Baptista MA. 1; Guzmán TM 1; Oropeza, A 1; Figueroa, F 1; Canino, SY 1.  
1 - HCC. Venezuela.

**Introducción:** los Stents metálicos autoexpansibles esofágicos están diseñados para ser colocados bajo visión radiológica. Sin embargo es posible colocarlos bajo visión endoscópica exclusiva sin Fluoroscopia con adecuada precisión. Los Stents colapsados, antes de la liberación tienen una longitud mayor que cuando han sido liberados. Una vez liberados y totalmente expandidos se "acortan" alcanzando el diámetro y la longitud con que fueron fabricados. La longitud del stent colapsado antes de la liberación es variable y depende del modelo y tamaño. **Objetivos:** se presenta una serie de 170 Stents metálicos esofágicos autoexpansibles colocados a 160 pacientes (12 estenosis, 6 tumores, 2 perforaciones post dilatación, 140 fugas post quirúrgicas) sin utilizar Fluoroscopia. **Pacientes y Métodos:** Se midió con el endoscopio la distancia en centímetros entre la arcada dental y el centro de la lesión a tratar asignándose a este valor la letra "A". Se progresó guía endoscópica; se retiró el endoscopio; se hizo pasar el stent sobre la guía y se introdujo nuevamente el endoscopio paralelo al sistema de inserción del stent. Previamente se midió la longitud en centímetros del stent ensamblado dentro de su sistema de inserción o camisa asignándole a este valor la letra "B". Se utilizó la fórmula  $A - B/2$  para calcular la distancia en centímetros desde la arcada dental hasta donde sería avanzada la punta distal del endoscopio. Bajo visión endoscópica se hizo coincidir el extremo superior del stent sin liberar con la punta distal del endoscopio. El extremo superior del stent colapsado es fácilmente identificable por endoscopia; Se liberó el stent que se acortó inmediatamente en los casos de fístula o perforaciones y mas progresivamente en los tumores o estenosis benignas. Se confirmó por endoscopia la correcta ubicación del stent utilizando esta vez la fórmula  $A - C/2$  siendo C la longitud del stent en centímetros designada por el fabricante (longitud del stent liberado). **Resultados:** De los 170 stents en tres casos (1,7%) se requirió movilización inmediata (1 o 2 centímetros en sentido proximal) con pinza de cuerpo extraño. **Conclusión:** La colocación de Stents metálicos esofágicos autoexpansibles puede ser hecha con seguridad y alta precisión sin uso de Fluoroscopia. Con este método es posible eliminar la exposición radiológica del operador y su equipo en casos de colocación de stents esofágicos.

### USO COMBINADO DE BANDAS DE LIGADURA Y ENDOCLIPS PARA PREVENCIÓN DE MIGRACION DE STENTS ESOFAGICOS PARCIALMENTE CUBIERTOS

Baptista, MA 1; Figueroa, F. 1; Guzman, M 1; Oropeza, A. 1; Canino, Y 1; Rass, H. 1.  
1 - HCC. Venezuela.

**Introducción:** Uno de los principales inconvenientes con el uso de stents esofágicos para patología benigna como fístulas post quirúrgicas y fístulas traumáticas es la posibilidad de migración en ausencia de zona estrecha para fijación del stent. Esta eventualidad es especialmente frecuente en casos de fugas después de gastrectomía en manga, fugas secundarias a esfago yeyuno anastomosis post gastrectomía total y fístulas esofágicas por heridas con arma de fuego. **Objetivos:** se describe el uso de bandas de ligadura endoscópica para creación de zona estrecha que aumente la posibilidad de adecuada fijación de los stents. **Pacientes y Métodos:** se incluyeron 40 pacientes con fugas secundarias a gastrectomía en manga, dos pacientes con fístula en anastomosis esfago yeyunal post gastrectomía (con diagnóstico previo de adenocarcinoma de cardias o estómago proximal) y dos pacientes con fístula esofágica secundaria a herida con arma de fuego. En estos 44 pacientes se consideró que el diámetro del área donde se colocaría el stent no mostraba zona evidente que permitiera adecuado anclaje del dispositivo. Se colocaron en configuración helicoidal con separación de uno a dos centímetros, entre 3 y 6 bandas de ligadura endoscópica en la zona de esfago donde se ubicaría la mitad superior del stent. Una vez colocado el stents (metálico parcialmente cubierto en todos los casos), se fijó con 2 a 4 endoclips el borde superior del stent a la mucosa del esfago. **Resultados:** Ocurrió migración distal en dos casos de fugas post gastrectomía en manga (4,54%). Los stents fueron retirados entre 6 y 8 semanas, momento el cual se observó presencia de bandas sueltas entre la pared del stent y el esfago con úlceras superficiales. No hubo estenosis en el área de las bandas en ningún caso después de seguimiento clínico y endoscópico de 14 meses promedio. **Conclusión:** no es posible definir en este reporte si existen ventajas en combinar las bandas y los clips versus la utilización de una sola de las estrategias planteadas puesto que no se trata de un estudio prospectivo para comparación de métodos. Sin embargo el porcentaje de migración de los stent luce aceptable y menor a las cifras reportadas en la literatura (entre 16 y 50%). El aumento de costo es una consideración importante. Sin embargo debe tomarse en cuenta que las recolocaciones endoscópicas frecuentes de los stent que migran tiene costo considerable. La utilidad de este método tampoco ha sido estudiada con el uso de stents totalmente cubiertos. Estudios prospectivos comparativos podrían establecer la verdadera utilidad y conveniencia del recurso endoscópico descrito en este reporte.

### SANGRADO POST LIGADURA ENDOSCÓPICA EN PROFILAXIS DEL SANGRADO VARICEAL ESOFÁGICO: UN EVENTO ADVERSO GRAVE

Mahler, M 1; Causada, N 1; Marclongo, M 1; Gnzalez, M 1; Ortmann, G 1; Lopez, J 1; Manazoni, D 1; Pizzala, J 1; Macias, C 1; Abecia, V 1; De Paula, J 1.  
1 - Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

**Introducción.** La ligadura endoscópica con bandas (LEB) es el procedimiento de elección en la erradicación de las várices esofágicas (profilaxis primaria o secundaria) en un grupo extenso de pacientes como prevención del sangrado variceal. La ligadura endoscópica ha demostrado ser más efectiva que la esclerosis y asociarse a una menor incidencia de complicaciones. No obstante, el sangrado asociado a la ligadura es un evento adverso grave del procedimiento profiláctico, por lo tanto, el monitoreo de esta complicación es relevante. **Objetivo.** Evaluar la incidencia del sangrado post LEB en pacientes con tratamiento de erradicación de várices esofágicas por profilaxis primaria o secundaria en nuestra unidad de endoscopia.

**Pacientes y métodos.** Se realizó una revisión retrospectiva de los registros de la historia clínica electrónica de nuestra institución entre los años 2004 y 2013, incluyendo todos los pacientes a quienes se les realizó ligadura endoscópica de várices esofágicas como profilaxis primaria y secundaria. Se consideró sangrado post LEB a aquel sangrado proveniente de la úlcera o escara del sitio de ligadura previo objetivado por endoscopia y ocurrido dentro de los 30 días del procedimiento.

**Resultados.** Durante el periodo estudiado se realizaron 396 procedimientos de ligadura en 124 pacientes (108 hombres, 16 mujeres; edad mediana 56 años, rango 48-65 años). Un total de 96 procedimientos fueron realizados por profilaxis primaria y 300 por profilaxis secundaria (3,2 procedimientos por paciente). El sangrado post LEB se evidenció en 5 procedimientos, 3 de ellos realizados por profilaxis primaria y 2 por secundaria. La incidencia del sangrado post LEB fue de 1,2 %. La mediana de días entre la sesión de ligadura y el sangrado fue de 6 días (RIC 2-11). El grupo de pacientes sin sangrado post LE presentó una mediana de plaquetas de 89.766 (RIC 54.300-113.300), RIN de 1,3 (RIC 1,19-1,5) y un MELD de 11 (RIC 9-14). Los pacientes que presentaron el evento adverso presentaron una mediana de plaquetas de 65.300 (RIC 46.000-113.600), RIN de 1,7 (RIC 1,2-2,7) y MELD de 18 (RIC 12-26) Dos pacientes fallecieron durante la internación precipitada por el sangrado post LEB. Ambos habían realizado el procedimiento endoscópico con la indicación de profilaxis primaria, tenían datos compatibles con severidad de enfermedad hepática crónica avanzada (ambos Child-Pugh C, plaquetas de 42.000 y 50.000, RIN de 3,6 y 1,7 y MELD de 23 y 29 respectivamente) y ninguno de ellos recibía beta bloqueantes al momento de procedimiento.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia la incidencia de sangrado post LEB fue relativamente baja. No obstante, se asoció a una elevada tasa de mortalidad, probablemente vinculada a la gravedad de la enfermedad base de los pacientes.

### DISECCION SUBMUCOSA ENDOSCOPICA EN UN EJE CON ENDOSCOPIO DE DOBLE CANAL. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE CARABINEROS DE CHILE

Moran, M 1.  
1 - Hospital de Carabineros de Chile. Chile.

**Introducción:** La disección Submucosa Endoscópica (DSE) en el cáncer Gástrico temprano permite resecar tejidos de mayor tamaño y con menor recurrencia local que la Resección Mucosa Endoscópica. En nuestra unidad hemos diseñado una técnica de DSE con tracción de la pieza que llevamos a cabo desde hace 6 años y que pretendemos mostrar sus resultados a la fecha. **Objetivo:** Describir la técnica quirúrgica y dar a conocer los resultados en estos 6 años en lesiones neoplásicas epiteliales y lesiones subepiteliales. **Material y Método:** La intervención se realizó en pabellón con anestesia general consistiendo en: la marcación de la lesión, inyección submucosa y precorte circunferencial, como la DSE clásica, pero la disección propiamente tal se lleva a cabo con tracción de la pieza con pinza hemostática y corte con hook logrando una muy buena exposición del sitio de corte usando un endoscopio de doble canal. La técnica se llevó a cabo en 17 lesiones epiteliales y 11 lesiones subepiteliales. **Resultados:** 16 de las lesiones epiteliales fueron extraídas con bordes libres y tamaños entre 11 y 40 mm y dos de ellas se fraccionaron en dos piezas; de las lesiones subepiteliales, solo una se seccionó por comprometer planos profundos con tamaño de hasta 40 mm de diámetro. No hubo complicaciones de hemorragia ni perforación en esta serie. El tiempo operatorio fluctuó entre 30 y 120 minutos. **Conclusión:** La disección Submucosa Endoscópica con tracción con Endoscopio de doble canal desarrollada en nuestro servicio ha mostrado resultados comparables con la técnica japonesa clásica sin morbimortalidad.

## FÍSTULA GASTROGÁSTRICA DESPUÉS DE BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX: EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CLÍNICO, ENDOSCÓPICO Y QUIRÚRGICO

Barreto, BLM 1; Albuquerque, GHPC 1; Júnior Araújo, CAA 1; Cavalcanti, JPG 1; Andrade, CB 1; Dongo, Paola 2; Rolim, FFA 1; Campos, JM 1.

1 - Universidade Federal de Pernambuco, Brasil 2 - Clínica de día Avendaño, Lima, Peru.

**Antecedentes:** La fístula gastrogástrica (FGG) después de bypass gástrico en Y de Roux (BGR) tiene una incidencia de hasta el 6%. En la actualidad no hay consenso sobre la mejor opción de tratamiento y el momento de inicio de las intervenciones endoscópicas o quirúrgicas.

**Objetivo:** Relatar la experiencia clínica resultante del seguimiento de pacientes con FGG sometidos a tratamiento clínico, endoscópico y quirúrgico.

**Diseño:** Estudio observacional longitudinal retrospectivo.

**Material y Método:** Seguimiento retrospectivo de 31 pacientes [19 mujeres (61,3%) y 12 hombres] quienes presentaron FGG luego de BGR. La cirugía primaria se llevó a cabo en 14 Servicios de Cirugía Bariátrica localizados en las regiones Norte y Noreste de Brasil, con la posterior remisión a la unidad de cirugía bariátrica y metabólica del Hospital de Clínicas - UFPE. La media de seguimiento fue de 39,7 meses.

**Resultados:** El IMC preoperatorio promedio fue de  $47,9 \pm 15,2$ . Los principales motivos de consulta fue dolor epigástrico (51,6%) y reganancia el peso (48,3%). El diagnóstico fue endoscópico en todos los casos de FGG. Al momento del diagnóstico, el IMC fue de  $34 \pm 12,2$ . La fístula se encuentra en el ángulo de His en 16 casos (51,6%). El tratamiento médico indicado fue Inhibidor de la bomba de protones y se adicionó sucralfato en pacientes con úlcera marginal. El tratamiento quirúrgico (14 | 45,1%) fue indicado en los casos con fracaso del tratamiento médico y reganancia de peso. Técnicas quirúrgicas utilizadas: sección de la fístula en 9 casos y gastrectomía del estómago excluido (n=5 | 35,7%). Terapia endoscópica utilizada: aplicación de clips, dilatación con balón y la colocación de prótesis. Hubo resolución de los síntomas en el 71,4% de los pacientes tratados quirúrgicamente y cierre de la fístula en todos ellos, con la recurrencia en un solo caso. No hubo una reducción significativa en la media del IMC después del tratamiento quirúrgico o endoscópico.

**Conclusiones:** La sección por vía laparoscópica de la FGG parece un enfoque más adecuado, sin embargo, sólo deberá indicarse para los pacientes sintomáticos, teniendo en cuenta la existencia de una mayor morbilidad que la cirugía bariátrica primaria. Las técnicas endoscópicas resuelven sólo los casos agudos.

## TUMOR DE LA ESTROMA GASTROINTESTINAL ( GIST). REPORTE DE UN CASO Y SU RESOLUCIÓN CON MUCOSECTOMÍA ENDOSCÓPICA

Castillo, G 1; Antón, BP 1; Di Bartolo, L 1; Zárate, F 1; Bengió, V 1; Fadul, M 1; Arantes, V 2.

1 - Hospital Córdoba, Argentina. 2 - UFMG, Argentina.

**INTRODUCCION:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tubo digestivo y representan el 1 al 3% de los tumores malignos. El órgano más afectado es el estómago (70%), le sigue en frecuencia intestino delgado (20-30%), colon (10%) y el 15% restante otras localizaciones como recto, esófago, mesenterio y retroperitoneo. Se originan en las células intersticiales de Cajal, localizadas alrededor del plexo mioentérico y dispersas en la muscular propia que actúan como marcapasos intermediarios entre sistema nervioso y sistema de músculo liso. La incidencia es mayor entre la 4ª y 6ª década, con una distribución por géneros semejantes. Histológicamente se distinguen tres patrones arquitecturales: fusiforme (70%), epitelioide (20%) y mixto (10%).

En cuanto al inmunofenotipo, 95% expresan CD117. Otros marcadores a menudo positivos son CD34 (60-70%), Actina músculo liso (15-60%), S100 (10%), y Desmina (rara vez). Esporádicamente se ha observado expresión de NSE, neurofilamentos, cromogranina, y queratinas 8 y 18. Son criterios de malignidad indudables, la presencia de metástasis y/o invasión de órganos vecinos. También el tamaño tumoral, y el índice mitótico determinan la agresividad de estos tumores dividiendo así en cuatro grupos de riesgo (alto, intermedio, bajo y muy bajo). El tratamiento del GIST primario es la resección completa con márgenes microscópicos libres.

**OBJETIVO:** Realizar diagnóstico y tratamiento de GIST, utilizando ultrasonografía endoscópica y resección completa del tumor mediante Mucosectomía Endoscópica, evitando resolución quirúrgica, reduciendo costos y morbi-mortalidad.

**CASO CLINICO:** Paciente sexo femenino, de 69 años, ingresa por la guardia con diagnóstico de hemorragia digestiva alta. Se realiza endoscopia Digestiva alta y se objetiva en cara posterior de cuerpo gástrico, lesión sobrelevada de 3 cm aproximadamente, de aspecto submucoso, ulcerada en su región cefálica, con coágulo adherido, Forrest IIB. Se adicionan estudios: TAC que objetiva imagen sólida vegetante en cara posterior de cuerpo gástrico de 2,5 cm, sin compromiso extraparietal y TEGD que informa imagen de defecto redondeada, de bordes netos de 60 mm de diámetro en región media de cuerpo gástrico, compatible con lesión polipoide. Mediante US endoscópica se constata tumor submucoso encapsulado y se realiza la extracción del mismo por Mucosectomía Endoscópica, permaneciendo la paciente 24 hs internada en control luego del procedimiento. El estudio histopatológico informó tumor mesenquimático de 2,5 cm constituido por proliferación de células fusiformes, de disposición fasciculadas, con bajo índice mitótico (menos de 5 mitosis por campo). La inmunohistoquímica evidenció CD117 (+) y CD34 (+). Los controles endoscópicos posteriores demostraron resección completa de la lesión sin recidiva al año del procedimiento. La paciente permanece asintomática y en control periódico clínico y endoscópico.

**CONCLUSION:** Los GIST son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tubo digestivo, su grado de malignidad está determinado por la localización, tamaño, nivel de invasión e índice de mitosis.

Nuestra paciente presenta un riesgo bajo de potencial maligno, por lo que la Mucosectomía Endoscópica es el tratamiento de elección, con una supervivencia libre de recidiva superior al 82% a los cinco años.

## ESTANDARIZACIÓN DE PROTOCOLO DE SEGURIDAD EN LA TÉCNICA DE PUNCIÓN GUIADA POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO ASOCIADO A BAJO RIESGO DE COMPLICACIONES POSTPUNCIÓN

Oropesa, A 1; Ospina, J 1; Del Valle, R 1; Pitanga, H 1; Bravo, G 1; Soria, M 1; Robles-Jara, C 1; Robles-Medrand, C 1.

1 - IECED, Venezuela.

**Introducción:** La biopsia aspiración por aguja fina (BAAF) guiada por ultrasonido endoscópico (USE), es una excelente modalidad para obtener el diagnóstico histológico de diversas lesiones y se ha convertido en una herramienta que puede modificar la conducta terapéutica. Sin embargo, es una técnica con complicaciones que van desde: hemorragia, perforación, hematomas, pancreatitis, broncoaspiración, infección y muerte

**Objetivo:** estandarizar un protocolo de seguridad para disminuir el riesgo de complicaciones post BAAF guiada por USE

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, que incluye todos los pacientes sometidos a BAAF por USE en el Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED) en Guayaquil - Ecuador, desde agosto de 2009 a Febrero 2014. Todos los procedimientos fueron realizados por el mismo endoscopista, utilizando un ecoendoscopio Linear Pentax 3870UTK acoplado a la consola Hitachi. La BAAF se realizó por protocolo institucional de la siguiente manera: 1. Previo a la BAAF: laboratorio (hemograma, coagulación) 2. Durante el procedimiento: A: Anestesia general. B: Uso del Doppler previo a la BAAF, C: Tipo de aguja: lesiones sólidas grandes (páncreas o adenopatías >1cm y GIST >2cms) fueron puncionadas con aguja 19G o 22G, mientras que para lesiones sólidas pequeñas (<1cm) o que atravesarían tejido pancreático normal, se usó aguja de 25G. D: BAAF de lesión quística: profilaxis antibiótica. 4. Punción única, con > 25pasadas.

**Resultados:** Se realizaron un total de 675 USE, con un total de 154 punciones (22,81%). El 63,63% (n= 98) eran del sexo masculino y 36,36% (n= 56) del sexo femenino. Se establecieron tres grupos etarios: de 20 a 49 años: n=42; de 50 a 69 años: n=65 y > 70: n=47

Las indicaciones para punción en Lesiones sólidas fue de 63,63% (n= 98) y en lesiones quísticas 36,36% (n= 56)

El paciente (0,64%) presentó una hemorragia autolimitada, se mantuvo hospitalizado para observación durante 24 horas y egresó en condiciones clínicas estables. Ausencia de mortalidad. Se obtuvieron 151 muestras adecuadas para estudio patológico diagnóstico, con un rendimiento de 98,05%

**Conclusiones:** la BAAF guiada por USE, es una técnica útil y segura. Si bien su realización no está libre de complicaciones, la práctica de la BAAF guiada por USE realizada por un operador experimentado y bajo las normas de seguridad estandarizadas en este protocolo de seguridad, logra minimizar el índice de complicaciones post punción, y convertir a esta modalidad en una técnica mucho más útil y segura.

## ARGON PLASMA COAGULATION OF GASTROJEJUNAL ANASTOMOSIS FOR WEIGHT REGAIN AFTER GASTRIC BYPASS

Baretta, GA 1; Alinho, HCAW 2; Matias, JE 1; Marchesini, JB 1; De Lima, JH 1; Empinotti, C 3; Campos, JM 2.

1 - UFPR; 2 - UFPE; 3 - UFSC. Brasil.

**Introduction:** about 20% of obese patients submitted to Roux-and-Y gastric bypass (RYGB) will fail to maintain weight lost after 18 to 24 months, where it can be related to the surgical procedure, to the patient or both. The mechanisms are uncertain, and a factor that can be involved is the dilation of the gastrojejunal anastomosis.

**Objective:** The objective was to evaluate the safety and efficacy of the serial use of argon plasma coagulation (APC) in reducing the diameter of the dilated gastrojejunal anastomosis and post-RYGB weight regain.

**Methods:** We prospectively, non-randomized studied 30 patients with no control or sham group after RYGB weight regain showing dilation of the gastrojejunal anastomosis for postoperative period of 18 months. It was performed 3 sessions of APC in the anastomosis, with 8 weeks apart, and a final endoscopic examination 8 weeks after the last session.

**Results:** There was a loss of 15.48Kg (8.0 - 16.0Kg) of regained weight 19.6Kg (7.0 - 39.0Kg); after RYGB and reduction of 66.89% in the final anastomotic diameter, with statistically significant reduction between each argon session. Previous BMI significantly decreased up to the final examination, and the final weight was close to but not at the same level as the nadir.

**Conclusions:** The use of APC to treat weight regain after RYGB is a safe and effective procedure by promoting a reduction on the gastrojejunal anastomosis and in the final weight and BMI, with a low rate of complications.

### CARDIAC SEPTAL OCCLUDER DEVICE FOR ENDOSCOPIC TREATMENT OF GASTRIC FISTULAE AND LEAKS AFTER BARIATRIC SURGERY

Baptista MA. 1; Bandel, J 1; Guzmán, M 1; Salinas, A. 1; Ramirez, M 1; Oropeza, A 1; Canino, Y 1; Rass, H 1.  
1 – HCC. Venezuela.

**Background:** Gastric leaks and subsequent fistulae are one of the most severe complications in bariatric surgery. Its management is challenging. In recent years, endoscopic stenting has become a widely used alternative treatment. However there is a group of patients in which the fistulae fails to close after stent removal. Self-expandable nitinol Septal Defect Closure Device (SDCD) used in interventional cardiology have been previously used to treat digestive tract fistulae (not related to bariatric surgery). We present our early experience with this approach for bariatric surgery leaks and fistulae.

**Methods:** 27 patients underwent endoscopic SDCC placement; 24 had mature gastric fistulae and three had leaks within 7 days after surgery. The patients with fistulae were 11.5 months post-surgery on average (range 2 to 21 months). In this group, 19 had sleeve gastrectomy (SG) and 5 gastric bypass (GBP). Nineteen had gastrocutaneous fistula, 3 gastropleural fistula and one gastro bronchial fistula. Twentytwo had undergone esophageal self-expandable metal stent (SEMS) placement and failed to close. Two received long-term enteral nutrition via gastrostomy or jejunostomy as primary treatment, which also failed. The occluder device was assembled inside an adapted 10 - 8.5 or 7 Fr. biliary catheter in order to provide enough length to be discharged through a 2.8 or 3.2 mm working channel gastroscopy. Fluoroscopy was not used in 26 cases.

**Results:** 23 patients with mature fistulae had complete resolution (95.83%). A post-procedure contrast swallow study was negative for all patients. Contrast swallow and upper endoscopy were repeated after 4 weeks and confirmed fistulae closure. These patients have been followed up for an average of 275 days and remain without recurrence. The 3 patients with acute leaks showed good initial response but skin drainage appeared after 3 days. In this group the occluder device was endoscopically removed and SEMS were placed with complete resolution of the leak. There were no adverse events related to the occluder device or its placement. We observed complete resolution of two gastropleural fistulae, one gastro bronchial fistula and 20 gastrocutaneous fistulae. Success rate showed statistically significant difference for fistulae patient compared to leaks patients ( $p=0.01$ ).

**Conclusion:** Septal cardiac occluder device are effective and safe alternative to treat stenting refractory gastric fistulae secondary to bariatric surgery. The occluder device does not seem to be effective in the treatment of early post-operative bariatric gastric leaks. In our opinion, these are best treated with SEMS placement.

### ROL DE LA CAPSULA ENDOSCOPICA EN PACIENTES CON DIARREA CRONICA Y DOLOR ABDOMINAL DE ORIGEN INDETERMINADO

Pitanga, H 1; Bravo, G 1; Del Valle, R 1; Ospina, J 1; Soria, M 1; Robles-Medrand, C 1; Robles-Jara, C 1.  
1 – IECED. Ecuador.

**Introducción:** La cápsula endoscópica (CE) es un método diagnóstico que permite de forma no invasiva y cómoda para el paciente, la visualización intraluminal del tracto digestivo, ofreciendo el diagnóstico de patologías del intestino delgado que antes no se diagnosticaban de forma eficaz.

**Objetivos:** Demostrar la utilidad y efectividad del uso de la CE como prueba diagnóstica en pacientes con diarreas crónicas y dolor abdominal que inicialmente fueron diagnosticados y tratados como síndrome de intestino irritable (SII).

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo, en los pacientes sometidos a CE en el Instituto ecuatoriano de enfermedades digestivas (IECED) Guayaquil – Ecuador; periodo marzo 2012 - marzo 2014, que consultaron por dolor abdominal y/o diarrea crónica con estudios normales de endoscopia alta, colonoscopia, hemograma, proteína c reactiva; sin mejoría y tratados previamente como SII de acuerdo a los criterios de Roma III. La preparación para el estudio por CE incluyó: ayuno de 8 horas y levosulpirida 25 mg vía oral 2 horas antes del procedimiento. Se utilizaron 2 tipos de capsulas: Mirocam (Intromedic) y SB2 (Given imaging), las lecturas fueron realizadas por un único operador.

**Resultados:** Se realizó un total de 216 estudios de CE, de los cuales el 30.0% (n=65) fueron por diarrea y/o dolor abdominal. El 53,8% (n=35/65) fueron de sexo femenino. Rango de edad de 14 a 84 años, promedio (50 años). En el 33,8% (n=22/65) el síntoma principal era diarrea y en 66,1% (n=43/65) dolor abdominal.

Hallazgos en los pacientes con diarrea: atrofia de vellosidades en 18,1% (n=4/22), úlceras compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) 36,3% (n=8/22), normal 45,4% (n=10/22).

Hallazgos en los pacientes con dolor abdominal: ascariasis 2,3% (n=1/43), atrofia de vellosidades en parche 23,2% (n=10/43), EII 25,5% (n=11/43), gastroparesia 6,9% (n=3/43), tumor submucoso 2,3% (n=1/43), eritema inespecífico 4,65 (n=2).

En total la CE detectó 48% de lesiones, con un impacto clínico de 100% de los pacientes.

**Conclusiones:** La cápsula endoscópica evidencia un rol importante en el manejo de pacientes tratados como SII y que no responden al tratamiento.

### DRENAJE ENDOSCOPICO DE COLECCIONES PERITONEALES POR FUGAS SECUNDARIAS A CIRUGIA BARIATRICA

Baptista M., A 1; Guzman T, M 1; Salinas K., A 1; Ramirez, MD 1; Garcia, W 1; Oropeza, A 1; Canino, Y 1.  
1 – HCC. Venezuela.

**Introducción:** Las colecciones abdominales secundarias a fugas como complicación de cirugía bariátrica requieren por lo general drenaje quirúrgico, abierto o laparoscópico y ocasionalmente drenaje percutáneo guiado por Tomografía. **Objetivos:** se presenta una serie de 40 pacientes que fueron manejados endoscópicamente. **Pacientes y Métodos:** se diagnosticaron 22 pacientes con colecciones abdominales y fugas por dehiscencia de sutura mecánica posterior a gastrectomía en manga y 18 pacientes post bypass gástrico, en periodo post operatorio entre 5 y 21 días. Todos los pacientes presentaban taquicardia y leucocitosis. Diez pacientes presentaron fiebre de 38,5 grados o más. En todos los casos se realizó Tomografía abdominal y estudio radiológico con contraste oral hidrosoluble. Bajo sedación con propofol se realizó endoscopia superior, se localizó orificio de fuga y por el mismo se accedió a cavidad peritoneal con instrumento de 9,8mm o de 5,8 mm dependiendo del diámetro de la fuga. Se realizó aspiración del contenido de la colección (entre 100 y 700cc). Luego se realizó lavado y aspiración con solución salina estéril (entre 200 y 1000 cc). Veinte y cinco pacientes tenían colocados dren quirúrgico. En 24 pacientes los tubos de drenaje fueron recolocados endoscópicamente con pinzas endoscópicas o asas de polipectomía por el orificio de la fuga y en 4 accediendo al peritoneo por orificio en pared abdominal, haciendo avanzar guía hidrofílica sobre la que se hizo progresar tubos de drenaje hasta el lugar de la colección. En todos los casos se colocó Stent metálico autoexpandible para tratamiento de la fuga que fue removido entre 6 y 8 semanas. **Resultados:** un paciente fue reintervenido para realizar lavado peritoneal laparoscópico por sepsis al ingreso. Tres pacientes fueron drenados por vía percutánea y guía Tomográfica debido a persistencia de colección tabicada que no pudo ser drenada endoscópicamente. De los 4 pacientes que requirieron drenaje quirúrgico o percutáneo sólo uno tenía drenaje colocado en la cirugía original. Todos los pacientes recibieron antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa y se observó normalización de cifras de leucocitos y taquicardia entre 24 y 72 horas después del drenaje. **Conclusión:** el drenaje endoscópico de colecciones abdominales por fugas en cirugía bariátrica es una alternativa eficiente en ausencia de sepsis o colecciones tabicadas inaccesibles a endoscopia flexible.

### CAN NARROW BAND IMAGING PREDICT DUODENAL HISTOLOGY IN CELIAC DISEASE: A PROSPECTIVE DOUBLE BLIND STUDY

Sinha, SK 1; Siddappa, PK 1; Basha, J 1; Vaiphei, K 1; Prasad, KK 1; Appasani, S 1; Berry, N 1; Singh, K 1.  
1 - Postgraduate Institute of Medical Education & Research, Chandigarh, India.

**BACKGROUND:** Celiac disease (CD) is characterized by varying degrees of villous atrophy. Image enhancement with narrow band imaging (NBI) delineates villous patterns better than routine endoscopy. Role of NBI in delineating villous morphology of CD is sparsely reported.

**AIM:** To compare the diagnostic accuracy of NBI with histopathology in predicting the duodenal villous morphology in CD.

**MATERIALS & METHODS:** Amongst the 102 subjects (mean age-27.20 ±13.05 years, 58-females) included in the study, 79 were suspected to have CD (serology positive), 11 were follow up patients of CD on gluten free diet and 12 had dyspepsia, of whom 11 had no evidence of CD on complete evaluation. CD was diagnosed on the basis of modified ESPGHAN criteria. They underwent esophagogastroduodenoscopy (EGD) along with NBI using an Olympus GIF-180 gastroscop to evaluate the villous pattern of duodenal mucosa. These images were digitally recorded for further characterization. Four duodenal biopsies were taken from second part of duodenum for histopathology. Digitally recorded images were analyzed by two experienced endoscopists and biopsy specimen by an experienced pathologist all of whom were blinded to clinical details and serological investigations. Villous patterns on NBI were classified into normal villous pattern (NVP), distorted & blunted villous pattern (DVP) and absent villous pattern (AVP). Histopathology was graded according to modified Marsh criteria. For statistical analysis, grade 0 was taken as no villous atrophy (Stage 1 and 2), grade 1 as partial villous atrophy (stage 3a), and grade 2 as total villous atrophy (stage 3b and 3c). NBI findings were correlated with histopathology. Chi-square test was used for statistical analysis.

**RESULTS:** NBI in total study population (n=102) revealed AVP in 42, DVP in 35 and NVP in 25 patients. Scalloping and grooving was present in 60.78% (62 subjects). Of these 102 subjects, 12 were serology negative (controls). In those with CD (CD suspected and follow up, n=90) 42 had AVP, 35 had DVP and 13 had NVP on NBI, while on histopathology 47 had total villous atrophy, 31 had partial villous atrophy and 12 had no villous atrophy. 4 CD patients on gluten free diet (n=11) and the 11 dyspepsia patients (n=12, control group) had normal villous pattern on both NBI and histopathology. Significant correlation was observed between NBI and histopathological examination ( $p<0.001$ ). The overall sensitivity and specificity of NBI for delineating villous pattern were 92.40% and 82.60% and the positive and negative predictive values were 94.80% & 76% respectively.

**CONCLUSION:** NBI can predict villous atrophy with high sensitivity and positive predictive value in CD.

### ENTEROSCOPIA PROFUNDA CON TÉCNICA DE DOBLE BALÓN PARA EL ESTUDIO DE PACIENTES CELÍACOS. SU UTILIDAD ANTE LA SOSPECHA DE COMPLICACIONES

Hwang, HJ 1; Niveloni, S 2; De María, J 3; Longarini, G 2; Moreno, ML 2; Costa, AF 2; Smeuol, E 2; Sugai, E 2; Vazquez, H 2; Mazure, R 2; Promenzio, E 3; Ragone, F 3; Guidi, M 3; Matano, R 3; Mauriño, E 2; Bai, JC 2.

1 - Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo" / Servicio de Gastroenterología del Hospital de Alta Complejidad "El Cruce"; 2 - Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo"; 3 - Servicio de Gastroenterología del Hospital de Alta Complejidad "El Cruce".

**Introducción:** La enfermedad celíaca (EC) refractaria, la yeyunoileítis ulcerativa (YU) y los linfomas intestinales tipos T y B son complicaciones severas de la EC. Aunque no son frecuentes, afectan significativamente la sobrevida de los pacientes, por lo que el diagnóstico certero y temprano tiene gran valor pronóstico y terapéutico. En los últimos años, la enteroscopia profunda con técnica de doble balón (EDB) ha permitido un notable avance en el diagnóstico de los pacientes con sospecha de complicaciones. **Objetivos:** Evaluar la utilidad de la EDB en pacientes celíacos con sospecha de complicaciones. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, multicéntrico y observacional. **Criterios de inclusión:** pacientes con sospecha de complicación de EC atendidos en la Sección Intestino Delgado a quienes se les realizó una EDB. Entre Enero de 2011 y Mayo de 2014 incluímos 15 pacientes (9 mujeres), edad al diagnóstico: 46 años (rango: 31-64), edad al diagnóstico de la sospecha de la complicación: 50 años (rango: 31-70). Se evaluaron los síntomas y los hallazgos de los estudios complementarios por imágenes (signos de úlcera, estenosis, dilatación de asas, engrosamiento de pared) en: tránsito baritado de intestino delgado (TID) (n=11), tomografía computada de abdomen (TC) (n=13), entero-TC (n=4) y videocápsula endoscópica (VCE) (n=5); y tomografía de emisión de positrones (PET-TC) (n=5, zonas de hipercaptación por incremento del metabolismo) y se los comparó con los hallazgos de la EDB. **Resultados:** Los síntomas más comunes a la sospecha de complicaciones fueron: dolor abdominal (73%), sub-oclusión intestinal (33%), diarrea crónica (73%) y pérdida de peso (80%). Se realizaron 20 EDB (10 anterógradas, 4 retrógradas y 3 antero-retrógradas, basadas en la localización de las lesiones observadas en los estudios previos). La EDB comparada con los otros estudios complementarios concordó con los hallazgos en el 50% de los TID, 92% de las TC, y 75% de entero-TC y VCE. La EDB detectó lesiones no vistas en el 20% de los TID y en el 8% de las TC. La EDB confirmó la presencia de YU y estenosis observadas en el TID, en la TC y/o en la entero-TC en 7 pacientes (78%), y en 2 pacientes diagnóstico lesiones no observadas previamente. En 6 pacientes hubo alta sospecha de linfoma intestinal por TC y/o PET-TC. En 3 no hubo evidencia de linfoma en la biopsia de la EDB y durante el seguimiento. En 3 pacientes se confirmó el diagnóstico de linfoma intestinal, dos mediante biopsia dirigida por EDB mientras que en uno la biopsia fue negativa y el diagnóstico se realizó por cirugía. **Conclusión:** la EDB ha demostrado utilidad diagnóstica en una cohorte de pacientes celíacos con sospecha de complicaciones permitiendo diagnosticar lesiones no observadas previamente o confirmando sospechas con el agregado de contar con biopsias para estudios patológicos.

### RESSEÇÃO ENDOSCÓPICA DE TUMOR CARCINOIDE DE DUODENO - RELATO DE DOIS CASOS

Mekdessi, MA 1; Souza, DHS 2; Silvério, AO 2; Botacin, MAS 1; Moreira, IS 1; Mekdessi, JE 2; Rabahi, LQ 1; Mekdessi, MA 1; Souza, DHS 2; Silvério, AO 2; Botacin, MAS 1; Moreira, IS 1; Mekdessi, JE 2; Rabahi, LQ 1.

1 - Pontificia Universidade Católica de Goiás. Brasil. 2 - Instituto do Aparelho Digestivo. Brasil.

**INTRODUÇÃO:** Os tumores carcinoides (TuCr) são neoplasias do sistema neuroendócrino. As localizações mais frequentes são: trato gastrointestinal (TGI) (73,7%) e respiratório (25,1%). Os TuCr de duodeno correspondem a cerca de 2% do TGI. A síndrome carcinóide (SCR) é rara, com incidência de 3% a 5%, principalmente em casos de neoplasia avançada com metástases.

**OBJETIVO:** Relatar dois casos de TuCr de duodeno incidental tratados por via endoscópica.

**MÉTODO:** Coleta de dados do prontuário.

**RESULTADO** Após a ressecção endoscópica a análise histopatológica e imunohistoquímica comprovaram tratar-se de TuCr, sem invasão local, os pacientes foram submetidos a exames para descartar a presença de metástases. Todos estão em acompanhamento clínico e endoscópico, sem recidiva tumoral. A ressecção endoscópica local é indicada para TuCr gástrico <1 cm, devido a remota possibilidade de invasão linfonodal. Todavia, para tumores >2 cm, especialmente os produtores de gastrina, a ressecção cirúrgica com linfadenectomia regional é a estratégia mais adequada. O prognóstico do TuCr depende do tamanho, presença ou ausência de metástase e do desenvolvimento de síndrome carcinóide.

**CONCLUSÃO:** Os TuCr devem ser considerados no diagnóstico de lesões do TGI, uma vez que cerca de 90% dos casos evoluem com dificuldade diagnóstica pré-operatória, devido baixa especificidade dos exames complementares e pela apresentação sintomática inespecífica na maioria dos pacientes.

### ENTEROSCOPIA MONOBALÓN. NUESTRA EXPERIENCIA EN 3 AÑOS EN QUITO-ECUADOR

Cargua García, O 1.

1 - AXXIS Hospital. Ecuador.

Presentamos nuestra experiencia en 3 años de realización de Enteroscopia profunda utilizando un esteroscopio monobalón.

Presentamos nuestros hallazgos en 156 procedimientos realizados a 126 pacientes. De nuestros pacientes, 81 procedimientos se realizaron a mujeres y 75 a pacientes de sexo masculino. Las edades comprendieron entre 24 y 76 años. Nuestro principal síntoma de consulta fue sangrado digestivo oculto con 57 casos, seguidos de diarrea crónica con 24 pacientes, 21 pacientes fueron enviados para estudio de vía biliar con enteroscopia, 21 pacientes fueron referidos a nuestra unidad con el hallazgo de tumores del intestino delgado, y 3 pacientes por retención de cápsula endoscópica.

Entre los principales hallazgos endoscópicos encontramos: De los pacientes con sangrado digestivo oculto 15 de ellos tuvieron lesiones vasculares (Angiectasias), en 6 pacientes se encontró la presencia de tumores carcinoides, en 3 casos adenocarcinoma de intestino delgado, en 3 pacientes encontramos úlceras de íleon, en 3 casos hiperplasia nodular linfóide a nivel del íleon, 1 paciente tuvo vórices a nivel de yeyuno como manifestación de hipertensión portal, 5 pacientes lesiones polipoides, 6 pacientes con lesiones erosivas inflamatorias, 3 pacientes tuvieron el diagnóstico de GIST, 1 paciente con finfoma e intestino delgado, en 3 pacientes se encontraron vórices esofágicas y/o gástricas como causa de sangrado y en 8 pacientes no se encontró patología en la enteroscopia. De los 21 paciente referidos para estudio de la vía biliar encontramos 15 pacientes con colédocolitias, 3 pacientes con estenosis del poro biliar, 1 paciente con neoplasia del colédoco, y en 2 casos no pudimos acceder a la vía biliar. De los 21 paciente referidos por tumores del intestino delgado 6 fueron linfomas, 8 carcinoides, 5 correspondieron a GIST, 1 fue adenocarcinoma y 1 caso correspondió a sarcoma.

### IMPACTO CLINICO DE LA ENDOMICROSCOPIA CONFOCAL POR SONDA (P-CLE) EN EL MANEJO DE LAS LESIONES GASTROINTESTINALES

Robles-Medrand, C 1; Ospina, J 1; Soria, M 1; Bravo, G 1; Robles-Jara, C 1; Pitanga, LH 1.

1 - IECED. Ecuador.

**INTRODUCCIÓN:** Ha sido demostrado que los hallazgos endoscópicos e histológicos en muchas ocasiones no presentan una buena correlación, llevando a dudas diagnósticas y terapéuticas en ciertos pacientes. La endomicroscopia confocal por sonda (p-CLE) es una nueva tecnología que permite la visualización in vivo de las células del tracto gastrointestinal e incluyen esófago, estómago, intestino delgado, colon, vías biliares y páncreas. Los estudios evidencian una exactitud diagnóstica superior al 90% para el diagnóstico de lesiones neoplásicas (N) y no neoplásicas (NN), con padrones específicos estandarizados para dichas lesiones. A pesar de esto, pocos trabajos han sido orientados para determinar el impacto clínico de la p-CLE en el diagnóstico y manejo de los pacientes con duda diagnóstica. El objetivo de este trabajo es poner en evidencia el impacto clínico de la p-CLE en este grupo de pacientes.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, realizado en nuestra institución de octubre 2013 a mayo 2014, en pacientes consecutivos encaminados para p-CLE (Cellvizio, Mauna Kea Technology) por dudas diagnósticas (ausencia de correlación endoscópica-histológica). Las características demográficas, indicaciones, estudios diagnósticos previos, hallazgos a la p-CLE, conducta clínica y resultados histopatológicos fueron evaluados. Las indicaciones incluyeron: displasia y/o sospecha de cáncer en: esófago de Barret, estómago, colon, vías biliares, enfermedad inflamatoria intestinal, quistes pancreáticos. Los estudios diagnósticos previos realizados incluyeron: magnificación con alta definición y cromoscopia electrónica, colangiografía retrógrada endoscópica con cepillado, ecoendoscopia. Otros estudios: tomografía, colangio-resonancia, marcadores tumorales. Intervenciones realizadas, basadas en las conclusiones de la p-CLE se analizaron según los registros, e incluyó: tratamiento medicamentoso, otros estudios diagnósticos, tratamientos endoscópicos y/o cirugía.

**RESULTADOS:** 27 pacientes fueron incluidos. El 59% fueron del sexo femenino (16/27), con una edad media de 52 años. 4/27 casos fueron quistes pancreático (1) y estenosis de colédoco (3). Las lesiones gastrointestinales incluyeron: displasia/cáncer en 66% de los casos [barret (3), estómago (14), ampolla de vater (1)]; enfermedad inflamatoria intestinal (3). La p-CLE diagnóstico correctamente el 100% de los casos N y NN. Cambio en la conducta diagnóstica y terapéutica fue evidenciado en 40.7% de los pacientes (11/27), direccionando la toma de muestras en 81% de los casos (9/11) y evitando otros métodos diagnósticos invasivos y no invasivos en 100% de los casos.

**CONCLUSIÓN:** La p-CLE es una herramienta diagnóstica fundamental en pacientes con dudas diagnósticas ya que permite la visualización celular in vivo permitiendo un impacto clínico importante en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes

### RESULTS OF PROGRAMMED EUS-GUIDED NECROSECTOMY IN PATIENTS WITH INFECTED WALLED-OFF PANCREATIC NECROSIS AFTER SEVERE ACUTE PANCREATITIS

Pardal, JCR 1; Ardengh, JC 1; Baron, T 2; Taglieri, E 1; Neto, OM 1; Orsini, ET 1; Motta, G 1; Kemp, R 3; Santos, JS 3.

1 - Hospital 9 de Julho; 2 - Mayo Clinic; 3 - HCFMRP. Brasil.

**Background:** Acute severe pancreatitis may progress to the development of walled-off pancreatic necrosis (WOPN) characterized by a mixture of solid and liquid components. Infected WOPN often leads to severe clinical deterioration necessitating open debridement or endoscopic necrosectomy. Programmed EUS-guided necrosectomy allows creation of multiple transluminal gateways to improve transmural removal of necrosis. The aim of this study is evaluate the efficacy of a EUS-guided necrosectomy.

**Method:** Patients with severe acute pancreatitis complicated by infected WOPN were treated by programmed EUS-guided necrosectomy every 7 days. One or more sites of transmural entry via EUS designated as EUS-N 1, 2 or 3 were performed. Direct necrosectomy was performed and after debridement and irrigation plastic pigtail stents were placed.

**Results:** 17 patients with infected WOPN were treated by programmed EUS-N. The average sessions per patient was 2.5 (1-6). Successful resolution of WOPN was achieved in 15/17 (88.2%) patients. Plastic pigtail stents were placed in 12 and self-expandable metallic stents (SEMS) in 3 and in 2 patients no stents were placed. Three patients experienced bleeding (entry side (2), inside cavity (1)) and worsening of infection (33.3%) after EUS-N, all of which were successfully treated endoscopically by another session of EUS-N. The mortality rate was (11.7%). One patient underwent surgery (5.8%) and one patient died due to poor medical conditions. The mean duration of hospital stay was 19 days (5-48 d).

**Conclusion:** Programmed EUS-N is an effective option for the treatment of infected WOPN because it eliminates the need for surgery and can be performed in the absence of a visible bulging. Prospective studies are needed to confirm these preliminary and promising results.

### ESTUDO PROSPECTIVO E COMPARATIVO SOBRE A NECESSIDADE DE INSERÇÃO DE PRÓTESE PLÁSTICA PANCREÁTICA APÓS A PAPILECTOMIA ENDOSCÓPICA

Reis, JS 1; Ardengh, JC 1; Ribeiro, HS 1; Pardal, JC 1; Miconi, D 1; Ney, MVS 2; Taglieri, E 1; Micelli-Neto, O 1; Kemp, R 2; Santos, JS 2.

1 - H9J/FMRP; 2 - FMRP. Brasil.

**Contexto e Objetivos:** A papilectomia endoscópica (PE) é tratamento eficaz para os tumores benignos da papila duodenal maior. A pancreatite aguda (PA) é a complicação mais grave e frequente após a realização desse procedimento. A inserção de prótese plástica no pâncreas tem sido considerada de vital importância para evitar a PA. No entanto essa conduta tem sido contestada e está longe de ser consenso. O objetivo do estudo foi comparar a taxa de pancreatite aguda e hiperamilasemia em pacientes submetidos a PE, que colocaram ou não prótese plástica pancreática profilática após a realização da PE.

**Pacientes e Métodos:** De Janeiro de 2008 a Maio de 2014, pacientes consecutivos com tumor da papila duodenal foram submetidos à EUS para estadiamento do tumor e em seguida PE. Dividimos os pacientes em dois grupos. Um grupo recebeu prótese plástica pancreática profilática e outro grupo não recebeu. Os resultados globais após a EUS, como tamanho do tumor pela EUS, diâmetro do DPP, do cólecoco e da PE, incluindo complicações e taxa de recidiva foram comparadas entre os dois grupos.

**Resultados:** 54 pacientes foram encaminhados a EUS para estadiamento e posterior remoção do tumor da papila duodenal. Excluímos 6 pacientes (11.1%) onde a EUS mostrou estágio T2 (3) e T3 (3). 48 foram submetidos a PE após a EUS revelar que todos se enquadravam na categoria uT1 ou uT2. Trinta e dois foram incluídos no grupo 1 (sem prótese) e 16 pacientes no grupo 2 (com prótese). Após a PE a PA foi o evento adverso mais frequente e ocorreu em nove pacientes (18,7%, 9/48), dois casos ocorreram no grupo 1 e sete no grupo 2. Dois casos do grupo 2 foram considerados pancreatite moderada e os outros apresentaram episódios de leve intensidade. A incidência geral de pancreatite após a PE foi de 43,7% (7/16) no grupo stent e 6,2% (2/32) no grupo sem stent [odds ratio = 15 (intervalo de confiança de 95% [2.64 - 85.01], p = 0,002)]. As taxas de hiperamilasemia foram de 31,5% (10/32) no grupo sem stent e 6,2% (1/16) no grupo stent [odds ratio = 0,0337, ic de 95% [0.080 - 1.424], p = 0,196)].

**Conclusões:** O desenvolvimento da pancreatite aguda após a PE foi significativamente maior nos pacientes com colocação de stent pancreático profilática em comparação com aqueles sem ele. Por outro lado os pacientes onde o stent foi colocado apresentaram menor índice de hiperamilasemia. Nossos dados sugerem que a eficácia da colocação de stent pancreático profilático após PE é desnecessária. Portanto, são necessários mais estudos de grande porte em escala prospectivos, randomizados e controlados.

### VALIDADE DO CONSENSO INTERNACIONAL DE FUKUOKA PARA AS NEOPLASIAS MUCINOSAS DO PÂNCREAS (NMP)

Pacheco, DAC 1; Pardal, JCR 2; Ribeiro, HS 2; Dib, RA 1; Parada, AA 2; Santos, JS 3; Kemp, R 3; Santaella, ACN 1; Ardengh, JC 2.

1 - Hospital Ipiranga. Brasil. 2 - Hospital 9 de Julho. Brasil. 3 - HCFMRP. Brasil.

**Introdução:** A classificação anatomopatológica da NMP é de difícil compreensão. Apesar da neoplasia intraductal mucinosa papilífera (NIMP) do ducto principal ter maior chance de malignização a de ductos secundários permanece como um grande desafio para o seu diagnóstico e tratamento. São vários os fatores para prever a presença de malignidade, mas mesmo eles ainda se encontram sobre intenso debate. **Objetivo:** avaliar a efetividade e a acurácia do último consenso internacional para prever a malignidade da NMP. **Método:** Foram coletados prospectivamente os dados de 203 pacientes com NMP identificados por exames de imagem e encaminhados ao setor de endoscopia digestiva para serem submetidos à EE-PAAF, entre janeiro de 2008 e abril de 2014. Avaliamos e comparamos os fatores preditivos de malignidade descritos pelo Consenso Internacional de Fukuoka. **Resultados:** De acordo com as imagens ecoendoscópicas, resultado de exames laboratoriais e de microhistologia, observou-se que cistos maiores que 2,5 cm apresentam maior chance de malignização (50% vs 19%; p<0,001), com sensibilidade e especificidade de 70% e 69,2%, respectivamente. O componente sólido estava presente em 30% dos tumores malignos quando comparado aos 11,9% dos benignos (p=0,006). A presença de componente sólido em cistos maiores que 2,5 cm possui VPP de 68% (p=0,001) enquanto a ausência dele em cistos de qualquer tamanho tem VPP de 88% (p=0,006). O DPP estava normal nos pacientes que não tiveram invasão (86% vs 60%; p<0,0001). O BD-IPMN teve mais resultados de benignidade (88,1%) enquanto o MD-IPMN teve grande frequência entre as lesões malignas (41,2%) com p<0,001. A presença de um critério maior associa-se a presença de tumor em 55% (p<0,001). **Conclusão:** a frequência de malignidade encontrada em pacientes com diâmetro do DPP entre 5-9mm e também nos cistos de 2,5cm de diâmetro sugere que há espaço para a discussão da redução do ponto de corte para as lesões serem classificadas como de alto risco para malignidade. Além disso, a presença de vegetação no interior de cistos maiores que 2,5 cm tem alto VPP para a presença de malignização, efetivando dessa o consenso proposto.

### COLEDOLITIASIS GIGANTE Y/O MÚLTIPLES: ¿ES MÁS EFECTIVO EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO MEDIANTE ESFINTEROTOMÍA Y DILATACIÓN CON BALONES QUE LA ESFINTEROTOMÍA CONVENCIONAL?

Curvale, C 1; Parezna, T 1; Hwang, H 1; Malaga, I 1; Nieves, H 1; Guidi, M 1; De Maria, J 1; Ragone, F 1; Matano, R 1; Djivelekian, JS 1.

1 - Hospital El Cruce. Argentina.

**INTRODUCCION:** 10 a 15 % de las litiasis coledocianas son dificultosas para la extracción por ser gigantes o múltiples. Se han desarrollado técnicas, como alternativa de la esfinterotomía (EPT) amplia, que combinan la EPT y la dilatación con balón grande para la extracción de litiasis mayores de 15 mm y/o litiasis múltiples. Varios estudios han demostrado una mayor eficacia terapéutica y menor tasa de complicaciones con el tratamiento combinado.

**OBJETIVOS:** comparar la efectividad y las complicaciones de la EPT seguida de dilatación con balón grande respecto de la EPT sola en el manejo de la litiasis coledociana dificultosa (cálculos gigantes y/o múltiples).

**MÉTODOS:** estudio retrospectivo comparativo del manejo de litiasis dificultosa (cálculos > 20 mm de diámetro y/o múltiples ≥ 3 litos) mediante CPRE en los últimos 26 meses. Comparamos el éxito del procedimiento, éxito de la extracción completa de los cálculos, la necesidad de utilización de litotripsia mecánica y las complicaciones del primer tratamiento con CPRE aplicando las siguientes técnicas: a) Grupo A: EPT amplia sola; b) Grupo B: EPT mediana más dilatación con balón de grandes volúmenes. **RESULTADOS:** se realizaron en el grupo A 69 procedimientos (58 % fueron litiasis múltiples y 42 % cálculos gigantes) y en el grupo B 44 estudios (36 % fueron litiasis múltiples y 64 % cálculos gigantes). El éxito del procedimiento y de la extracción exitosa de todos los cálculos en el primer tratamiento con CPRE fueron: grupo A 97.1 % y 70 %, en el grupo B 100 % y 86.4 %, respectivamente, sin diferencias estadísticas significativas. Se colocaron prótesis plásticas de 7 o 10 Fr en el grupo A 30.4 % y en el grupo B 18.2 %, sin diferencias significativas. Analizando solamente las litiasis gigantes, la extracción exitosa de los litos en la primer CPRE fue en el grupo A 58,6% y grupo B 89.3% (p=0.019). La utilización de la litotripsia mecánica en el grupo A fue 44.8 % y en el grupo B 21.4 %, sin diferencia significativa. Con respecto a las complicaciones hubo en el grupo A 5.8 % (1 perforación, 2 colangitis y 1 atascamiento de la canastilla) y en el grupo B 6.8 % (2 pancreatitis leves y 1 colangitis). No hubo ningún óbito relacionado con la CPRE.

**CONCLUSION:** el tratamiento combinado EPT y dilatación con balón de grandes volúmenes para el tratamiento de la litiasis dificultosa es igualmente efectivo y seguro que la EPT sola. El tratamiento combinado fue más efectivo en el tratamiento de litiasis gigantes.

## COLEDOSCOPÍA Y COLANGIOSCOPIA CON ENTEROSCOPIO MONOBALÓN

Cargua García, O 1.

1 - AXXIS Hospital. Ecuador.

Paciente LM, masculino de 61 años de edad.

APP: Cirugía de Billroth II con Y de Roux. Colectomía y anastomosis bilio-digestiva, 10 años antes por heridas múltiples por arma de fuego.

S: Paciente con 2 años de evolución de aproximadamente 4 episodios de dolor en hipocondrio derecho, cólicos, acompañados de ictericia y coluria. Refiere fiebre en los períodos de ictericia.

En los últimos 2 meses ha presentado 2 episodios de dolor de iguales características. Al momento no dolor abdominal, no ictericia escleral.

O: Abdomen: dolor leve en HD, no hepatomegalia, no masas palpables, no ascitis. No estigmas de hepatopatía crónica.

Laboratorio: BH. Normal. No leucocitosis. Bilirrubina total de 2,8 mg/dl. B Directa de 1,8 mg/dl. TGO: 86 mg/dl ( hasta 41). TGP: 92 mg/dl. ( hasta 41). FA: 280 mg/dl (44-147UI/L). TP y albúmina normales.

ECO de Hígado y vías biliares: Ecoestructura hepática normal. Leve dilatación de la vía biliar intrahepática. Colédoco corto de 12 mm de diámetro, sin evidencia de litos en paciente colecistectomizado.

Colangiorenoscopia: Dilatación de vía biliar intra y extrahepática. Colédoco de 12 mm. No se observan cálculos intracoleodocianos. Ausencia de vesícula. Páncreas normal.

CPR asistida por Enteroscopia: Anastomosis bilio-digestiva estenótica con poro biliar de aproximadamente 2 mm, se evidencia escaso flujo biliar. Se procede a realizar dilatación del poro biliar, con posterior salida de abundante cantidad de bilis, no se observa salida de litos. Se realiza coledoscopia y colangiografía con enteroscopia monobalón para revisión de vía biliar.

## UTILITY OF ENDOSCOPIC ULTRASONOGRAPHY IN THE DETECTION OF MICROLITHIASIS IN PATIENTS WITH NO OBVIOUS OBSTRUCTION OF COMMON BILE DUCT

Canseco, S 1; D'Alessandro, M 1; Villaverde, A 1; Cerisoli, C 1; Caro, L 1.

1 - Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica. Argentina.

Introduction: Magnetic resonance cholangiopancreatography is the highest yield diagnostic procedure for evaluation of the biliary tract when choledocholithiasis is suspected. Endoscopic ultrasound (EUS) is an alternative method that is nowadays recommended when evaluating small common bile duct (CBD) stones. Objective: To estimate the positivity rate of EUS to detect biliary and/or distal pancreas microlithiasis in patients with low probability of obstruction. Materials and Methods: Adults  $\geq 18$  years with low probability of distal obstruction were included consecutively for performing the EUS. Low probability of distal obstruction was registered when at least one of these criteria were present: a) Clinical: abdominal pain, jaundice and choloria; b) Biochemical: unexplained elevation of cholestatic enzymes, c) Images: dilatation of the CBD ( $>8$ mm or  $>10$ mm in cholecystectomies). Pregnancy, cholangitis or acute pancreatitis, history of pancreatitis and sphincterotomy were exclusion criteria. The study took place in a gastroenterology outpatient clinic, between May, 2011 and December, 2013. Design: observational, cross sectional and comparative. Procedures: a) EUS: studies were performed under sedation by experienced operators, who used Olympus equipment MEN 1 radial, specifically, an echoendoscope at 7.5 and 12 MHz frequency. CBD lithiasis was diagnosed when a hyperechoic image with posterior acoustic shadowing was present. Patients with positive EUS underwent endoscopic retrograde cholangio-pancreatography (ERCP). b) ERCP: were performed under sedation with propofol within a mean period of 30 days with Olympus equipment (GIF 150 endoscopes with lateral vision). Biliary tract obstruction was diagnosed in one of these circumstances: negative images in the CBD after contrast administration, stones or biliary sludge extraction or no evident permeability of biliary tract after the procedure. Ethics: The protocol was approved by the local IRB. Statistical Analysis: VCCstat 2.0; 95CI were calculated. Results: 82 patients were included; 66% (54/82) were women, average age: 58,48 $\pm$ 17,2 yo (range 18–86). EUS indications were: abdominal pain 67% (55/82), images 32% (26/82) and biochemical alterations 1,20% (1/82). Most prevalent EUS diagnoses were CBD lithiasis (26%), CBD dilation (16%), gallstones and neoplasias (7% each), biliary sludge (6%) and biliary cysts, chronic pancreatitis and pancreas divisum (all  $<5\%$ ). No lesions were found in 23 patients (28%). The positivity rate of EUS for diagnosing small CBD stones was 90% (IC95% 68-98; 18/20). Conclusions: In this sample, the preliminary results evidenced that the positivity rate of EUS for diagnosing microlithiasis was high. Most prevalent diagnoses were cholelithiasis and bile duct dilatation. It is necessary to enlarge the sample size to confirm these data.

## ENDOSONOGRAPHY (EUS) DIAGNOSIS AND SIMULTANEOUS ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOGRAPHY TREATMENT OF COMMON BILE DUCT STONES (CBDS) IN PATIENTS AT RISK OF CHOLEDOCHOLITHIASIS

Santaella, ACN 1; Pardal, JCR 2; Ardengh, JC 2; Pacheco, DAC 1; Kemp, R 3; Santos, JS 3; Dib, RA 1; Parada, AA 2; Barbosa, JC 3; Hisatomi, GG 3; Reis, J 2; Ribeiro, HS 2.

1 - Hospital Ipiranga. Brasil. 2 - Hospital 9 de Julho. Brasil 3 - HCFMRP. Brasil.

Introduction: Magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) and EUS replaced diagnostic ERCP in patients with biliary tract disease, but the latter is needed for treatment. The aim of the study was to evaluate a new approach in the management of CBDS in patients with suspected CBDS performing the EUS and ERCP simultaneously, and trying to define which patients benefit from EUS diagnostic followed by therapeutic ERCP. Method: thirty-two patients with acute abdominal pain associated with increased liver tests were studied. Patients were classified as low (group 1), moderate (g 2) and high risk (g 3) for CBDS. The evaluation of the biliary tract was performed using an oblique view echoendoscope. After EUS ERCP and sphincterotomy were performed at the same session. Results: gallstones or microlithiasis were identified by EUS in 28/32 (97%) patients. The ERCP associated with sphincterotomy confirmed the diagnosis in all patients. The mean time to perform the two procedures was 39 min (25 - 78min). No adverse events were related. The risk group 1, 2 and 3 was found in 19%, 63% and 19%, respectively. The diagnosis of CBDS by EUS was made in 83%, 85% and 100% of the groups 1, 2 and 3, respectively. The sensitivity, specificity, positive and negative predictive value, and accuracy of EUS for the diagnosis of CBDS was 96.5%, 96.7%, 100%, 75% and 96.8%, respectively. Conclusion: This new approach is feasible, safe, with a high accurate diagnosis, and if is used at the same time (EUS + ERCP), has a good option for the diagnosis and treatment of CBDS. Thus the EUS procedure followed by ERCP, after stratifying the risk of choledocholithiasis should be used as first-line in patients with any level of suspicion of CBDS.

## ¿ES ÚTIL REPETIR UNA COLANGIOGRAFÍA ENDOSCÓPICA LUEGO DE UN PRECORTE INICIAL CON CANULACIÓN FALLIDA?

Djivelekan, JS 1; Curvale, C 1; Parenza, T 1; Hwang, H 1; Malaga, I 1; Nieves, H 1; Guidi, M 1; De Maria, J 1; Ragone, F 1; Promenzio, E 1; Matano, R 1.

1 - Hospital El Cruce. Argentina.

INTRODUCCION: a pesar de los avances tecnológicos la colangiografía endoscópica (CPRE) continúa siendo un procedimiento desafiante. Las principales situaciones complejas son: el fracaso en la canulación y las complicaciones post-CPRE. Ante una canulación dificultosa se puede realizar un precorte para acceder a la vía biliar. Existen varios reportes de éxito de las distintas técnicas de precorte sin diferencia significativa entre ellos, con un porcentaje de canulación global de 83-100%. Pero, ante el fracaso de acceder a la vía biliar con precorte, el próximo paso sería la realización de un abordaje biliar percutáneo (DBP), ecoendoscópico o quirúrgico.

OBJETIVO: determinar la tasa de éxito en lograr la canulación biliar en una segunda y/o tercera CPRE luego de un precorte inicial fallido. Como objetivos secundarios evaluar la frecuencia y el tipo de precorte utilizado así como sus complicaciones.

METODO: estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo. Se analizó la base de datos en Excel de todas las CPREs con papila naïve entre 01/01/2012 y 01/01/2014. Se analizaron las siguientes variables: A) canulación dificultosa (más de 8 minutos de intento de canulación, más de 3 canulaciones al wirsung, wirsunografía), B) tipos de precorte (estándar, septotomía, infundibulotomía), C) complicaciones.

RESULTADOS: de las 730 CPREs realizadas, 597 se incluyeron en el análisis por presentar papila naïve. Se realizó precorte en 85 pacientes (14%) por canulación dificultosa. La técnica más utilizada fue la infundibulotomía en 79 pacientes (92%). La canulación exitosa final con precorte se logró en 84/85 pacientes (98,8%): 70 pacientes en el precorte inicial (82%), 10 en el segundo intento (12%), ampliando precorte en 7 pacientes y 4 en el tercero (4,8%), ampliando precorte en 2 pacientes. El único paciente en quien no se logró una canulación efectiva, se resolvió con una derivación biliodigestiva por cáncer de páncreas (1,2%). El intervalo entre los intentos de precorte fue de 3 a 5 días. La tasa global de complicaciones fue del 6% (6 pacientes): a) 1º intento: 1 perforación peripapilar, 2 hemorragias y 2 pancreatitis y b) 2º intento: 1 hemorragia.

CONCLUSIONES: repetir la CPRE luego de una canulación dificultosa con precorte inicial fallido permite mejorar la tasa de éxito en el abordaje terapéutico de la patología biliar sin incrementar las tasas de complicaciones y evitando el tratamiento quirúrgico y/o percutáneo.

### ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE PRECORTE TEMPRANO Y STENT PANCREÁTICO EN LA PREVENCIÓN DE PANCREATITIS POST-CPRE MEDIANTE EL MÉTODO DE BONDAD DE AJUSTE

Hwang, H 1; Curvale, C 1; Guidi, M 1; De Maria, J 1; Ragone, F 1; Promenzio, E 1; Iannicillo, H 2; Lasa, J 2; Zagalsky, D 2; Matano, R 1.  
1 - Hospital El Cruce; 2 - Hospital Posadas. Argentina.

**Introducción:** la pancreatitis post-CPRE (PPC) es la complicación más frecuente. La colocación de stent pancreático fue utilizada para prevenir la PPC en pacientes con alto riesgo. Algunos estudios sugieren también que el precorte temprano podría disminuir la PPC. Nosotros realizamos un estudio comparativo entre el precorte temprano y el stent pancreático en pac de alto riesgo (DDW, 2014), no evidenciándose una diferencia significativa en la incidencia de PPC. Realizamos un análisis de estos resultados de precorte temprano comparando con los datos de la literatura sobre stent pancreático en la prevención de la PPC.

**Objetivo:** comparar la incidencia de PPC en pacientes que se realizaron precorte temprano con los datos publicados en la literatura sobre PPC con colocación de stent pancreático mediante el test de bondad de ajuste.

**Materiales y métodos:** se enrolaron en forma prospectiva a pac con canulación difícil (intento de canulación > 8 minutos o inserción involuntaria de la guía 3 o más veces en el *Wirsung*) y se realizó precorte temprano. Se registró la incidencia de PPC y se comparó con los datos de PPC con colocación de stent pancreático publicado en la literatura (meta-análisis de Mazaki T y col, J Gastroenterol 2014) mediante el método estadístico de análisis de bondad de ajuste aplicando el test de Chi2. La prueba de bondad de ajuste sirve para probar una hipótesis en una investigación con una muestra comparada con frecuencias esperadas o teóricas.

**Resultados:** se incluyeron 51 pacientes que se realizaron precorte temprano. Se intentó la canulación biliar mediante la técnica de guía de alambre y se realizó el precorte con "needle knife" ante la dificultad en la canulación con una tasa de canulación biliar final de 98%. La PPC ocurrió en 2 pacientes y la incidencia fue de 3,9%, en todos los casos la PPC fueron leves y se resolvieron con tratamiento médico. Por otro lado, en el meta-análisis de Mazaki T y col, se incluyeron 14 estudios prospectivos y controlados (n = 1541 pacientes) en la que se colocó el stent pancreático para prevenir la PPC en pacientes con alto riesgo (n = 760). La PPC ocurrió en 53 pacientes (7%). Se realizó el análisis estadístico mediante el método de bondad de ajuste con el test de Chi2 y no se observó diferencia estadística significativa en la incidencia de PPC (p = 0,58).

**Conclusión:** el precorte temprano resultó ser similar a la colocación de stent pancreático como medida preventiva de PPC en pacientes de alto riesgo.

## EO-047

### USO DE LA ULTRASONOGRAFIA ENDOSCOPICA EN EL MANEJO DEL PSEUDOQUISTE DE PANCREAS

Imhof, H 1; Pierini, A 1; Pierini, L 1; Burlando, E 1; Gianinetti, L 1.  
1 - Clínica de Nefrología. Argentina.

#### Antecedentes

Los pseudoquistes agudos, representan más del 75% de las colecciones líquidas pancreáticas. El drenaje endoscópico transmurales a ciegas, ya sea transgástrico o transduodenal, se ha convertido en la opción mini invasiva más eficaz de resolver esta patología. La llegada de la ultrasonografía endoscópica ha reducido las tasas de complicaciones de este procedimiento, al igual que ha mejorado los índices de eficacia del mismo

#### Objetivo

Mostrar nuestra experiencia en el manejo endoscópico del pseudoquiste agudo de páncreas, evaluando la utilidad de la ultrasonografía endoscópica

#### Diseño

Ensayo descriptivo, retrospectiva analítica, estratificado.

#### Materiales y Métodos

Pacientes sometidos a quistogastrotomía o quistoduodenostomía endoscópica en el período enero 2009 a enero del 2014 utilizando o no ultrasonografía endoscópica. GRUPO A: drenaje a ciegas. GRUPO B: drenaje asistido por ultrasonografía endoscópica. Análisis estratificado uni y multivariado. Variables analizadas: edad, sexo, tamaño del quiste, tipo de procedimiento, eficacia técnica, complicaciones, resultados alejados, mortalidad asociada al procedimiento

#### Resultados

29 pacientes fueron sometidos a drenaje endoscópico en el período estudiado. Grupo A: 15 pacientes. Grupo B: 14 pacientes. Rango etáreo 16 – 76 años, media 48. 66.6% de los pacientes son del sexo femenino, 33.3% de los pacientes son del sexo masculino.

Con respecto al tamaño del quiste nos encontramos con un rango entre 6 cm hasta 15 cm para el grupo A, y un rango entre los 9 y los 18cm para el grupo B.

25 procedimientos fueron quistogastrotomías y 4 procedimientos fueron quistoduodenostomías.

El éxito técnico fue del 90% para el GRUPO A y del 100% para el GRUPO B. Para las complicaciones observamos: hemorragia, siendo de 5 casos para el grupo A (R.A. : 0.33) y de ningún caso para el GRUPO B R.A. 0) infección 1 caso para el GRUPO A (0.06) y 1 caso para el GRUPO B (R.A. 0.1). No observamos mortalidad en ninguno de los grupos. Se observó 1 caso de recidiva para el GRUPO A. El resto de los pacientes se encuentran en seguimiento de hasta 5 años sin evidencia de recidiva.

#### Conclusiones

En manos entrenadas, el drenaje endoscópico es una solución eficaz, segura y reproducible para el pseudoquiste agudo del páncreas. El uso de la ultrasonografía endoscópica durante el procedimiento disminuye el riesgo de sangrado y aumenta la eficacia técnica del procedimiento.

### ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PRECORTE TEMPRANO Y PRÓTESIS PANCREÁTICA EN LA PREVENCIÓN DE PANCREATITIS POST-CPRE: ANÁLISIS DE COSTO-EFECTIVIDAD

Hwang, H 1; Curvale, C 1; Guidi, M 1; De Maria, J 1; Ragone, F 1; Promenzio, E 1; Iannicillo, H 2; Lasa, J 2; Zagalsky, D 2; Matano, R 1.  
1 - Hospital El Cruce; 2 - Hospital Posadas. Argentina.

**Introducción:** la pancreatitis es la complicación más frecuente de la CPRE. La colocación de stent pancreático fue utilizada para prevenir la pancreatitis postCPRE (PPC). También hay evidencias sobre el efecto preventivo de la PPC con la realización de precorte temprano en la canulación dificultosa. Nosotros realizamos un estudio comparativo sobre la prevención de la PPC entre el precorte temprano y el uso de stent pancreático, y observamos que ambos fueron eficaces y no hubo diferencia en la tasa de PPC (DDW, 2014).

**Objetivo:** determinar y comparar la costo-efectividad entre la realización de precorte temprano y colocación de stent pancreático en la prevención de PPC.

**Materiales y métodos:** estudio multicéntrico, prospectivo, comparativo y análisis de costo-efectividad entre precorte temprano y stent pancreático en la prevención de PPC. Se enrolaron pac con canulación biliar dificultosa y otros factores de riesgo para PPC. Fueron randomizados a: precorte temprano (grupo A) y colocación de stent pancreático (grupo B). Se analizaron: efectividad y costo de los procedimientos y complicaciones, costo por extracción de stent pancreático. El costo de los procedimientos se basó en los aranceles de los Hospitales El Cruce y Posadas. Resultados: durante 2 años se enrolaron 100 pac y se randomizaron 50 pac a cada grupo. No hubo diferencias en las características demográficas, indicación de CPRE y otros procedimientos terapéuticos entre ambos grupos. Se realizaron 51 procedimientos de CPRE en grupo A y 52 en grupo B, hubo 2 PPC leves en cada grupo. En el grupo A hubo 1 hemorragia leve. El éxito de canulación fue en el grupo A 98% y grupo B 96%. El costo de CPRE en el grupo A fue \$504900 y por los 2 pac con PPC con 2 días de internación fue \$20596, en total el costo fue \$525496 (\$10510/pac). En el grupo B, el costo de CPRE con stent pancreático fue \$589800, 2 pac con PPC con 2 días de internación fue \$20596, costo de control clínico y radiológico por stent pancreático \$13500, duodenoscopia para extraer el stent en 40 pac \$ 64000 (10 pac tuvieron migración espontánea), en total el costo fue \$687896 (13758/pac). El costo del grupo B es 31% mayor que en el grupo A y fue estadísticamente significativa (p<0.05).

**Conclusiones:** el precorte temprano y la colocación de stent pancreático presentaron similares tasas de PPC en pac con canulación biliar dificultosa y factores de riesgo. El precorte temprano es más costo-efectiva que el stent pancreático con un ahorro del costo de 31%.

## EO-048

### DICLOFENAC INTRAVENOSO COMO PROFILAXIS DE LA PANCREATITIS POST-ERCP. ¿ES NECESARIA SU APLICACION UNIVERSAL O SOLO A PACIENTES DE ALTO RIESGO?

Florez-Sarmiento, C 1; Lizarazo, OY 2; Avendaño, J 2; Triana, JD 2; Jaimes-Valderrama, E 2.  
1 - Hospital Militar Central - Clínica Partenon; 2 - Clínica Partenon. Colombia.

**Introducción:** Diversos estudios recomiendan la utilización de AINEs como el diclofenaco y la indometacina por vía rectal en la prevención de la pancreatitis aguda post-CPRE (PPCPRE). El número de participantes incluidos ha sido escaso en algunos trabajos y en otros sólo se han seleccionado pacientes de alto riesgo de presentar PPCPRE.

**Objetivo:** Determinar si la administración de Diclofenaco Intravenoso (IV) al inicio de una CPRE previene la aparición de Pancreatitis post CPRE en pacientes no seleccionados.

**Material y método:** Realizamos un estudio prospectivo aleatorizado doble ciego asignando a los pacientes sometidos a CPRE terapéutica a uno de los dos grupos de interés: tratamiento (Diclofenaco 75mg IV al inicio de la prueba) o placebo (ampolla de SSN). Se analizaron los factores de riesgo conocidos para el desarrollo de PPCPRE. El objetivo principal fue la aparición o no de pancreatitis aguda. La valoración de la PPCPRE y la recogida de los datos la realizaron médicos que no efectuaron las endoscopias.

**Resultados:** Entre febrero y diciembre de 2013 se realizaron 648 CPRE en nuestro centro con una tasa de éxito terapéutico del 97,2%. 328 pacientes recibieron placebo y 320 tratamiento con Diclofenaco IV. Se registraron 29 pancreatitis agudas leves, lo que supone una tasa de PPCPRE del 4,47%; 7 casos en el grupo de tratamiento 2,1%, (p: 0,04) OR 0,31 (0,13-0,74) y 22 en el grupo placebo 6,7% (p:0,05). No hubo diferencias significativas entre el resto de factores de riesgo de PPCPRE estudiados (edad, sexo, antecedentes personales, indicación de la CPRE y grado de dificultad (ASGE), dilatación de la vía biliar, presencia o no de cálculos, dificultad de canulación, experiencia del endoscopista, etc.). La administración de Diclofenaco no originó ningún efecto adverso.

**Conclusiones:** Consideramos que el uso rutinario de AINES, en nuestro caso Diclofenaco IV, como medida profiláctica debe aplicarse al inicio de cualquier CPRE y no solo a pacientes de alto riesgo. Teniendo en cuenta que no en todos los países se encuentra disponibilidad de presentaciones en supositorios de indometacina o diclofenaco es una alternativa para tener en cuenta con un bajo costo y bajo riesgo de efectos adversos.

## RESOLUCION ENDOSCOPICA COMO UNICO TRATAMIENTO DEL QUISTE HIDATIDICO ABIERTO EN LA VIA BILIAR

Jury, G 1; Lopez Fagalde, R 1; Jury, R 1; Ramacciotti, G 1; Amieva, L 1; Dolan, M 1.

1 – CED. Argentina.

**INTRODUCCION:** La Hidatidosis hepática es una enfermedad endémica en la Argentina y países de cría ovina como Chile, Nueva Zelanda o zonas mediterráneas como Grecia o Turquía. Se presenta en el 70% de los casos dentro del Hígado y 20% en pulmones. La complicación más frecuente es la apertura en la vía biliar (20-50%). El tratamiento clásico es la cirugía y el tratamiento endoscópico se indica de forma prequirúrgica o post quirúrgica para tratar o evitar las fístulas relacionadas a la cirugía, solo reportes aislados se encuentran en la literatura acerca del tratamiento endoscópico como tratamiento definitivo para la colangiohidatidosis (esfinterotomía, drenando y lavando el quiste y colédoco).

**OBJETIVO:** presentar la resolución endoscópica como tratamiento definitivo del quiste hidatídico abierto en la vía biliar.

**MATERIAL Y METODOS:** se realizó una revisión retrospectiva, de la base de datos de vía biliar del Centro de Estudios Digestivos, en donde se realizaron 3070 procedimientos desde agosto de 2005 a mayo de 2014. Se realizaron 27 pacientes con hidatidosis hepática, a los cuales se realizó llamado telefónico. De los 27 pacientes, 21 (70%) estaban conectados a la vía biliar durante la CPRE. De estos pacientes, 16 (76%), presentaron tratamiento endoscópico puro, es decir sin requerir cirugía, de los cuales 14 (87,5%) tuvieron curación clínica además de la desaparición y calcificación de los quistes hepáticos en la TAC de seguimiento. Se realizaron 5 pacientes postquirúrgicos conectados a la VB para tratamiento de fístulas post quirúrgicas con éxito en 4 pacientes. Seis pacientes (22%) no tenían conexión a la VB, de los cuales la curación fue en el 50% de los casos. Las complicaciones en la serie fueron 3 pacientes con colangitis y no se observó mortalidad asociada a la CPRE.

**DISCUSION:** la utilidad de la CPRE está bien descrita en los casos de fístula postquirúrgica o prevención de las mismas, se encuentra escasa bibliografía como tratamiento definitivo cuando el quiste está abierto en la vía biliar y uno puede acceder al mismo para lavarlo como tratamiento definitivo. Esta serie arrojó un 87% de efectividad cuando la apertura del quiste permite el acceso al mismo para lavarlo y drenarlo a través de la papila de Vater al duodeno.

## EV-002

### HISTOPLASMOSIS DEL ORIFICIO APENDICULAR EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Hinostrza Dueñas, F 1; Blass, G 2.

1 - Hospital IESS Chone; 2 - Hospital Ramos Mejía. Argentina.

Paciente masculino de 32 años de edad ecuatoriano, zona Urbana, refiere dolor en Fosa Iliaca Derecha de aproximadamente 2 meses de evolución, de intensidad moderada, diarrea crónica sin moco, sin sangre, relacionada con la ingesta de alimentos, niega vómitos, fiebre o equivalentes, los síntomas se intensificaron durante la última semana a la consulta.

Hto: 49% - Hb: 15,6 mg/dl -

Plaquetas: 222.000 mm<sup>3</sup> - Quick: 81%

Proteínas Totales: 6,4 g/dl (VN 6,6-8,7) - Albúmina 3,7 g/dl (VN 3,4-4,8)

GB: 9500 mmm<sup>3</sup>

Eosinófilos: 4%

Serología HIV (negativa)

IgE 283 UI/L (VN 0-100) - Widall (Negativa)- Proteus (negativo)

Urocultivo (negativo)

3 coproparasitológicos (negativos) - Hemocultivo(-)

Colonoscopia: Se llega hasta ciego, a nivel del orificio Apendicular lesión vegetante, friable que ocupa en su totalidad la circunferencia apendicular, resto de la mucosa cólonica es de aspecto normal.

VEDA: Gastritis Eritematosa Corporo-Antral.

Rx Estándar de Tórax: Normal

TAC: Sin Patología alguna.

Ecocardiografía: Dentro de los límites normales.

Ecografía Abdominal:Barro Biliar

Biopsia de Lesión Vegetante, Friable del Orificio Apendicular

1) Mucosa de Intestino Grueso con edema y moderado Infiltrado Inflamatorio Linfoplasmocitario y de numerosos histiocitos que se extienden en toda la lamina propia con presencia de grupos de esporas en el interior de su citoplasma(HyE-40X).

2) Se observa mucosa de colon con leve infiltrado linfoplasmocitario con focos de agregados de histiocitos con esporas en su interior (H y E-40X).

3) Imagen de Colonoscopia, detalle del orificio apendicular, con lesión vegetante, friable.

4) Imagen Colonoscópica de lesión vegetante.

Comentario: El interés de esta presentación es poner de relieve la necesidad de reevaluar a todo paciente con diarrea crónica prolongada aún inmunocompetente, en la cual la histoplasmosis primaria gastrointestinal no es común y en la mayoría de las circunstancias se presenta en el contexto de una enfermedad diseminada en hospederos inmunosuprimidos, resultando muy importante analizar las condiciones epidemiológicas del paciente. Conocer los diferentes métodos diagnósticos tales como el cultivo, aunque la colonoscopia es una buena herramienta diagnóstica.

## ACOPLAMIENTO CAPACITIVO EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. AVANCES EN DISECCIÓN CON TIJERA

Arevalo, C. 1; Zurita, NJ 1.

1 – UDS. Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** La electrocirugía es la aplicación de electricidad por medio de radiofrecuencia sobre un tejido para obtener un efecto clínico deseado. En la colecistectomía laparoscópica, se utiliza la disección del lecho vesicular utilizando la tecnología del electro-bisturí mono-polar, en la que se han descrito desventajas, tales como lesiones de otros órganos por acoplamiento capacitivo de la energía; por tanto, queremos presentar por medio de un video, nuestra experiencia, observando una disección total con tijera del lecho hepático, obteniendo los mismos resultados en cuanto a tiempo quirúrgico, sangrado de la zona intervenida, contribuyendo a la disminución de los riesgos que conlleva el uso de la electricidad. **OBJETIVO GENERAL:** Presentar un video en el cual se evidencie nuestra experiencia en la disección del lecho vesicular con tijera. **MÉTODOS:** Video grabado mediante el uso de un computador portátil el cual va conectado a una video cámara capturadora, que se acopla al procesador del equipo de laparoscopia. **RESULTADOS:** La electrocirugía es uno de los sistemas de energía más comúnmente usados en cirugía laparoscópica, utiliza corriente alterna a niveles de radiofrecuencia, es un sistema en el cual la corriente eléctrica fluye a través de un circuito continuo compuesto por el paciente, el generador eléctrico, el electrodo activo y el electrodo de retorno. El principal problema de la electrocirugía monopolar consiste en que no se tiene reconozco la energía transferida por fuera de la vista laparoscópica. Éstos peligros se vuelven importantes durante la colecistectomía laparoscópica, la cual, antes de remover la pieza quirúrgica, usa en la actualidad técnicas de electrocauterio o láser, para hacer una adecuada disección de la vesícula biliar del lecho hepático, con el fin de crear hemostasia. Sin embargo, el uso del electro bisturí, conlleva ciertas ventajas en cuanto al ahorro de tiempo quirúrgico, ausencia de sangrado, que puede facilitar la visibilidad del médico mejorando la intervención, se eliminan las posibilidades de transferir una infección desde un tejido enfermo a un tejido normal y la curación de las heridas toma casi el mismo tiempo que las hechas con un escalpelo. Asimismo, se han descrito, dentro de las complicaciones las lesiones electro térmicas que pueden ocurrir por aplicación directa, acoplamiento directo, fallo de aislamiento y acoplamiento capacitivo. Este último, cuando la corriente eléctrica corre en paralelo con el electrodo activo y se transfiere a través del aislamiento intacto a materiales o estructuras conductoras adyacentes sin contacto directo.

**CONCLUSIONES:** - El uso de la disección con tijera del lecho vesicular es un método seguro para el paciente con disminución de los riesgos de la electricidad. Nuestra experiencia actual permite informar sobre otras alternativas seguras de disección del lecho vesicular.

## EV-003

### TRATAMIENTO ECOGUIADO DE CISTO DE DUPLICAÇÃO GIGANTE DO ESÓFAGO

Pardal, JCR 1; Ardengh, JC 1; Parada, AA 1; Kemp, R 2; Santos, JS 2; Taglieri, E 1; Neto, OM 1; Neto, MMM 1; Motta, G 2.

1 - Hospital 9 de Julho; 2 – HCFMRP. Brasil.

#### Introdução

A duplicação cística do trato alimentar é uma anomalia de desenvolvimento, que pode afetar qualquer parte do sistema digestório desde a boca até o ânus. No esôfago é causada por uma diferenciação incompleta do intestino anterior.

#### Objetivo

Relatar um caso de cisto de duplicação esofágica tratado por ecoendoscopia.

#### Caso Clínico

Homem 52 anos com quadro de pirose e disfagia há 1 ano. A endoscopia digestiva revelou abaulamento gigante que ocupava 2/3 do lúmen do esôfago, localizado no terço distal do órgão. A tomografia computadorizada (TC) indicou lesão cística adjacente à aorta descendente e esôfago. A ecoendoscopia mostrou lesão anecóica com conteúdo espesso que media 4,24 x 3,53 cm. A lesão foi tratada por ecoendoscopia após punção com agulha de 19G, passagem do fio-guia e dilatação com balão de 12 mm. O paciente evoluiu bem e sem complicações.

### TÉCNICA DE RENDEZVOUS: ES UNA TÉCNICA VIABLE PARA LA ESTENOSIS COMPLETA DE ESÓFAGO SUPERIOR

Abecia, VH 1; Pizzala, JE 1; Manazzoni, D 1; Davolos, JR 1; Ruggieri, C 1; Marcolongo, M 1.

1 - Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

**INTRODUCCION:** La obstrucción esofágica superior completa comprende un desafío terapéutico. Múltiples técnicas endoscópicas, así como procedimientos quirúrgicos radicales han sido desarrollados con el objetivo de restaurar una luz esofágica. La técnica de Rendezvous (anterógrada-retrógrada) esta descrita, la cual depende generalmente de la capacidad para transluminar a través de la estenosis. La transluminación exitosa permite la punción directa de seguridad a través de la estenosis, seguido de la dilatación.

**CASO CLINICO:** Presentamos el caso de dos pacientes adultos de sexo masculino que posterior a una cirugía de la región laringo-faríngea y a recibir radioterapia local, desarrollaron una estenosis completa del esófago superior. A ambos pacientes se les había realizado una gastrostomía endoscópica percutánea previo a la cirugía. Se realizó mediante un acceso combinado anterógrado y retrogrado la recanalización esofágica. Con un endoscopio de 24 french se accedió a través del ostoma en forma retrograda hasta el nivel de la estenosis esofágica. Se realiza bajo transluminación punción (Knife o inyector) y permeabilización de la luz esofágica por vía anterógrada con asistencia de laser de Co2 y se utilizó guía Savary para poder realizar la dilatación inicial con bujías Savary de 9-11mm. Posteriormente ambos pacientes realizaron un promedio de 8 sesiones con bujías de Savary llegando a un diámetro esofágico de 18 mm. resolviendo así su afagia. Después de 6 meses de seguimiento uno de los dos pacientes presento un recrudescimiento de la estenosis del tratamiento, lográndose estabilizarse parcialmente con dilataciones asociadas inyecciones Triamsinolona.

**CONCLUSIONES:** La técnica de Rendezvous (anterógrada-retrógrada), combinada con dilataciones múltiples parece ser un método seguro y efectivo para el manejo endoscópico de la obstrucción esofágica superior completa.

### TRATAMIENTO MINIINVASIVO DE LA NECROSIS PANCREÁTICA INFECTADA

Aguilar, F 1; Gianinetti, L 1; Imhof, H 1; Obeid, J 1; Pierini, A 1.

1 - Hospital J.B. Iturraspe. Argentina.

**Introducción:** Entre un 15 y 20% de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda grave presentan necrosis del parénquima pancreático o tejido peri pancreático la cual se asocia a mayor índice de morbilidad, complicaciones sistémicas, mayor estadía hospitalaria y aumento de la mortalidad del 20%. Las complicaciones sistémicas derivadas de la necrosis pancreática se relacionan con la magnitud de la necrosis, tiempo de evolución e infección de la misma. Tradicionalmente la conducta de elección fue la necrosectomía pancreática por cirugía convencional, la cual ha sido reemplazada en la actualidad diversas técnicas mini invasivas como el drenaje percutáneo como endoscópico logrando excelentes resultados en la remoción de tejido necrótico como foco infeccioso.

**Objetivo:** Demostrar la utilización del tratamiento mini invasivo percutáneo – endoscópico en la necrosis pancreática infectada.

**Material y Métodos:** Descriptivo en relación a un caso. Paciente masculino que ingresa por cuadro de pancreatitis aguda necrotizante grave. Cursa internación en terapia intensiva por sepsis grave y mala evolución Durante la estadía en Unidad de Cuidados Intensivos presenta colección peri pancreática diagnosticada y controlada con TAC semanal. Al 30vo día evoluciona con infección de la necrosis por lo que se decide el abordaje mini invasivo (Step-Up approach) donde se coloca catéter multipropósito percutáneo transgástrico. Por persistencia de cuadro séptico se coloca un segundo catéter multipropósito. El paciente continua con evolución tórpida y presenta imágenes de necrosis dentro de la colección por lo que se coloca stent esofágico metálico recubierto autoexpandible retroperitoneal a través del cual se realiza necrosectomía pancreática endoscópica en 3 ocasiones.

**Discusión:** El tratamiento mini invasivo percutáneo - endoscópico y control evolutivo en base a criterios clínicos e imagenológicos de las complicaciones locales de la pancreatitis aguda necrotizante es posible. La utilizando técnicas empleadas para la resolución de las complicaciones locales según las recomendaciones de International Association of Pancreatology (IAP-2013) y de American College of Gastroenterology (ACG) para el manejo de pancreatitis aguda creemos que es posible y lo mas adecuado.

**Conclusión:** Consideramos que el abordaje combinado percutáneo-endoscópico es una alternativa para el tratamiento de la necrosis pancreática infectada que puede obtener muy buenos resultados con los beneficios indiscutibles de la miniinvasividad.

### DISECCION SUBMUCOSA DE TUMOR GIST GASTRICO

Imhof, H 1; Pierini, A 1; Gianinetti, L 1; Pierini, L 1; Burlando, E 1.

1 - Clínica De Nefrología, Urología y Enfermedades Cardiovasculares. Argentina

**Introducción:**

Los tumores gastrointestinales estromales (GIST) comprenden menos de 1% de todos los tumores del tubo digestivo. Pueden presentarse a lo largo de todo el tracto gastrointestinal, ubicándose más frecuentemente en el estómago (60%), seguido del intestino delgado (25-30%), recto (5%), esófago (2%). El pronóstico esta determinado por tres parámetros: índice mitótico, tamaño y localización del tumor.

Su tratamiento se basa en la resección quirúrgica convencional o laparoscópica y quimioterápico según el estadio tumoral. La resección endoscópica surge como una alternativa en casos seleccionados.

**Objetivo:**

Presentación de caso. Video. Donde se expone el diagnostico y tratamiento endoscópico de un tumor estromal gástrico.

**Material y Métodos:**

Paciente femenina de 50 años edad, consulta por pirosis. Se realiza Videogastroscopia donde se evidencia en cuerpo gástrico, curvatura menor, formación subepitelial, ovoidea, móvil de 25 mm. Se realiza Eco-endoscopia constatando lesión, hipo-ecogénica que se origina en la segunda capa (muscular de la mucosa), sin infiltración en profundidad, compatible con tumor GIST. Se decide tratamiento endoscópico. Se realiza destechamiento mucoso de la lesión, y resección según técnica de disección submucosa con electrobisturí de punta, logrando la exegesis completa de la lesión

**Resultados:**

La paciente evoluciona de manera satisfactoria con alta sanatorial a las 24 hs.

**Anatomía-patológica:** Tumor GIST, de 25 mm con índice mitótico de 2 por campo, CD 34 y 117 +.

**Conclusiones:**

Presentamos un caso donde la resección endoscópica, utilizado de técnica de disección submucosa, de una lesión subepitelial, en este caso un tumor GIST, surge como una alternativa segura y efectiva, aplicable a lesiones de pequeño tamaño y localizadas en la submucosa.

### TRATAMIENTO ENDOSCOPICO PERCUTANEO DE LA NECROSIS PANCREÁTICA

Ganduglia, MN 1; Ayon, C 1; Trechuelo, VH 1; Carelle, GN 1; Fasolino, LMJ 1; Martinez, FE 1; Herrera, R 1.

1 - HIGA Prof. Dr. Luis Guemes Haedo. Argentina.

El manejo de la necrosis pancreática infectada sigue siendo un tema de controversia.

Clásicamente el tratamiento fue la necrosectomía quirúrgica, con una tasa elevada de morbimortalidad causada básicamente por fallos multi orgánicos que se profundizaban luego del trauma quirúrgico.

En los últimos años se popularizó los resultados del estudio holandés PANTER, donde se demostró que el manejo progresivo y mini-invasivo era superior a la cirugía abierta.

Estas técnicas incluían secuencialmente procedimientos de drenaje percutáneo, seguidos de técnicas endoscópicas y finalmente laparoscópicas.

Presentamos el video de una paciente de 54 años, que rechazaba el tratamiento quirúrgico y con hemotransfusiones (por cuestiones religiosas), con necrosis pancreática infectada que se resolvió satisfactoriamente con técnicas percutáneo-endoscópicas.

Coincidimos con la bibliografía actualizada, que este procedimiento puede ser exitoso en casos seleccionados y manos entrenadas.

**MILAGROS PARA ALGUNOS EXISTEN**

Scianguela, MD 1; Bolino, C 1; Caro, LE 1; Cerisoli, C 1.  
1 - GEDYT. Argentina.

Paciente masculino de 59 años que consulta derivado por el hallazgo de engrosamiento de la pared esofágica a nivel de tercio inferior en TC solicitada por epigastralgia. Antecedentes HTA, Obesidad. Examen físico: IMC 33 y circunferencia abdominal de 120 cm.

VEDA describe a nivel del tercio inferior del esófago, una lesión elevada de aspecto polipoides con base de implantación ancha de +/- 2 cm de diámetro móvil, la misma se origina en mucosa de Barrett y prolapsa dentro de la cámara herniaria, con NBI y magnificación presenta alteración del patrón vascular con presencia de áreas avasculares, CONCLUSION: Lesión elevada de esófago.

- Pregunta N°1 - ¿Qué conducta tomaría ante esta lesión esofágica?

Respuesta a Pregunta N°1 - Opción 3

Resección endoscópica planificada en ámbito sanatorial

AP: Adenocarcinoma bien diferenciado y se realiza Mucosectomía con set y CAP de la lesión esofágica en ámbito sanatorial, sin complicaciones. (ver VIDEO en adjuntos)

AP de Mucosectomía: Adenocarcinoma bien diferenciado infiltrante que llega muscular de la mucosa, con margen profundo libre de lesión y laterales con epitelio y displasia no evaluables

Pregunta N° 2 - Ante estos hallazgos anatomopatológicos, qué conducta tomaría?

Respuesta de Pregunta N° 2 - Opción 4

- Realizar control endoscópico post mucosectomía a las 6 semanas y evaluar conducta de erradicación de Barrett

se constata por VEDA a nivel de tercio inferior de esófago la cicatriz de mucosectomía regular, se examinó con NBI observado áreas de patrón mucoso regular de tipo veloso, se toman múltiples biopsias. Barrett Praga C1 M4

La AP describe inflamación crónica, metaplasia intestinal (mucosa de Barrett) y focos de displasia de bajo grado.

Preg N° 3 - Ante este control donde se observa Barrett con Praga C1 M4 qué conducta tomaría?

Respuesta de pregunta N° 3 - Opción 1

1- Ablación por radiofrecuencia HALO 360°/90°

Se realiza Ablación por radiofrecuencia del Barrett remanente. (Ver VIDEO en adjuntos.)

Pregunta N°4 - Luego de realizado el tratamiento por método de Ablación por Radiofrecuencia ¿qué conducta tomaría?

Respuesta de pregunta N° 4 - Opción 4.

Realizar control endoscópico y biopsias a las 6 semanas.

En VEDA se describe en tercio inferior de esófago cicatriz de mucosectomía, a 37 cm se observa un nódulo pequeño que se biopsia para estudio histológico, a los 37 cm se observan tres pequeños islotes de 5 y 7 mm compatible con Barrett, se examina con NBI presenta patrón vascular regular y patrón mucoso tipo plano regular, se toman Biopsias múltiples.

Los resultados de AP, concluyen

Lesión nodular a 37 cm. Esofagitis crónica cambios reactivos.

Fracos de biopsias de islotes. Mucosa de Barrett con inflamación crónica. Negativo para displasia. Se concluye afirmando que existen milagros endoscópicos ya que esta herramienta logró un escenario final en la expectativa de vida del paciente.

**EV-010****BRIDA ESTENOSANTE CON NECROSIS INTESTINAL. TRATAMIENTO LAPAROSCOPICO**

Toro, D 1.

1 - Centro Medico Imbanaco. Colombia.

INTRODUCCIÓN: Al día de hoy toda la cirugía abdominal está al alcance de la mínima invasión y todas las vísceras, todos los espacios y aún el retro peritoneo han sido conquistados por este método de abordaje.

OBJETIVO: El video muestra el tratamiento por laparoscopia de una paciente de 45 años que consulta por dolor abdominal súbito e intenso dos horas después de su última ingesta. En el servicio de urgencias se encuentra con un abdomen agudo y se decide llevar a laparoscopia diagnóstica encontrándose una delgada brida estenosante que produjo necrosis intestinal a la altura del yeyuno medio. Tenía como antecedente importante una histerectomía laparoscópica hacia un año.

MATERIAL Y METODO: Se interviene paciente con técnica laparoscópica ubicando a la paciente en decúbito supino Se utilizan tres trocares; dos de 11 mm y uno de 5 mm colocados así: un trocar de 11 mm supra umbilical, para la cámara y de trabajo para la endograpadora, un trocar de 10mm en la línea medio claviclar en la FII para la cámara y un trocar de 5 mm supra púbico de trabajo. Al momento de realizar la anastomosis se adiciono un trocar de 5 mm en hipocondrio derecho para tracción. Se inicio el procedimiento identificando hacia la FID el asa necrosada y comprometida por la brida. Llama la atención que el íleon distal también estaba comprometido por la brida pero indemne. Se realiza sección de la brida con gancho y resección intestinal con endograpadora lineal cortante de 45 mm y carga blanca, con sección del meso con ligasure. Se realiza anastomosis latero lateral con la misma endograpadora y cierre manual de las enterotomías con sutura corrida de PDS 3/0. Se extrae el espécimen en bolsa de viaflex por el puerto umbilical ampliando un poco en ambos sentidos.

RESULTADOS: La paciente tuvo una evolución muy satisfactoria con rápida recuperación y tolerancia de la vía oral con una estancia hospitalaria de 48 horas.

CONCLUSIÓN: Se muestra el tratamiento satisfactorio con cirugía de mínima invasión de una paciente con obstrucción intestinal y necrosis del yeyuno con resección y anastomosis intra corporea.

**TUMOR ESTROMAL GASTRO INTESTINAL (GIST) EXTRA INTESTINAL RETROPERITONEAL. TRATAMIENTO LAPAROSCOPICO**

Alvarez Chica, LF 1; Franco H, AL 1.

1 - Centro Medico Imbanaco. Colombia.

INTRODUCCIÓN: Actualmente la cirugía guiada por laparoscopia ha continuado demostrando su utilidad con mucha fuerza y son muchos los procedimientos que son ya el gold estándar para el tratamiento de diferentes entidades intra abdominales.

OBJETIVO: El video muestra el tratamiento por laparoscopia de una masa retroperitoneal que se presenta en una mujer de 52 años aquejada de dolor abdominal de 30 días de evolución. Se practica RMN que reporta: Lesión solida en estrecho contacto con el asa yeyunal de bordes bien definidos que capta lentamente el medio de contraste y posteriormente llena completamente la lesión a los 3 minutos y presenta un vaciado lento, podría estar en relación a GIST. No se observan otras lesiones. No hay adenopatías retroperitoneales.

MATERIAL Y METODO: Se interviene paciente con técnica laparoscópica ubicando a la paciente en decúbito supino con las extremidades inferiores abiertas. Se utilizan cinco trocares dos de 11 mm y tres de 5 mm colocados así: un trocar de 11 mm supra umbilical, para la cámara, un trocar de 5 mm sub xifoideo para separación, un trocar de 5 mm subcostal derecho de trabajo, un trocar de 11 mm subcostal izq. de trabajo y un trocar de 5 mm en flanco izq. para retracción. Se levanta el omento mayor y se identifica el ligamento de treitz, y la lesión retroperitoneal vecina a este; se procede a la disección cuidadosa de la lesión la cual es un tumor sólido de unos 6 cm y que está localizado en la confluencia que forman la vena porta y la vena esplénica e íntimamente "recostada" a estas estructuras, identificándose y ligándose vasos nutricios que provienen de ambas venas. Se extrae en bolsa de viaflex el espécimen por el puerto umbilical ampliando un poco en ambos sentidos.

RESULTADOS: La paciente tuvo una evolución satisfactoria con hospitalización durante 48 horas. El resultado de patología por inmuno histoquímica fue: Tumor estromal gastro intestinal con riesgo de progresión alto. Tamaño tumoral intermedio > de 5 cm. Cuento mitótico > 25x50 campos de alto poder. Índice de proliferación celular medido por el ki 67 del 10%. Actualmente en tratamiento con Imitanib.

CONCLUSIÓN: También la técnica mínimamente invasiva es útil para lesiones retro peritoneales como en el caso descrito.

**EV-011****TECNICA QUIRURGICA MIXTA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO Y OBESIDAD**

Tejerina Valle, D 1.

1 - Clinica del Sur, Bolivia.

Antecedentes: El reflujo gastro esofagico es una entidad presente en un porcentaje alto de paciente portadores de obesidad, es difícil encontrar el tratamiento adecuado para estos pacientes ya que las tecnicas quirurgicas para perder peso hoy en dia pueden empeorar el reflujo gastro-esofagico, y en muchas situacion cabe escoger la tecnica que tendria menos repercuciones en el aumento del reflujo, consideramos que la plicatura gastrica asociada a la tecnica de funduplicatura a Nissen es una alteranativa de facil manejo, bajos costos y efectiva en el tratamiento tanto de la obesidad como de la enfermedad por reflujo.

Objetivos : Presentar como alternativa terapeutica a la funduplicatura de Nissen asociada a la plicatura gastrica dentro de las tecnicas restrictivas para los pacientes obesos con enfermedad de reflujo gastro esofagico. Con este primer reporte consideramos que es fundamental seguir estudiando el papel de la plicatura gastrica como intervencion adecuada para el tratamiento de la obesidad, principalmente en aquellos pacientes portadores de enfermedad de reflujo. Demostramos una tecnica factible en tiempo, complejidad y resultados.

Material y Metodos : Se presentan la tecnica laparoscopica realizada a los pacientes sometidos a funduplicatura de Nissen con plicatura gastrica para el tratamiento de la obesidad asociada al reflujo gastro esofagico, iniciando la tecnica en el año 2012, el paciente se posiciona en decubito dorsal, el cirujano se coloca entre las piernas del paciente , utilizandose 5 trocares, en las mismas posiciones que normalmente se colocarian al realizar una cirugía antirreflujo así como tambien una cirugía bariátrica. Dentro de la cavidad abdominal se identifica el piloro y marca 6 cms hacia cefalico por la curvatura mayor para esqueletizacion hasta el angulo de His, se realiza la funduplicatura clasica a Nissen, complementando la invaginacion en un solo plano continuo (plicatura gastrica) con el estomago "sobrante".

Resultados: Los paciente fueron sometidos a esta tecnica, con un seguimineto de 3, 6 y 12 meses, no hubo mortalidad ni complicaciones. En el seguimineto los resultados iniciales en relacion a la perdida de peso fueron identicos a los de la tecnica exclusiva de plicatura gastrica y ninguno de los pacientes presento sintomas de enfermedad de reflujo, mejorando tambien los hallazgos endoscopicos.

Conclusion: La funduplicatura gastrica asociada a la plicatura gastrica en pacientes obesos con enfermedad de reflujo ha demostrado ser una técnica eficaz en el tratamiento de ambas patologías, con tiempos quirurgicos y costos menores y minimas dificultades durante el procedimiento. Siendo considerada una alternativa en nuestro arsenal terapéutico.

**HEPÁTICO YEYUNOSTOMIA EN Y DE ROUX POR LAPAROSCOPIA**

Alvarez Chica, LF 1.

1 - Centro Médico Imbanaco, Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** Con la aparición de la colecistectomía por laparoscopia, se allano el camino para otros procedimientos como la exploración de las vías biliares hasta llegar a la cirugía hepato pancreática y de víscera sólida.

**OBJETIVO:** Mostrar la realización de una hepático yeyunostomía en Y de Roux en un paciente de 55 años previamente colecistectomizada y reintervenida por coledocolitiasis recidivante con técnica abierta y con cuadro de litiasis recidivante del colédoco en múltiples ocasiones posteriores, con tres CPER previas con extracción de cálculos y quien consulta de nuevo con cuadro de ictericia y una nueva CPER mostro vía biliar dilatada mayor de 3 cm y múltiples cálculos mayores de 2 cm. Por lo cual se decide practicar cirugía derivativa. Como antecedente importante la paciente cursa con un cuadro de anemia de células falciformes.

**MATERIAL Y METODO:** Ante la imposibilidad de manejo endoscópico, se remite para cirugía diseñándose una estrategia de mínima invasión. Se posiciona paciente en decúbito supino y se utilizan cuatro trocares: uno de 10 mm supra umbilical para la cámara, un trocar epigástrico de 10 mm de trabajo, y dos trocares de 5 mm en hipocondrio derecho para tracción y trabajo. Inicialmente se liberan todas las adherencias sub hepáticas que dificultaron enormemente el procedimiento; una vez identificada la vía biliar extra hepática se procede a la sección del hepático común, retiro de los cálculos proximales y distales y se realiza coledoscopia para comprobar la permeabilidad y limpieza de las vías biliares intra hepáticas. Luego se procede a identificar el ángulo de treitz y 50 cm distal se realiza sección intestinal con endograpadora lineal cortante de 45 mm ascendiendo el asa distal seccionada hasta el espacio sub hepático para realizar una hepático yeyunostomía termino lateral con puntos separados de PDS 3/0 y una yeyuno yeyuno anastomosis con endograpadora lineal cortante de 45 mm con carga blanca y cierre de las enterotomías con sutura corrida de PDS 3/0.

**RESULTADOS:** La paciente tuvo una evolución satisfactoria con rápida aceptación de la vía oral, caída progresiva de sus bilirrubinas y demás pruebas de función hepática y una estancia hospitalaria de cuatro días.

**CONCLUSIÓN:** Al igual que la exploración de las vías biliares por laparoscopia, la cirugía biliar derivativa también está al alcance de la mínima invasión con resultados satisfactorios adicionando todas las bondades de esta, habiendo ya reportados numerosos casos de este procedimiento inclusive de cirugías más complejas como la pancreatoduodenectomía.

**TECNICA DE DISECCION SUBMUCOSA ENDOSCOPICA EN TUMORES NEUROENDOCRINOS RECTALES RATAMIENTO MINIINVASIVO DE LA NECROSIS PANCREÁTICA INFECTADA**

Vitale, L 1; Redondo, A 1; Yantorno, M 1; Correa, G 1; Villaverde, A 1; Martínez, H 1; Baldoni, F 1; Chopita, NA 1.

1 - HIGA San Martin La Plata, Argentina.

**INTRODUCCION:** Los tumores carcinoides de localización rectal representan el 30% de los tumores neuroendócrinos (TNE) gastrointestinales, dicha localización es la segunda en orden de frecuencia siendo el intestino delgado el órgano más afectado.

El 2 al 5 % de los tumores carcinoides rectales presentan diseminación regional o a distancia al momento del diagnóstico. La eficacia de la ecoendoscopia (EUS) para determinar la profundidad de invasión es del 91-100%, con menor sensibilidad para definir afectación ganglionar.

Las opciones de terapéutica endoscópica para TNE rectales menores a 10 mm son la resección mucosa endoscópica (RME) con capuchón, con ligadura o bandas, strip biopsy, o disección submucosa endoscópica (DSE). El tratamiento quirúrgico o la resección endoscópica por vía transanal quedaría reservada para pacientes con lesiones mayores a 20 mm.

La RME con ligadura y la DSE son las técnicas más efectivas según las publicaciones, siendo el porcentaje de resección completa de 89.6% y 94.8% respectivamente durante el seguimiento.

**OBJETIVO:** presentar técnica de DSE en tumor neuroendocrino de recto menor a 10 mm.

**MATERIAL Y METODO:** se presenta un caso clínico de una paciente de sexo femenino de 65 años que a modo de hallazgo en VCC de pesquisa presenta a 2 cm del margen anal, lesión elevada de 10 mm de bordes regulares con mucosa con patrón vascular conservado. Se realiza EUS radial con minisonda para caracterización de la misma, la cual evidencia lesión hipoecoica, homogénea, de bordes regulares de 8 mm ubicada en la submucosa, y 2 lesiones adyacentes de similares características menores a 5 mm, compatibles con tumores carcinoides rectales.

Se realiza técnica de DSE de la lesión de 8 mm previa elevación con solución fisiológica, azul de metileno y adrenalina, sin presentación de complicaciones inmediatas. El resultado histopatológico informa tumor carcinóide con márgenes libres de lesión, Ki 67 menor a 2%, sin invasión linfo-vascular y un índice mitótico menor a 2/10 HPF (compatible con lesiones de bajo grado).

Se realiza control con EUS a los 45 días sin evidencia de recidiva tumoral.

La metodología de presentación es un reporte de casos.

**CONCLUSION:**

Si bien los tumores carcinoides son poco frecuentes, su incidencia se halla en aumento en las últimas décadas debido a los avances endoscópicos. La EUS es el mejor método para definir invasión en profundidad de dichas lesiones. Tanto la DSE como la RME son las técnicas con resultados mas satisfactorios en relación a la resección completa y la baja tasa de complicaciones para los tumores rectales menores a 10 mm.

**FISTULAS COLECISTO DUODENALES. TRATAMIENTO POR LAPAROSCOPIA**

Alvarez Chica, LF 1; Rojas, OL 1; Rivera, D 1.

1 - Centro Médico Imbanaco, Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** con la adquisición de experiencia en laparoscopia de la vesícula ya hemos incursionado en otros procedimientos más avanzados como son la exploración de las vías biliares, y el manejo de las fistulas colecistoduodenales, lo que antes nos implicaba conversión a cirugía abierta.

**OBJETIVO:** Mostrar que el manejo con técnicas de mínima invasión es posible en aquellos ocasionales pacientes que ingresan al quirófano para una colecistectomía, pero que durante la cirugía encontramos que cursan con fistulas que generalmente son a duodeno y que complican y dificultan el procedimiento haciéndolo mas difícil y con mayor riesgo de morbilidad o de posibilidades de conversión.

**MATERIAL Y METODO:** Se presentan dos videos de pacientes que fueron llevadas a cirugía por cuadros una de colecistitis aguda y la otra por cuadro de colelitiasis sintomática y a las cuales se les encontró respectivamente una fistula a duodeno con inflamación aguda y a la otra una fistula a duodeno con inflamación crónica. Ambas resueltas laparoscópicamente con técnicas diferentes de abordaje de la fistula; la primera con desmantelamiento de la fistula y reparo del duodeno con puntos separados de PDS 3/0 (esta paciente cursaba con un cuadro de íleo biliar con calculo impactado en el íleon terminal) la segunda paciente con resección de la fistula con endograpadora lineal cortante de 45 mm y carga azul. Ambas pacientes con técnica americana de colocación de los cuatro trocares para la colecistectomía

**RESULTADOS:** Ambas pacientes tuvieron una evolución satisfactoria con resolución de su patología primaria y con resección de la fistula encontrada como hallazgo incidental sin que se presentara morbilidad asociada.

**CONCLUSIÓN:** Con la adquisición de experiencia y de mayores habilidades, poco a poco vamos ampliando las posibilidades terapéuticas de mínima invasión para nuestros pacientes pudiendo resolver casos más complejos de cirugía de vesícula con patología sobre agregada.

**COLITIS POR GLUTARALDEHIDO**

Málaga, I 1; Nieves, H 1; Guidi, M 1; De María, J 1; Promenzio, E 1; Ragone, F 1; Matanó, R 1.

1 - Hospital El Cruce, Argentina.

**Introducción:** la colitis por glutaraldehido es una entidad subdiagnosticada, su verdadera incidencia se desconoce y la literatura publica reportes de casos.

**Método:** presentar un caso de colitis por glutaraldehido diagnosticado en un hospital de alta complejidad, mostrar su manejo y evolución.

**Caso clínico:** paciente de 58 años con antecedente de videocolonoscopía reciente que inicia con cuadro de hematoquezia, pujos y tenesmo. La imagen endoscópica resulta compatible con colitis toxica. Se interna e inicia tratamiento con mesalazina vía oral y enemas de budesonide. La biopsia descarta otros diagnósticos diferenciales. El paciente se externa al quinto día con buena evolución.

**Conclusión:** el glutaraldehido se sigue utilizando como método de desinfección de endoscopios. Se conoce su potencial toxicidad al contacto con la mucosa digestiva. La colitis toxica por esta sustancia presenta un abanico de cuadros clínicos por lo que, muchos de los casos, no serian diagnosticados. No se cuenta con un algoritmo específico de tratamiento y un alto porcentaje de los pacientes presenta buena evolución al corto plazo.

### UTILIZACIÓN DE ENDLOOP DE FABRICACIÓN NO COMERCIAL O "ARTESANAL" EN EL TRATAMIENTO DE PÓLIPOS PEDICULADOS GRANDES

Oria, IC 1; Marcolongo, M 1; Abecia Soria, VH 1; Pizzala, JE 1.  
1 - Hospital Italiano De Buenos Aires. Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** El sangrado postpolipectomía es una complicación frecuente y mayor en la resección endoscópica de pólipos. Su riesgo que aumenta significativamente en pólipos grandes con pedículos gruesos. La incidencia de sangrado en pólipos pediculados resecados sin una técnica profiláctica puede llegar hasta un 15%. Por lo tanto, se han descrito diversas técnicas para minimizar el riesgo del tratamiento endoscópico de éstas lesiones que representan un reto para el endoscopista.

**CASO CLÍNICO:** Presentamos el caso de una resección de un pólipo pediculado grande para describir nuestra experiencia con la utilización de endoloop de fabricación no comercial o "artesanal". Ante la polipectomía de pólipos grandes con pedículos gruesos disponemos de varias técnicas endoscópicas para prevenir el sangrado postpolipectomía, tales técnicas comprenden la inyección de la base del pedículo con solución salina, adrenalina u otro esclerosante, el uso de endoclips, coagulación monopolar o con argón plasma posterior a la resección, y uso de endoloop para la ligadura de la base del pedículo. No obstante, ningún de éstos se ha convertido el método de elección. Existen trabajos que muestran que la técnica con endoloop es la más efectiva para prevenir el sangrado postpolipectomía, sin embargo, los endoscopistas generalmente eligen el método hemostático de acuerdo a la condición del paciente, la posición del pólipo, la relación entre la cabeza del pólipo y el pedículo, y la disponibilidad de estos dispositivos en cada servicio. El endoloop del kit comercial es un lazo de teflón con la misma morfología que un asa de polipectomía estándar que mide entre 20 a 30 mm de diámetro con un tope plástico que se desliza por el empuje de una vaina metálica fijada a un mango de polipectomía especial. Es un accesorio muy útil, seguro y fácil de utilizar. El endoloop del kit comercial tiene algunas desventajas como son la disponibilidad y el costo en nuestro medio, y su diámetro máximo de 30 mm. Por lo tanto, un endoloop de fabricación no comercial o "artesanal", el cual es elaborado utilizando un asa de polipectomía convencional oval desarmable y un lazo de nylon con nudo corredizo anudado bajo técnica de nudo quirúrgico tipo "Roeder" es una alternativa factible y económica para la prevención del sangrado postpolipectomía en pólipos grandes con pedículos gruesos.

**CONCLUSIÓN:** El endoloop de fabricación no comercial o "artesanal" es un dispositivo fácil de utilizar, económico y permite su utilización en pólipos mayores de 3 cm.

### ELECTROINCISIÓN COMO TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS COLORECTAL POSQUIRÚRGICA

Bolzan, HE 1.

1 - Htal Municipal de Lincoln. Argentina.

1-Introducción: Las estenosis de colon y recto son generalmente definidas, como la inhabilidad o la necesidad del uso de la fuerza para transponer un segmento de colon o recto con un colonoscopio patrón (Diámetro 13 mm.).

La estenosis de la anastomosis ocurre entre un 3-30 % de los pacientes sometidos a la resección colorrectal, y más frecuente cuando son utilizadas grapadoras metálicas, comparadas con la sutura manual.

2-Objetivo: Comunicar un caso estenosis colorrectal posquirúrgica resuelto con electroincisión como único tratamiento.

3-Caso Clínico-endoscópico: A.M., paciente de sexo femenino de 75 años cursando postoperatorio de resección de colon sigmoideo por diverticulitis complicada donde se realizó una anastomosis terminolateral colorrectal. Es derivada para control endoscópico previa reanastomosis.

**Endoscopia:** Descripción: Se observa en recto en el área de anastomosis colorrectal una estenosis céntrica, milimétrica, infranqueable. Grado III (Diámetro inferior a 5 mm.). Se realiza electroincisión según técnica: se efectúa sección en los cuatro cuadrantes con esfinterotomo de punta o cuchillo de 2,5mm. de profundidad, atravesando la misma. La paciente evoluciona sin complicaciones. Interpretación: Estenosis colorrectal postquirúrgica tratada con electroincisión. Evolución: A la semana del procedimiento inicial se realiza un control endoscópico observándose el área de estenosis congestiva y con fibrina. Se reitera el procedimiento de electroincisión en los cuatro cuadrantes logrando una sección total del anillo fibroso. La paciente evoluciona sin complicaciones.

4-Conclusión: Se presenta un caso estenosis colorrectal posquirúrgica resuelto exitosamente con electroincisión como único tratamiento.

### TECNICA DE DISECCION SUBMUCOSA ENDOSCOPICA EN TUMORES NEUROENDOCRINOS RECTALES DE BAJO GRADO

Vitale, L 1; Villaverde, A 1; Baldoni, F 1; Yantorno, M 1; Redondo, A 1; Correa, G 1.  
1 - HIGA San Martín La Plata. Argentina.

**INTRODUCCION:** Los tumores carcinoides de localización rectal representan el 30% de los tumores neuroendócrinos (TNE) gastrointestinales, dicha localización es la segunda en orden de frecuencia siendo el intestino delgado el órgano más afectado.

El 2 al 5 % de los tumores carcinoides rectales presentan diseminación regional o a distancia al momento del diagnóstico. La eficacia de la ecoendoscopia (EUS) para determinar la profundidad de invasión es del 91-100%, con menor sensibilidad para definir afectación ganglionar.

Las opciones de terapéutica endoscópica para TNE rectales menores a 10 mm son la resección mucosa endoscópica (RME) con capuchón, con ligadura o bandas, strip biopsy, o disección submucosa endoscópica (DSE). El tratamiento quirúrgico o la resección endoscópica por vía transanal quedaría reservada para pacientes con lesiones mayores a 20 mm.

La RME con ligadura y la DSE son las técnicas más efectivas según las publicaciones, siendo el porcentaje de resección completa de 89.6% y 94.8% respectivamente durante el seguimiento.

**OBJETIVO:** presentar técnica de DSE en tumor neuroendocrino de recto menor a 10 mm.

**MATERIAL Y METODO:** se presenta un caso clínico de una paciente de sexo femenino de 65 años que a modo de hallazgo en VCC de pesquisa presenta a 2 cm del margen anal, lesión elevada de 10 mm de bordes regulares con mucosa con patrón vascular conservado. Se realiza EUS radial con minisonda para caracterización de la misma, la cual evidencia lesión hipoecoica, homogénea, de bordes regulares de 8 mm ubicada en la submucosa, y 2 lesiones adyacentes de similares características menores a 5 mm, compatibles con tumores carcinoides rectales.

Se realiza técnica de DSE de la lesión de 8 mm previa elevación con solución fisiológica, azul de metileno y adrenalina, sin presentación de complicaciones inmediatas. El resultado histopatológico informa tumor carcinóide con márgenes libres de lesión, Ki 67 menor a 2%, sin invasión linfo-vascular y un índice mitótico menor a 2/10 HPF (compatible con lesiones de bajo grado).

Se realiza control con EUS a los 45 días sin evidencia de recidiva tumoral.

La metodología de presentación es un reporte de casos.

**CONCLUSION:**

Si bien los tumores carcinoides son poco frecuentes, su incidencia se halla en aumento en las últimas décadas debido a los avances endoscópicos. La EUS es el mejor método para definir invasión en profundidad de dichas lesiones. Tanto la DSE como la RME son las técnicas con resultados más satisfactorios en relación a la resección completa y la baja tasa de complicaciones para los tumores rectales menores a 10 mm.

### DILATACIÓN CON DILATADORES TUCKER: "RESCATANDO UNA VIEJA TÉCNICA COMO ALTERNATIVA EFECTIVA EN CASOS DE ESTENOSIS REFRACTARIAS SEVERAS POR INGESTA DE CÁUSTICOS"

Tuñón, CR 1; Porras, C 2; Torrazza, E 2; Tuñón, CR 1; Tuñón, CR 2; Tuñón, CR 3.

1 - CHMDr.AAM /HST; 2 - CHM; 3 - CHM / HST. Panamá.

**Objetivo:** Compartir la experiencia con dilatadores Tucker en pacientes con estenosis refractarias secundarias a ingesta por cáusticos.

Ayudar a difundir una técnica que si bien tiene más de 60 años de existir es poco conocida entre gastroenterólogos jóvenes y continúa siendo efectiva en casos difíciles.

Presentamos a masculino de 28 años quien acude referido al servicio de gastroenterología luego de 2 meses de la ingesta accidental de Hidróxido de potasio refiriendo disfgia a líquidos, vómitos, y pérdida de peso de más de 25 libras.

Luego de 6 meses de dilataciones con balón CRE e intentos fallidos de dilatación con Savary se decide iniciar protocolo de dilatación con dilatadores Tucker logrando mejoría de la disfgia y ganancia de 7 libras después de la primera sesión, se continuó protocolo logrando la rehabilitación y la remisión de la disfgia

Nota: Video no subio en MPG4

Cambio formato. WMV.

**COMPLICACIÓN INFRECUENTE DEL BANDING**

Wonaga, A 1; Ozollo-Landa C 1; Piskorz, M 1; Waldbaum, C 1; Sordá, J 1.  
1 - Hospital De Clinicas, José De San Martín. Argentina.

**Introducción** La ligadura endoscópica, es un método seguro tanto para el tratamiento del sangrado variceal como para la prevención sangrado y erradicación de varices en pacientes con hipertensión portal.

**Caso clínico** Paciente mujer de 65 años de edad, con antecedentes de cirrosis por el virus de hepatitis C en estadio Child-Pugh A, sin episodios de descompensación, que tiene dos sesiones de ligadura en plan de erradicación. Dos días después de la tercera sesión, concurrió al hospital por vómitos que comenzaron en su domicilio luego del banding, que no cedieron con el uso de procinéticos. La paciente se encontraba lúcida, afebril, hemodinámicamente estable y con una saturación de oxígeno normal, por lo que se decidió realizar una endoscopia digestiva alta. Se observó en el tercio inferior del esófago, restos de alimentos y obstrucción total de la luz, por una banda que rodeaba toda la circunferencia, ulcerando la misma. Para permeabilizar el esófago, se intentó empujarla suavemente con una pinza, no logrando el objetivo. Se tomó conducta expectante, internación en la sala de clínica médica y se inició hidratación por vía endovenosa. A las 48 horas toleraba líquidos, por lo que al día siguiente se repitió la endoscopia, observando una úlcera circunferencial que generaba una ligera estrechez, logrando pasar el endoscopio con un ligero resalto. Se le otorgó el alta hospitalaria y se repitió el estudio al mes, no observando ninguna lesión residual.

**Discusión** La ligadura es un método endoscópico seguro. Las complicaciones tienen una tasa menor al 15% e incluyen: úlcera, disfgia transitoria, dolor torácico, sangrado, estenosis e infecciones. Los factores que podrían estar involucrados en una situación como el del caso presentado son: defecto de técnica, edema y fibrosis de banding previo cercano a una várice que al ser aspirada, la tracciona y toma mayor superficie de la mucosa. Encontramos a la fecha, cuatro casos reportados en los cuales, si bien algunos intentaron maniobras de desobstrucción, la decisión final fue tomar conducta expectante (con desprendimiento de la banda en forma espontánea entre los días 4 a 7) siendo buena la evolución y probablemente la forma correcta de proceder.

**DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA EN CÁNCER GÁSTRICO TEMPRANO CON CRITERIOS "EXTENDIDOS" DE RESECCIÓN**

Marcolongo, M 1; Madrid Blanco, DC 1; Abecia Soria, VH 1; Pizzala, JE 1.  
1 - Hospital Italiano De Buenos Aires. Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer gástrico temprano se define como aquel cáncer limitado a la mucosa o submucosa independiente del compromiso ganglionar. El desarrollo de nuevas técnicas endoscópicas como la disección endoscópica submucosa (DES) ha revolucionado el manejo mínimamente invasivo del cáncer gástrico. **CASO CLÍNICO:** Presentamos el caso de una paciente de 89 años, sexo femenino, que en videoendoscopia de urgencia realizada por episodio de impactación de cuerpo extraño se observa lesión plana ligeramente elevada en tercio distal de cuerpo gástrico. Se realiza videoendoscopia electiva con equipo de alta definición y cromoscopia óptica virtual (I-SCAN), observándose lesión plana ligeramente elevada con componente sésil (Ia + I) de patrón críptico cerebroides y desestructurado (Kudo VI+V) de aproximadamente 3,5 cm. en su eje mayor. El estudio histopatológico de la biopsia superficial informa adenocarcinoma bien diferenciado tipo intestinal. Se efectuó Tomografía con técnica de Neumotomografía con un tomógrafo multislice, evidenciándose a nivel de la curvatura mayor mínimo engrosamiento parietal focal de aproximadamente 21 mm de extensión por 4 mm de espesor. Se decide realizar resección endoscópica mucosa con técnica de disección submucosa. Se realiza marcación con coagulación de argón plasma 5 mm. por fuera del margen visible de la lesión. Se realiza incisión con ITKnife Nano del 70% de la circunferencia hasta plano submucosa profundo. Se realiza disección submucosa con HookKnife y FlexKnife obteniendo plano de disección profundo y exponiendo la muscular propia. Se completa la resección sin complicaciones. Se recupera pieza para estudio histopatológico que mide 4 cm x 2,8 cm x 0,3 cm. Se pintan márgenes con tinta china. Las secciones muestran extenso adenoma tubulovelloso con áreas de displasia de bajo, alto grado y focos de carcinoma intramucoso. El margen de resección pasa por plano submucoso. Márgenes laterales (mucosos) y profundos (submucosos) sin lesión. No se observan embolias linfovascuales. Diagnóstico histopatológico: adenocarcinoma intramucoso de tipo intestinal bien diferenciado. Márgenes quirúrgicos laterales y en profundidad sin lesión (R0).

**CONCLUSIÓN:** La DES está ampliando los límites de las intervenciones endoscópicas ofreciendo claras ventajas en el tratamiento del cáncer gástrico temprano. La principal limitación a la expansión del uso de la DES es la dificultad técnica del procedimiento. Sin embargo, el entrenamiento y el esfuerzo dedicado de los endoscopistas permitirá que sea una alternativa válida de tratamiento de esta patología.

**FÍSTULA ESÓFAGO BRONQUAL DE DIFÍCIL ACCESO: TERAPÉUTICA COMBINANDO DIVERTICULOTOMÍA Y COLOCACIÓN DE SISTEMA OCLUSOR EN DIVERTÍCULO INTRADIVERTICULAR**

Marcolongo, M 1; Abecia Soria, VH 1; Pizzala, JE 1.  
1 - Hospital Italiano De Buenos Aires. Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** El nuevo sistema oclisor endoscópico (OVESCO) consiste en grapas premontadas sobre un capuchón de plástico en el extremo distal del endoscopio (over the scope clip -OTSC-) que se emplea en la oclusión mecánica de tejido en el tracto gastrointestinal. Sus indicaciones son el cierre de perforaciones, fistulas digestivas, y el control de hemorragias.

**CASO CLÍNICO:** Presentamos el caso de una paciente de 57 años, sexo femenino, a quien se le realiza cirugía por divertículo medio esofágico, desarrollando fistula esófago bronquial dentro de remanente diverticular como complicación postquirúrgica. En primer término se le coloca prótesis autoexpandible transitoria. Se retira a las 6 semanas sin lograr el cierre de la fistula. Posteriormente se intenta sin éxito la obturación del trayecto fistuloso con la colocación de matriz extracelular (Surgisis Biodesign™) en 2 oportunidades previa coagulación argón plasma del trayecto, y el relleno con agente sellador de fibrina (Tissucoil®) luego del cepillado de parte del trayecto fistuloso en una oportunidad, también resultando infructuoso.

Ante el fracaso de los tratamientos previos y la disponibilidad del sistema oclisor se decide la utilización con dicho dispositivo. En el momento de colocar el sistema oclisor se observa cambio en la configuración dentro del remanente diverticular con la aparición de divertículo intradiverticular en forma de sáculo de borde fibrótico con orificio en su fondo (fistula esófago bronquial). Se realiza simulacro de colocación con capuchón de prueba, observándose una discrepancia entre la boca del divertículo intradiverticular y el dispositivo, que imposibilitan su utilización. Se decide realizar la apertura del divertículo intradiverticular (diverticulotomía) con múltiples incisiones radiadas con aguja de precorte. Posteriormente se realiza coagulación con plasma argón en trayecto fistuloso, pudiéndose colocar el sistema oclisor (OTSC), observándose cierre del orificio de entrada de la fistula.

**CONCLUSIÓN:** El sistema oclisor endoscópico combinado con previa diverticulotomía con aguja de precorte, en casos de difícil acceso al orificio fistuloso, es una alternativa en el tratamiento de las fistulas del tracto digestivo.

**ROL DE ECOENDOSCOPIA EN LA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIÓN DE DIEULAFOY**

Redondo, A 1; Grillo, V 1; Cura, PH 1; Villaverde, A 1; Chopita, NA 1.  
1 - HIGA San Martín La Plata. Argentina.

**Introducción:** La lesión de Dieulafoy consiste en una arteria aberrante y tortuosa, con un diámetro de 1 a 3 mm, de la submucosa que protruye a través de un defecto de la mucosa gastrointestinal. La forma de presentación clínica más frecuente es con sangrado intermitente activo severo o masivo. Aunque la localización más frecuente es gástrica (71%), puede presentarse en esófago, intestino delgado, colon y recto. La endoscopia constituye la herramienta diagnóstica y terapéutica de elección, siendo los métodos mecánicos como el uso de endoclips o ligadura con bandas los que arrojaron mejores resultados en diversos estudios a corto y largo plazo en relación al control del sangrado y menor tasa de recurrencia.

Representa el 0.3 al 6.7% de las causas de hemorragias digestivas altas. Se relacionan con alta mortalidad sin terapéutica.

El rol de la ecoendoscopia (EUS) en la detección de lesiones pequeñas menores a 1 mm y para el diagnóstico diferencial entre las diferentes lesiones vasculares como pseudoaneurisma de la arteria esplénica es prometedor.

**Objetivo:** Revisión del uso de endoscopia y ecoendoscopia (EUS) para diagnóstico y tratamiento de lesiones de Dieulafoy.

**Materiales y métodos:** Se presenta un caso clínico de paciente de sexo masculino de 85 años, sin antecedentes de relevancia, que consulta por episodio de melena, sin descompensación hemodinámica. Se realizó videoendoscopia digestiva alta (VEDA) evidenciando en topografía de cuerpo gástrico en curvatura mayor hacia cara posterior restos hemáticos y lesión elevada de aspecto subepitelial de aproximadamente 2 mm con coagulo adherido con mucosa adyacente de aspecto normal. Por dudas diagnósticas se realiza ecoendoscopia con minisonda radial de 12 Hz donde se visualiza en dicha localización arteria submucosa de 2 mm de calibre compatible con lesión de Dieulafoy. Se realizó terapéutica utilizando método mecánico (colocación de endoclip), constatando la amputación del vaso aberrante por EUS con minisonda radial.

La metodología de presentación es un reporte de casos.

**Resultados:** Diagnóstico y terapéutica de lesión de Dieulafoy con endoscopia.

### TUMORES SUBEPITELIALES DEL ESTÓMAGO, ALTERNATIVA DIAGNÓSTICA A LA PUNCIÓN POR ECOENDOSCOPIA

Calle, G 1; Jiménez, D 1; Andrade, D 1.

1 - Hospital del IESS. Ecuador.

Los tumores submucosos del tracto gastrointestinal o mejor llamados actualmente como subepiteliales se encuentran por debajo de una mucosa macroscópicamente sana, pueden provenir de la mucosa profunda, submucosa, muscular o ser resultado de una compresión extrínseca. No son muy frecuentes y distintas series han reportado una frecuencia de 1 por cada 300 endoscopias, en nuestro hospital los encontramos en el 0.32% de estudios. Generalmente son carácter benigno, pueden tratarse de lipomas, quistes, compresiones extrínsecas, lesiones vasculares o ser verdaderas neoplasias, cada una con significancia clínica diferente e inclusive algunos de ellos con potencial de malignización o malignizados, de ahí la importancia de llegar a un diagnóstico preciso, sobre todo si su tamaño es mayor a 10 mm. El método de elección actualmente aceptado es la ecoendoscopia con punción pero su rentabilidad diagnóstica puede ser insuficiente hasta en un 30% teniendo que recurrir a otras técnicas. Presentamos dos casos en donde se recurrió a métodos alternativos. En el primer caso se trataba de una paciente de 45 años que acude por un síndrome de distrés postprandial, la endoscopia mostró una lesión antral cerca del píloro de 20 mm, la ecoendoscopia encontró una lesión hipo ecoica dependiente de la segunda o tercera capa, por sus características se decidió realizar una resección endoscópica. En el segundo caso una mujer de 37 años de edad con una lesión de 22 x 15 mm subcardial dependiente de la cuarta capa a la cual se le había realizado una punción por ecoendoscopia con resultado de patología indicando "várice gástrica", se le practicó una disección de la mucosa y submucosa a fin de exponer el tumor y realizar biopsias. Ambos procedimientos fueron relativamente fáciles, sin complicaciones, aportaron con el diagnóstico y en el primer caso sirvió de tratamiento definitivo.

### COLECTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA UTILIZANDO SOMENTE 3 TROCARTES, CASUÍSTICA E RESULTADOS

Zogbi, L 1; Schmidt, B 1; Zhang, L 1; Neutzling, A 1; Vendrasco, F 1; Gomes, J 2.

1 - Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Brasil. 2 - Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande – ACSCRG. Brasil.

Introdução: Muitas formas minimamente invasivas vêm sendo utilizadas para a cirurgia da vesícula biliar, visando a oferecer melhor recuperação e menor trauma cirúrgico. Todavia, a maioria dos métodos apresenta como desvantagem o custo de um novo material ou equipamento tecnológico.

Objetivo: Apresentar vídeo demonstrativo do aprimoramento da técnica utilizando 1 incisão a menos, comparada à abordagem videolaparoscópica clássica, com o mesmo equipamento básico e sem custos adicionais, apresentando também os resultados com análise estatística.

Método: A técnica proposta de 3 incisões consiste em utilizar um portal umbilical de 10mm, outro de 10mm no epigastro e um de 5mm em hipocôndrio direito; evitando-se o 4º portal de 5mm látero-inferior, utilizado habitualmente para afastamento do fundo da vesícula. Após inserção da óptica no trocarte umbilical, planeja-se a melhor localização para inserção dos trocartes de 10mm epigástrico e 5mm em hipocôndrio direito, de forma a permitir uma adequada ergonomia na manipulação laparoscópica. Com a pinça de apreensão da mão esquerda, realiza-se simultaneamente o afastamento e o posicionamento da vesícula biliar, expondo adequadamente as estruturas e permitindo uma precisa dissecação. Conforme a dificuldade, é possível mudar para a abordagem clássica, acrescentando o quarto trocarte. Foram incluídos no estudo todos os pacientes operados consecutivamente nos últimos 5 anos, totalizando 104 pacientes, 61 com a técnica de 3 trocartes (grupo A) e 43 com a técnica padrão de 4 trocartes (grupo B). Os resultados foram computados por média e desvio padrão. O teste estatístico utilizado para variáveis contínuas foi o teste t de Student, e para variáveis categóricas, o teste exato de Fischer.

Resultados: Foram operados 27 (26%) homens e 77 (74%) mulheres. A idade média dos pacientes foi 45,3 anos no grupo A e 42,7 anos no grupo B (p=0,9). O tempo médio de internação hospitalar foi de 1,06 dias no grupo A e 1,30 dias no grupo B (p=0,03). O uso médio de opiáceos sob livre demanda foi de 0,64/paciente no grupo A e 0,42/paciente no grupo B (p=0,3). A taxa de conversão foi nula (0%) no grupo A e 1 (2,32%) no grupo B (p=0,4). A taxa de óbito perioperatório e taxa de sequelas foram nulas (0%) em ambos os grupos (p=1). Conclusão: A abordagem videolaparoscópica com 3 trocartes é segura e oferece resultados animadores, exigindo menor quantidade de material e pessoal e propiciando menor tempo de internação hospitalar.

### RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA ANTE MIGRACIÓN PROXIMAL DE STENT PANCREÁTICO ECNICA DE DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA EN TUMORES NEUROENDOCRINOS RECTALES DE BAJO GRADO

Parenza, T 1; Curvale, C 1; Guidi, M 1; Matanó, R 1; De María, J 1; Promenzio, E 1; Ragone, F 1; Málaga, I 1; Hwang, HJ 1; Nieves, H 1; Salim, N 1.

1 - Hospital El Cruce. Argentina.

Introducción: Los stents pancreáticos (SP) son utilizados en variadas circunstancias terapéuticas y preventivas. En los últimos años se ha incrementado su uso dada su eficacia en la prevención de la pancreatitis post-CPRE en pacientes de alto riesgo. Este incremento en su uso aumentó también el número de complicaciones como es el daño ductal o la migración interna (o proximal), siendo esta última una circunstancia de resolución generalmente compleja.

Objetivo: presentar un caso de migración interna de SP y su resolución endoscópica. Caso clínico: Paciente masculino de 36 años de edad recibido en Hospital de Alta Complejidad para resolución de una migración interna de SP producida durante una Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) por coledocolitiasis.

Pese a la migración proximal intraprocedimiento y su intento de recuperación en la primera CPRE, el paciente no desarrolló pancreatitis aguda post CPRE.

2da CPRE: Se realiza duodenoscopia enfrentándose papila mayor, mediante radioscopia se identifica stent en conducto pancreático proximal. Se ingresa a conducto pancreático con pinza de biopsia biliar y, guiada por radioscopia, se toma el extremo distal del stent recuperandolo hasta visualizar su extremo distal en la luz duodenal. Al no evidenciar daño en su extremo distal por la pinza de biopsia se decide mantenerlo a nivel transpapilar. Posteriormente se realiza infundibulotomía con knife, acceso a coledoco y resolución de la vía biliar.

El paciente evoluciona sin pancreatitis post-CPRE.

Conclusiones: La migración interna de los SP es una complicación seria por el riesgo de pancreatitis aguda y daño ductal. Su resolución es generalmente dificultosa requiriendo de endoscopistas experimentados en terapéutica pancreática debido al diámetro reducido del Wirsung, su trayectoria curva y la falta de instrumental diseñado específicamente para resolver esta complicación. Se han descrito técnicas de extracción variadas, desde la utilización de asas de polipectomía, pinzas de biopsia, canastilla de Dormia, balón de Fogarty, hasta el uso de balones de angioplastia.

En estudios recientes retrospectivos la recuperación endoscópica de SP con migración interna se logró en un 78% y se requirió de resolución quirúrgica en un 17% de los casos.

En este caso se decidió la resolución pancreática previa a la biliar a fin de no alterar la anatomía del orificio pancreático y así poder acceder fácilmente al mismo para la extracción del stent.

### RETIRADA ENDOSCÓPICA DE BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL

Marques, LM 1; Teixeira, CP 1; Hurtado, RMY 1; Souza, TF 1; Galvão Neto, M 1; Grecco, E 1.

1 – FMABC. Brasil.

Introdução: A banda gástrica é um método eficaz na obtenção da perda de peso, melhorando as comorbidades relacionadas com a obesidade, a sobrevivência e a qualidade de vida dos doentes obesos. Devido às suas características, nomeadamente baixa morbidade e mortalidade, reversibilidade e ausência de alterações fisiológicas no tubo digestivo, era o segundo procedimento bariátrico mais utilizado no mundo (cerca de 250000 doentes em 2010). A probabilidade de complicações da banda gástrica aumenta com o tempo, num valor calculado de 3-4% em cada ano após a cirurgia. As complicações podem estar relacionadas com o sistema de enchimento (tubo e reservatório - 2.6-24%) ou com a própria banda (5.8%). Dentro das complicações com a banda, a migração intragástrica é rara (0.6-10%) e pode ser dividida em migração precoce ou tardia. No período pós-operatório, associado infeção por má técnica de assepsia nas insuflações subsequentes, a migração é normalmente tardia e consiste na erosão da banda através da parede gástrica até ao lúmen por um processo de destruição e autorregeneração com processo infeccioso mínimo. Caso clínico: Paciente 39 anos, sexo feminino, IMC 33,5 Kg/m<sup>2</sup>, realizou procedimento de colocação de banda gástrica porém após 1,5 anos evoluiu com dispepsia, sem outras queixas, à Endoscopia nota-se banda gástrica migrada cerca de 70% da sua circunferência, sem outros achados. Técnica: Realizada remoção endoscópica da banda gástrica com utilização de fio guia 0,035mm e litotriptor de urgência, além de pinça de remoção de corpo estranho, com sucesso e sem intercorrências. Conclusão: A remoção endoscópica da banda gástrica ajustável é um procedimento factível e com reduzido número de morbimortalidade intraoperatória.

**TÉCNICA DE COLOCAÇÃO E RETIRADA DO BALÃO INTRAGÁSTRICO**

Marques, LM 1; Santos, FP 1; Secci, T 2; Dib, RA 2; Galvão Neto, M 1; Souza, TF 1; Grecco, E 1.

1 - FMABC; 2 - Hospital Ipiranga. Brasil.

Introdução. O balão intragástrico (BI) tem como objetivo o tratamento da obesidade para pacientes com 40% acima de seu peso ideal (definido pela Metropolitan Life Insurance, 1983, Weight and Frame Tables), pacientes que tiveram maus resultados com o tratamento clínico da obesidade, mesmo com um programa de controle multidisciplinar supervisionado e pacientes superobesos com alto risco cirúrgico como preparo pré-operatório. O BI foi projetado para determinar uma sensação de saciedade precoce, diminuindo a capacidade do reservatório gástrico, e, com isso, o consumo de alimentos, facilitando a adaptação de uma dieta hipocalórica associada à mudança na rotina de vida, incluindo exercícios físicos. Técnica. A Técnica utilizada para Colocação do BI: 1. Preparo do paciente para endoscopia: sedação endovenosa ou anestesia geral. 2. Exame endoscópico do esfago, estômago e duodeno, com aspiração do conteúdo gástrico. 3. Remoção do aparelho de endoscopia. 4. Não havendo contra-indicação: introdução do BI, pela orofaringe, através do esfago, até atingir o estômago. 5. Reinservação do endoscópio mantendo o balão in situ, observando se está bem localizado na cavidade gástrica. 6. Remoção do fio-guia da sonda de inserção. 7. Conectar a seringa de 60 ml no cateter de duas vias. 8. Insuflar o balão com solução fisiológica e azul de metileno diluído. 9. Aspirar 60 ml de ar, criando vácuo e invertendo o fluxo da válvula do BI, impedindo o escape da solução fisiológica. Fechar a torneira de três vias e desconectar a seringa. 10. A válvula do balão será selada com o vácuo criado. 11. Retirar com manobra suave a sonda de inserção do BIB. 12. Observar o balão flutuando livremente na cavidade gástrica. A Técnica de Retirada do BI: 1. Preparo alimentar com jejum mais prolongado em virtude da alteração do esvaziamento gástrico e realizado procedimento sob Anestesia Geral em virtude do risco de broncoaspiração. 2. Exame endoscópico e aspiração do conteúdo gástrico. 3. Passagem da Agulha de Punção seguida da aspiração de todo ar dentro do estômago para fornecer maior segurança na punção. 4. Punção e esvaziamento do BI até colapso de suas paredes. 5. Passagem do Grasper e apreensão do balão em sua dobra. 6. Posicionamento do BI ao nível da Cárdia, administração da Escopolamina dose plena. 7. Após taquicardia realizada tração contínua do BI até sua exteriorização pela boca. 8. Realizada revisão do procedimento em busca de possíveis lacerações ou outros sinais de complicação.

**EV-030****ADENOMA TUBULOVELLOSO DE DUODENO - MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA**

Rodríguez Palermo, A 1; Marino, DA 1; Cano, DMP 1; Lorea, V 1; Saint Genes, P 1.

1 - Sanatorio Central EMHSA. Argentina.

**I - INTRODUCCIÓN:**

Los Adenomas tubulo vellosos (ATV) de duodeno son raros y representan el 1% de la totalidad de los tumores duodenales.

Descriptos por primera vez en 1928 por Golden, en 1976 Schulten realiza la revisión de los primeros 46 casos y hasta 1996 solo se encuentran reportados 200 casos según Leprovit et al. Se sitúan con mayor frecuencia en la 2ª porción duodenal - principalmente en la papila duodenal - asociados habitualmente a la Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF).

Se consideran lesiones premalignas con un riesgo de desarrollo a carcinoma del 25 al 50 % de los casos.

Sus síntomas pueden ser según la localización y las dimensiones: dolor epigástrico atípico, hemorragia digestiva alta, síndrome oclusivo duodenal o síndrome coledociano en los adenomas de la papila duodenal.

Las técnicas descriptas de resección son: resección submucosa por duodenotomía, ampulectomía y la duodenopancreatocetomía cefálica.

**II- DESCRIPCIÓN DE CONTENIDOS:**

1. Objetivos: Presentar un caso de ATV de duodeno con una terapéutica quirúrgica endoscópica alternativa.

2. Diseño: Presentación de caso.

3. Material y métodos: Paciente de sexo femenino de 49 años de edad, que concurre a la consulta por epigastralgia - Síndrome ulceroso. Estudiado por el Servicio de Gastroenterología se diagnostica tumor polipoideo, voluminoso, de base amplia y aspecto cerebroide en 2ª porción duodenal. En conjunto con el Servicio de Cirugía General se solicita rutina preoperatoria completa, VCC con el fin de descartar PAF, TC de abdomen y video duodenoscopia de visión lateral efectuado por la unidad de cirugía gastro duodenal con el fin de evaluar la conducta a seguir. En consecuencia se resuelve realizar resección del mismo por vía video endoscópica en quirofano dado sus posibles complicaciones. La resección de la lesión fue en forma total sin complicaciones y con el alta sanatorial a las 24 horas de la misma. El protocolo de biopsia informa: Adenoma tubulo velloso con displasia de bajo y alto grado. En el control video endoscópico a los tres y a los nueve meses de su resección se observa ausencia de la lesión con reconstrucción total de la mucosa.

**III - OBSERVACIONES Y COMENTARIOS:**

La mucosectomía endoscópica de lesiones polipoideas voluminosas de duodeno es una intervención segura y confiable. Es una práctica mínimamente invasiva que evita resecciones viscerales o duodenostomias, con baja morbilidad y menor tiempo de internación/ recuperación, permitiendo al paciente iniciar rápidamente sus tareas habituales.

**UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE MASA ABDOMINAL PALPABLE**

Garrido, M 1; Ciarlo, C 1; Aira, O 1; Suaya, G 1; Curras, A 1.

1 - Hospital Juan A. Fernández. Argentina.

Introducción: El tricobezoar representa el 55% de los bezoares. La mayoría se presentan en el sexo femenino, asociándose en un 40% a trastornos psiquiátricos y en menor medida a anomalías en la motilidad gástrica. Puede manifestarse como una tumoración gástrica no dolorosa acompañada en algunos casos de pérdida de peso, desnutrición, dispepsia, vómitos y alopecia.

El interrogatorio y el examen físico pueden orientar al diagnóstico, si bien es frecuente la negación del hábito de la tricotilofagia. La radiología, con y sin contraste, y la ecografía pueden ser de utilidad, si bien los métodos de elección para el diagnóstico de certeza son la tomografía computada y la endoscopia. El estudio endoscópico permite la visualización directa, y eventualmente realizar tratamiento, no obstante la tomografía puede ser de utilidad para evaluar la extensión de la masa, y planificar el abordaje terapéutico.

Las posibilidades terapéuticas consisten en el tratamiento médico con disolución química, la remoción endoscópica y la cirugía. En su elección será importante considerar la composición y el tamaño del bezoar. Endoscópicamente se pueden utilizar distintos métodos para la fragmentación, tanto físicos como químicos, para luego proceder a la recolección de los restos. La cirugía es la única opción en los que han fracasado las terapéuticas antes mencionadas, y puede ser la elección inicial en los que el tamaño y la consistencia hacen presuponer una alta probabilidad de fracaso endoscópico, y ante la presencia de complicaciones (sangrado, obstrucción, perforación).

Objetivo: Presentar un caso clínico con el fin de exponer un cuadro poco frecuente y discutir las diferentes modalidades diagnósticas y terapéuticas.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 21 años, sin antecedentes. Inicia su enfermedad actual 2 meses atrás, presentando vómitos ante la ingesta de sólidos, asociados a pérdida de peso (10kg). El episodio se auto limita, al momento de la consulta tolera bien los alimentos, y ha recuperado peso. Aporta Ecografía que rastrea induración palpable en hipocondrio izquierdo visualizándose estructura que se interpreta como órgano hueco con contenido, y TC con contraste oral que se informa como normal y anemia microcítica. Examen físico: tumoración duro-pétreo que se extiende a lo largo de epigastrio hacia hipocondrio derecho. Se realizan NeumoTC y VEDA que demuestran, gran tumor compuesto mayoritariamente por material compatible con cabello y material mucoso que ocupa ¾ partes y se extiende en la totalidad del estómago continuándose por piloro hacia duodeno. Se re-evalúa TC inicial la cual es compatible con el diagnóstico. Se realiza laparotomía exploradora con gastrostomía y extracción de cuerpo extraño. Evolución favorable, evaluada por psiquiatría con diagnóstico presuntivo de síndrome depresivo.

**EV-031****NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL DE COLÉDOCO, UNA CAUSA RARA DE TUMOR BILIAR**

Robles-Medrandá, C 1; Soria, M 1; Del Valle, R 1; Ospina, J 1; Bravo, G 1; Pitanga, H 1; Robles-Jara, C 1.

1 - IECED. Ecuador.

Introducción: El sistema SpyGlass es un colangioscópio que consta de un sistema de giro que permite explorar los conductos hepáticos. La tasa de éxito de toma de biopsia a través del SpyBite supera el 90 %, con adecuados espécimes en el 95% de los casos. La Neoplasia papilar intraductal del colédoco es una variante del carcinoma de los conductos biliares que se caracteriza por su crecimiento intraductal con mejor pronóstico que el colangiocarcinoma y se clasifica en cuatro subtipos: pancreatobiliares, oncocítico, gástrico e intestinal, los dos últimos son los menos frecuentes.

Caso clínico: Presentamos una paciente femenina de 80 años de edad con antecedentes de cirrosis criptogénica Child Pugh C, obesidad, hipertensión arterial, histerectomía radical con radioterapia por cáncer de útero, que presentó un cuadro clínico de 2 meses de evolución caracterizado por hipocondralgia derecha con elevación de enzimas de colestasis, que vino derivada de otro centro hospitalario donde se le realizó Colangiografía retrógrada endoscópica que evidenció una imagen con defecto de relleno en colédoco medio, nosotros realizamos una Coledocoscopia con spyglass evidenciándose una lesión vegetante multilobulada en colédoco medio que se biopsia, realizamos además una Ecoendoscopia que evidenció una lesión heterogénea, multilobulada de bordes irregulares, de 11 mm de diámetro, con un strain ratio a la elastografía de 150 sin sombra acústica posterior y ausencia de ganglios. La histopatología reportó una lesión tumoral constituida por una neoplasia papilar con laminas solidas de células con prolongaciones papilares, concluyendo que se trata de una neoplasia mucinosa papilar intraductal de colédoco del subtipo gástrico, finalmente decidiéndose manejo expectante por el alto riesgo quirúrgico.

Conclusiones: La Neoplasia mucinosa papilar intraductal de colédoco es un tumor poco frecuente. Las formas clínicas de presentación incluyen: hipocondralgia derecha, episodios de colangitis e ictericia obstructiva, anemia, pérdida de peso o son asintomáticos. El diagnóstico es histológico utilizando el coledoscópio es el método de elección para visión directa y toma de biopsias, complementado con la Ecoendoscopia para descartar compromiso nodal y metástasis. El tratamiento de elección es la resección dado su riesgo de albergar un carcinoma; el de peor pronóstico es el subtipo pancreatobiliar, seguido de los demás tipos en orden decreciente basado en su frecuencia.

### TUMOR DA PAPILA DUODENAL (TPD) SUBMETIDO A PAPILECTOMIA ECOGUIADA (PEE)

Reis, JS 1; Ardengh, JC 1; Tagrieli, E 1; Neto, OM 1; Parada, AA 2; Kemp, R 3; Pardal, JC 1; Santos, JS 3; Ribeiro, HS 1.  
1 - H9J/FMRP; 2 - H9J; 3 - FMRP. Brasil.

#### Introdução

Os adenomas e adenocarcinomas bem diferenciados, confinados a papila duodenal (T1) e sem disseminação para o ducto biliar (DB) e/ou pancreático (DPP) podem ser tratados pela papilectomia endoscópica (PE). A ecoendoscopia (EE) tem sido cada vez mais utilizada para o estadiamento antes da PE, mas para realizá-la troca-se o ecoendoscópio pelo duodenoscópio. Não há relatos na literatura quanto ao uso do ecoendoscópio com a finalidade de realizar PEE.

#### Objetivo

Relatar dois casos de TPD tratados com sucesso pela PEE.

#### Caso Clínico 1

Mulher 56 anos com icterícia flutuante. Os exames complementares revelaram adenoma tubular da papila duodenal. A EE mostrou tumor confinado à papila duodenal (uT1). Realizada PEE sem intercorrências. Não foram introduzidas próteses no DPP ou DB. O anatomopatológico revelou adenoma viloso de 2,7 cm, com margens livres. A paciente encontra-se bem após 20 meses de seguimento.

#### Caso Clínico 2

Homem 64 anos com icterícia flutuante há 2 meses. Endoscopia mostrou abaulamento da papila e a biópsia (adenoma vilotubular). A CPER mostrou dilatação do colédoco. A EE nódulo hipóecóico, homogêneo de 2,0 x 1,4 cm, confinado a papila duodenal sem invasão do DPP e DB. Promovemos a PEE sem intercorrências, a CPER sem a inserção de próteses plásticas no DPP ou colédoco. O anatomopatológico revelou adenocarcinoma vilotubular com ressecção marginal. O paciente evoluiu bem sem intercorrências até 1 mês, quando desenvolveu colecistite aguda, sendo tratado cirurgicamente.

### NO HAY 2 SIN 3

Gonzalez, J1; Curvale, C1; Hwang, H1; Guidi, M1; De Maria, J1; Ragone, F1; Promenzio, E1; Matano, R1.  
1 - Hospital El Cruce. Argentina.

Introducción: la litiasis gigante resulta un desafío para el manejo endoscópico. Sin embargo con el desarrollo de los balones de grandes volúmenes y las canastillas de litotripcia, se resuelven más del 90 % de los casos. Sin embargo estas técnicas endoscópicas no se hallan exentas de complicaciones.

Método: presentación de un caso de litiasis gigante complicado con el atascamiento de 2 canastas.

Caso clínico: paciente masculino de 65 años que consulta por síndrome coleodiano de 10 días de evolución. Presenta laboratorio de colestasis y ecografía abdominal que informa vía biliar intra y extrahepática dilatada con imagen ecogénica en su interior y litiasis vesicular. Se le realiza colangiograma endoscópico que evidencia lito de 20 mm en colédoco medio. Se continúa con papilotomía y dilatación papilar con balón de grandes volúmenes (18 mm). Debido a que la canasta de litotripcia no se despliega correctamente, se progresa canastilla de dormía que logra encestar el lito produciéndose luego el atascamiento de la misma ante la maniobra de extracción. Se intenta realizar litotripcia con litotriptor de Soehendra con vaina metálica intracanal. Durante dicho procedimiento se produce la ruptura de la vaina metálica y de los alambres de la canastilla resultando en atascamiento de la misma. Por este motivo se ingresa con nueva canastilla de litotripcia intracanal lográndose encestar el lito y los restos de la canastilla previamente atascada. Se procede a la realización de la litotripcia resultando en atascamiento de la segunda canastilla. Luego de varios intentos se logra liberar la segunda canasta. Con una tercera canasta de litotripcia intracanal (de diferente modelo) se logra encestar el cálculo y la canastilla de dormía y se lleva a cabo, finalmente, la litotripcia con liberación completa de la vía biliar. El resto de los fragmentos se extrae con canastilla y balón.

Conclusión: las litiasis complejas tienen una incidencia aproximada del 15 %. Las canastillas de litotripcia han sido diseñadas específicamente para generar la ruptura de los cálculos evitando el tan temido atascamiento. Sin embargo, litos demasiado grandes o duros o fallas en la técnica o el material de la canasta pueden generar roturas e impactaciones. Incluso múltiples impactaciones en un mismo procedimiento como mostramos en este caso. Paciencia, ingenio y "más maña que fuerza" lograron desimpactar las canastillas y finalmente resolver el caso expuesto.

### DRENAJE DE UN CASO DE PSEUDOQUISTE DE PÁNCREAS CON GUÍA ECO-ENDOSCÓPICA

Hwang, H 1; Curvale, C 1; Parenza, T 1; Guidi, M 1; Villaverde, A 2; De Maria, J 1; Ragone, F. 1; Promenzio, E 1; Matano, R 1.

1 - Hospital El Cruce; 2 - Hospital San Martin de La Plata. Argentina.

Introducción: el pseudoquiste es una complicación de la pancreatitis aguda con una incidencia de 5 a 20 % y una resolución espontánea de 55 a 65 % en el primer año. Sin embargo, tiene indicación de drenaje endoscópico o quirúrgico si causa síntomas (dolor, ictericia, síndrome pilórico). Cuando el pseudoquiste no protruye en la luz gastroduodenal o presencia de hipertensión portal son indicaciones para realizar el drenaje bajo guía eco-endoscópica. Objetivo: describir las indicaciones y la técnica de drenaje endoscópico con guía eco-endoscópica de pseudoquiste de páncreas.

Caso clínico: paciente masculino de 68 años con antecedente de pancreatitis aguda hace 3 meses con colección peripancreática que no volvió a control luego del alta. Fue internado nuevamente por dolor cólico en hipocondrio derecho de 2 semanas de evolución, acompañado de vómitos, ictericia, coluria, pérdida de peso sin fiebre y laboratorio con colestasis. Se realizó TAC de abdomen observándose un quiste de 84 x 58 mm de diámetro en la cabeza pancreática, dilatación del Wirsung, vía biliar no dilatada y vesícula distendida sin imágenes en su interior. Se realizó colangiografía informando una imagen quística que compromete cabeza y proceso uncinado pancreático de 76 x 84 x 62 mm con compresión del colédoco distal y dilatación del colédoco proximal (12.5 mm) y de la vía biliar intrahepática, Wirsung dilatado. Se realizó eco-endoscopia lineal observando una lesión anecoica en la cabeza pancreática de pared fina que no abombaba la pared gástrica ni duodenal, con tabiques en su interior, tamaño 70 x 50 mm, y la distancia entre el quiste y la pared duodenal era > 1 cm. Se realizó punción aspirativa cuyo resultado fue la obtención de un líquido citrino y amilasa 33000 mg/dl y CEA < 5 ng/ml. Se decidió realizar drenaje bajo guía eco-endoscópica de la lesión con el diagnóstico de pseudoquiste. A través de la pared bulbar se punzó la misma con aguja de 19 G, se introduce guía de 0.035 Fr. Se intercambié el eco-endoscopia por el duodenoscopia al no poder dilatar la trayectoria de la punción con un dilatador de Soehendra. A través de la guía se realiza punción diatérmica con "knife" con corriente de coagulación, se dilata con balón dilatador hidrostático de 10 mm, se constató buen drenaje de líquido citrino y se colocó un stent plástico de doble pig tail de 10 Fr.

Conclusión: la eco-endoscopia es un método muy útil en el diagnóstico diferencial de los quistes de páncreas al permitir la punción y análisis del líquido cuando hay dudas en el diagnóstico. La duodenocistostomía endoscópica es un método terapéutico con bajas complicaciones por lo que es preferible al tratamiento quirúrgico. La eco-endoscopia lineal esta formalmente indicada en el drenaje de pseudoquistes que no protruyen en la luz gastroduodenal.

### ¿LAS INDICACIONES DE LA COLONOSCOPIA CORRESPONDIENTES A SIGNOS O SÍNTOMAS DE ALARMA CONOCIDAS COMO "BANDERAS ROJAS", VAN SIEMPRE ASOCIADOS A HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS POSITIVOS?

Bolino, MC 1; Sánchez, C 1; Tawil, J 1; Caro, L 1; Cerisoli, C 1.

1 - Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica. Argentina.

Introducción: La adecuada indicación para una videocolonoscopía (VCC) es crucial para evitar estudios innecesarios. Los signos o síntomas denominados "de alarma o banderas rojas" son indicaciones utilizadas para investigar organicidad; en su mayoría han sido estudiados ante el abordaje diagnóstico de los trastornos funcionales gastrointestinales. Objetivos: 1. Estimar el rédito diagnóstico de la VCC en pacientes evaluados por banderas rojas; 2. Comparar la prevalencia de adenocarcinoma en pacientes con y sin banderas rojas. Materiales y método: se incluyeron adultos que realizaron VCC en un centro ambulatorio de endoscopia entre noviembre 2012 y noviembre de 2013. Estudios incompletos e histología faltante fueron criterios de exclusión. Diseño: observacional, retrospectivo, comparativo y transversal. Anemia, hematoquezia, ritmo evacuatorio alterado, síndrome de impregnación, historia familiar + CCR, inicio de síntomas  $\geq 50$  años fueron indicaciones de VCC registradas como "banderas rojas". Los pacientes se dividieron en G1 y G2 según la presencia o ausencia de ellas, respectivamente. Se consideraron hallazgos positivos a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), lesiones mucosas (estenotantes e/obstrucción y/o compatibles con malabsorción) y vasculares. Los pólipos colónicos y las hemorroides fueron considerados + en caso de rastreo o antecedentes familiares de CCR y de hematoquezia, respectivamente. Reparos éticos: los pacientes firmaron el consentimiento informado antes de los procedimientos. Análisis estadístico: VCCSTAT 2.0. Chi cuadrado y Student. Resultados: Se incluyeron 14145 pacientes: G1: 4399 (31%), y G2: 9746 (69%). Predominó el género femenino en ambos grupos (G1>G2;  $P<0,05$ ); edad promedio: 56+12,63 años (19-93); Tasa de llegada a ciego: 96,5% y Tasa de detección de adenomas: 24%. Las banderas rojas estudiadas evidenciaron hallazgos endoscópicos + en 1528 pacientes (34%; IC95 33-36) y en orden de frecuencia fueron: hematoquezia 31%; Aflires. de CCR 27%; síntomas >50 años: 19%; alteración del ritmo evacuatorio 13%, anemia 10%. La Sensibilidad (S), Especificidad (E), Valor Predictivo Positivo (VPP) y Valor Predictivo Negativo (VPN) de las banderas rojas evaluadas conjuntamente para diagnosticar organicidad fue 26% (IC95 25- 27), 65% (IC95 64- 66), 34% (IC95 33-36) y 54% (IC95 53-55), respectivamente. Al evaluar el rédito diagnóstico de cada signo o síntoma en particular la hematoquezia fue la que presentó S, E, VPP y VPN más altos. 2. La prevalencia de adenocarcinoma en pacientes con banderas rojas fue > que en pacientes que realizaron VCC por otras razones (1.3 vs. 0.7%;  $p < 0,05$ ). Conclusiones: La S y E de las banderas rojas estudiadas fue baja, siendo la hematoquezia la indicación de mayor S diagnóstica; sin embargo, la prevalencia de adenocarcinoma fue mayor en estudios realizados por estas indicaciones.

### SEDOANALGESIA EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: UN ACERCAMIENTO A LA REALIDAD MUNDIAL

Padin, LF 1; Brodersen, C 1; Viscardi, JP 1; Trelles, FA 1; Steinberg, LH 1; Casalini, A 1; Fernandez Briozzo, M 1; Caldo, IF 1; Quiñones, SA 1; Mangoni, A 1; Marillet, M 1; Casbarien, O 1; Carfagnini, PJ 1; Majewski, IS 1; Trela, E 1.  
1 - Hospital Carlos G. Durand. Argentina.

**Introducción** La eficacia diagnóstica y terapéutica de la endoscopia ha propiciado un incremento en el número y la complejidad de los procedimientos realizados. La sedación permite una mejor tolerancia y se ha convertido en parte fundamental de la endoscopia. La sedación y la analgesia tienen un espectro que va desde la sedación mínima hasta la anestesia general y pretenden mejorar la ansiedad, reducir el dolor, el malestar y el recuerdo de la exploración. En la actualidad, las endoscopias se llevan a cabo bajo sedación moderada y analgesia (sedación consciente). Esto significa que los pacientes son capaces de responder a estímulos táctiles y auditivos y que mantienen funciones cardiovascular y ventilatoria. **Objetivo** Evaluar efectividad y seguridad del midazolam y fentanilo, administrado por personal de enfermería bajo supervisión médica durante las colonoscopias (VCC). **Materiales y métodos**

Estudio prospectivo realizado en Hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, desde Julio 2011 hasta Febrero 2014. Se incluyeron pacientes ASA I y II (evaluados por cardiólogo y anestesiólogo), escala de Mallampati I y II, que debían ser sometidos a VCC. Las mismas se realizaron en sala de endoscopia con monitoreo electrocardiográfico, de tensión arterial, frecuencia cardíaca y oxemia, y soporte de O<sub>2</sub> por cánula nasal. La sedación fue administrada por un médico y un enfermero asistente, con capacitación básica en soporte vital. Se utilizó midazolam y fentanilo para lograr sedación consciente. Los procedimientos fueron presenciados por un médico anesthesiólogo y un instructor de ACLS. Las VCC fueron realizadas por un médico residente en formación bajo supervisión de un endoscopista experimentado. Se evaluó tasa de llegada a ciego, tiempo de duración del procedimiento, tolerancia (según escala de dolor), dosis administrada de sedantes y efectos adversos.

**Resultados** Se incluyeron un total de 3000 VCC, de las cuales 465 fueron realizadas en mayores de 65 años. La dosis media de midazolam fue de 2,7mg, la de fentanilo 100 gamas, la tasa de llegada a ciego fue del 97%, el tiempo medio de duración del procedimiento fue de 30 minutos (incluyendo procedimientos terapéuticos). El 40% de los pacientes presentaron tolerancia muy buena, 43% la definieron como buena, 12% tuvieron una tolerancia regular y 2% la identificaron como mala o muy mala. Sin embargo, la mala tolerancia no impidió completar la endoscopia en ningún caso. No se registró efecto adverso. **Conclusiones:** El empleo de midazolam-fentanilo, administrado por el médico y el enfermero, es una técnica efectiva y segura de sedación en pacientes de bajo riesgo anestésico, independientemente de la edad. Se observó que en un ambiente controlado la sedación en manos de profesionales no anestesiólogos ofrece grandes beneficios en la calidad de los estudios endoscópicos y en el confort del paciente sin incurrir en mayores riesgos.

## EPD-004

### PERFIL DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM PACIENTES CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA DO HOSPITAL ESTADUAL MÁRIO COVAS

Hurtado, RMY 1; Marques, LM 1; Santos, FP 1; Souza, TF 1; Grecco, E 1; Galvão Neto, MP 1; Chehter, EZ 1.  
1 - FMABC. Brasil.

**Introdução:** A obesidade mórbida é considerada uma doença crônica habitualmente associada a outros transtornos crônicos como a hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença do refluxo gastroesofágico (DRGE).

**Objetivos:** Conhecer as características relacionadas ao refluxo gastroesofágico na endoscopia digestiva alta (EDA) e pHmetria esofágica dos pacientes obesos mórbidos candidatos à cirurgia bariátrica do Hospital Estadual Mário Covas.

**Materiais e Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo, analisando laudos de EDA e pHmetria esofágica de 46 pacientes obesos mórbidos candidatos à cirurgia bariátrica do Hospital Estadual Mário Covas nos anos de 2012 e 2013.

**Resultados:** A idade média foi de 37,7 ± 10,8 anos, o sexo feminino representou 87% (n 40), a média do IMC foi de 43,3 % com desvio padrão de 7,49 variando entre 35,07 a 65,96 Kg/m. Entre as alterações esofágicas 10,9% apresentaram hérnia de hiato e 37% esofagite erosiva distal. À pHmetria esofágica, segundo o escore de DeMeester 45,7% dos pacientes tiveram refluxo gastroesofágico patológico, sendo que do total de pacientes estudados 39,1% apresentaram RGE com pH<4 e apenas 6,5 % apresentaram refluxo relacionado com os sintomas. O refluxo faringo laríngeo patológico teve uma prevalência de 61,1 %.

**Conclusão:** A exposição ácida do esôfago é importante em pacientes obesos mórbidos, sendo comprovado através da prevalência aumentada de refluxo gastroesofágico patológico e refluxo faringo laríngeo patológico, assim como os fatores de risco e consequências deste fenômeno na EDA.

## EPD-003

### PRÓTESIS AUTOEXPANDIBLES METÁLICAS (SEMS) PARA TRATAMIENTO PALIATIVO DE CARCINOMA ESOFÁGICO AVANZADO: ¿ES UNA BUENA INDICACIÓN?

Redondo, A 1; Sciarreta, M 1; Bello, G 1; Yantorno, M 1; Garbi, L 1; Baldoni, F 1; Tufare, F 1; Villaverde, A 1; Martínez, H 1; Chopita, NA 1.  
1 - Higa San Martín La Plata. Argentina.

**Introducción:** Aproximadamente el 50% de los pacientes con carcinoma esofágico al momento del diagnóstico se presentan en estadio avanzado, sin posibilidades de recibir tratamiento curativo. En este grupo el tratamiento paliativo para la disfagia representa la terapéutica con mayor impacto en la calidad de vida. El uso de SEMS como opción terapéutica es una buena alternativa para el tratamiento paliativo de dicha patología, siendo el objetivo primario la disminución del grado de disfagia y la mejoría del estado nutricional. **Objetivos:** Evaluar la tasa de complicaciones, valorar la mejoría de la disfagia, el performance status y la sobrevida de pacientes con carcinoma avanzado de esófago posterior al implante.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo entre Junio 1995 y Diciembre de 2013 que incluyó 221 pacientes (184 varones y 59 mujeres) con carcinoma esofágico avanzado, confirmado por histología que recibieron tratamiento paliativo con SEMS parcialmente cubiertos, por presentar disfagia maligna grado III/IV evaluada a través del Score de O Rouke et al.

Las complicaciones fueron clasificadas en inmediatas (menos de 24 hs), tempranas (hasta 1 semana) y tardías (mayor a 1 semanas).

**Evaluación de performance status** por clasificación del Eastern cooperative oncology group (ECOG).

El análisis estadístico se realizó con el método de análisis univariado de variables.

**Resultados:** De un total de 221 pacientes, las complicaciones globales fueron 101 (45.7%), clasificadas según el tiempo de aparición en tempranas en 33 (32.7%), siendo el dolor (56.2%) y la migración (31.5%) las de mayor frecuencia y tardías en 68 pacientes (67.3%), siendo la migración distal 21.3%, hiperplasia 17.68%, dolor 14.28% y úlcera por decúbito 4.8%

El 84.3% de los pacientes con disfagia inicial grado 3 disminuyó 1-2 grados y el 90.5% de pacientes con disfagia inicial grado 4 presentaron disminución de 2-3 grados, evaluado dentro 7 días.

La sobrevida promedio fue de 124 días (61/ 180). No hubo modificaciones del Performance Status.

**Conclusiones:** La colocación de prótesis autoexpandibles en pacientes con cáncer de esófago como tratamiento paliativo es una buena opción en la mejoría rápida de la disfagia, aunque las complicaciones no son despreciables y los pacientes no presentan mayor sobrevida ni mejoría del performance status.

## EPD-005

### FÍSTULA ESÓFAGO-PLEURAL DE PROBABLE CAUSA INFECCIOSA: RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA

Souto, GM 1; Haller, CI 1; Castillo, N 1; Taire, V 1; Torres, O 1; Pecci, H 1; Saires, A 1; Cardarilli, D 1.  
1 - Hospital Dr. Isola. Argentina.

Paciente de 69 años, sin antecedentes de importancia, concurre por disnea súbita, de reciente comienzo, puntada de costado izq, sin fiebre. Rx tx: velamiento total de hemitórax izq, por lo que se decide realizar avènement pleural con colocación de tubo de tx, bx de pulmón y pleura. Líquido pleural compatible con trasudado, sin desarrollo de gérmenes, neg células neoplásicas. Bx pleural: pleuritis crónica, bx de pulmón s/p. Evolución con empiema, cultivo + para streptococo grupo D (enterococo). Baciloscopia: ZN neg, HIV neg. Se decide decorticación pleural con tubos de drenaje. A las 24hs, posterior a la ingesta, presenta contenido alimentario por tubo de drenaje. TAC de Tx: esófago moderadamente distendido en forma difusa con irregularidad y engrosamiento a nivel de su porción distal, sin evidencia de mediastinitis ni adenopatías hiliares ni mediastinales. VEDA: a los 30cm de ADS, probable orificio fistuloso de 3cm de diámetro, de bordes lisos y regulares. Se instala contraste hidrosoluble, constatándose por radioscopia, fistula esófago-pleural. Se toman bx. Se decide colocación de SEMS recubierto. Se indica ayuno. Bx de esófago: proceso inflamatorio inespecífico. A las 48hs se inicia ingesta. Una semana después, seriada esofágica, sin pasaje de contraste, se constata migración del stent hacia estómago, se extrae por gastrostomía. Se realiza control con endoscopia 2 meses después, esófago sin lesiones. **DISCUSIÓN.** La bibliografía revisada muestra que entre las fistulas esofagorespiratorias, son más frecuentes las fistulas esofagotraqueales y esofagobronquiales que las esofagopleurales.

Estas últimas son habitualmente consecuencia del POP de la cx esofágica o pulmonar o del ca. esofágico avanzado. Otras causas menos frecuentes suelen ser la perforación esofágica secundaria al trauma, iatrogénica, la radioterapia, el síndrome de Boerhaave, la ingesta de cáusticos y los divertículos esofágicos. La etiología infecciosa de una fistula esofagopleural es realmente rara, encontrándose como factor casual más frecuente la TBC. En nuestro paciente la sospecha etiológica con más peso es la infecciosa siendo difícil definir el papel del Enterococo en la perforación y posterior formación de la fistula esofagopleural. El tratamiento de éstas puede ser la cirugía, el tratamiento conservador o el tratamiento endoscópico. Actualmente no hay guías de estrategia terapéutica, incluido el tiempo óptimo y el tipo de reparación de las mismas. El avance de los procedimientos mínimamente invasivos por endoscopia pueden ser una alternativa segura con respecto a la cirugía para estos pacientes.

## STENTS ESOFAGICOS EN PATOLOGIA BENIGNA Y MALIGNA NUESTRAS EXPERIENCIAS

Pascual, A 1; Torres, A 1; Adi, J 1; Cabrera, PM 1; Victoria, R 1; Koll, L 1; Viñuela, C 1; Jorge, O 1; Salomone, S 1; Milutin, C 1.  
1 - Hospital Lagomaggiore. Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** El uso de stents esofágicos se ha convertido en una alternativa importante para el tratamiento paliativo de tumores malignos de esófago inoperables y en el manejo de lesiones estenosantes benignas. **OBJETIVO:** Evaluar indicaciones, resultados y complicaciones del uso de stents esofágicos tanto en patología benigna y maligna realizadas en nuestro hospital. Se evaluaron complicaciones tempranas, dentro de las dos semanas, las cuales se clasifican en: inmediatas a la técnica, e inmediatas relacionadas al paciente y tardías entre las 2 a 4 semanas, también se subdividen en tardías relacionadas a la técnica y tardías relacionadas al paciente. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo, protocolizado y observacional desde marzo de 2010 a Marzo de 2014. **Método estadístico:** medidas de tendencia central, medidas de dispersión, chi2 y test de student. **RESULTADOS:** Se incluyeron 33 pacientes con indicación de colocación de stent esofágico, la edad promedio fue 64,55 años (DS±10,15); el 78,79% fueron hombres. La permanencia hospitalaria promedio fue de 4,42 días (DS±2,43). Se utilizaron stents totalmente cubiertos para las patologías benignas y parcialmente cubiertos para las patologías malignas. **INDICACIONES** 12,12% (n=4) patología benigna; 87,88% (n=26) patología maligna, de estos, 16 (55,17%) eran del tipo histológico escamoso y 13 (44,83%) adenocarcinoma. **COMPLICACIONES:** 36,36% (n=12) correspondían a tempranas, de estas 7 fueron relacionadas a la técnica (6 por desplazamiento y 1 por fallo en la expansión, no se presentaron fallo en el despliegue ni migraciones. En cuanto a las relacionadas al paciente: 7 pacientes presentaron dolor torácico, 1 sangrado y 2 pacientes fallecieron, uno por un infarto agudo de miocardio y otro por complicaciones sépticas no relacionadas al stent. En cuanto a las complicaciones tardías, estas estuvieron presentes en 15 pacientes (45,45%), 5 de ellos presentaron crecimiento tumoral y 3 migración. Dentro de las complicaciones tardías relacionadas al paciente las más frecuentes fueron el reflujo gastro esofágico y la disfagia, presentes en 7 pacientes, cada una. En 4 pacientes hubo obstrucción del stent con alimentos, 2 pacientes con sangrado y dos pacientes fallecieron relacionados a su patología de base. **CONCLUSIÓN:** Los stents esofágicos son una herramienta importantes para el tratamiento de las lesiones benignas y el tratamiento paliativo del cancer esófago inoperable y de la union esofagogastrica, mejorando la calidad de vida de los pacientes. En nuestra experiencia la tasa de complicaciones tempranas es similar a la encontrada en la bibliografía y es menor en las complicaciones tardías 45% (nuestra serie) vs 53%, que podría deberse al tamaño menor de la muestra de este trabajo y que se incluyen pacientes con estenosis benignas.

## TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE ABSCESO INTRAPARIETAL GÁSTRICO

Luna Tirado, H; Seiguerman, J; Belloni, P; Belloni, R; Luna Tirado, L 1.  
1 - Hospital Español de La Plata. Argentina.

**Objetivo:** Presentación de un caso de absceso intraparietal gástrico con resolución endoscópica.

**Descripción del caso:** Varón de 55 años que consulta por dolor abdominal epigástrico intenso de 48 hs de evolución. El dolor se incrementa notablemente en decúbito dorsal y no varía con las ingestas. Refiere dos mediciones de temperatura de 37° 8. En el examen físico presenta dolor en la palpación epigástrica sin reacción peritoneal. Afebril. No se registran otros datos positivos.

**Conducta:** Se realizó videoendoscopia alta, donde se observa lesión elevada de 3 cm de aspecto submucoso con erosión superficial en la curva mayor de la región antral. Se realiza biopsia con pinza tipo alligator observándose la salida de material purulento.

Se solicita laboratorio observándose leucocitosis (17.000 GB) con neutrofilia.

TC: engrosamiento focal de la pared gástrica de 40 x 25 mm con burbuja de aire y densificación de la grasa perigástrica.

Se decide el drenaje realizándose incisión con Needle-Knife, lográndose la salida de abundante material. Se toma muestra para cultivo y estudio anatomopatológico. No encontramos la presencia de cuerpo extraño.

Tratamiento complementario con antibiótico de amplio espectro por 14 días.

Control endoscópico a los 14 días estudio con elevación mínima coronada por cicatriz.

Resultado de la biopsia: gastritis crónica.

Cultivo: flora polimicrobiana

Al interrogatorio dirigido no se puede descartar ni confirma, la ingestión accidental de palillo dental hace más de 15 días.

Buena evolución posterior

**Comentarios:** El absceso intraparietal gástrico es una condición rara, definida como un proceso inflamatorio e infeccioso que involucra la pared gástrica.

Han sido descritas las formas difusa, localizada y mixta.

La infección se puede producir tanto por vía hematogena, como directa.

Son factores predisponentes el alcoholismo, la diabetes, ingestión de cuerpo extraños, polipectomía gástrica, cirugía gástrica, ingestión de agentes corrosivos, tumores gástricos, HIV y estados inmunodeficientes.

La patogénesis de la infección es desconocida, la forma más común es la difusa, siendo la forma localizada de alrededor del 15 %.

Los gérmenes que se han asociado a la infección son estreptococo (75 %). También estafiloco, hemofilus influenza, proteus, clostridium, pseudomona au, clostridium w, e incluso candida albicans.

Síntomas más comunes: dolor abdominal, náuseas y vómitos.

Se han descrito vómitos de material purulento en 2 pacientes.

Más frecuente en mujeres, con un rango de edad entre los 30 y 60 años.

Solo 19 casos han sido reportados en la literatura.

12 tratados por cirugía, 4 con tratamiento endoscópico, 2 con drenaje percutáneo.

Métodos complementarios recomendados: Laboratorio, Rx (búsqueda de aire en la pared gástrica), Ecografía, TC de abdomen, Ecoendoscopia, RNM de abdomen.

## FÍSTULA GASTROGÁSTRICA POSTERIOR A BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX: EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CLÍNICO, ENDOSCÓPICO Y QUIRÚRGICO

Campos, JM 1; Aires, VGB 1; Silva, JC 1; Coelho, D 1; Penna, E 1; Kreimer, F 1; Neto Galvão, MP 1; Ferraz, AAB 1.

1 - Universidade Federal de Pernambuco. Brasil.

### Introducción

La fístula gastrogástrica (FGG) posterior a bypass gástrico en Y Roux (BGRY) es una complicación cuya incidencia puede lograr hasta el 6%. Actualmente, no existe un protocolo sobre la mejor opción de tratamiento y el momento de inicio de las intervenciones endoscópicas o quirúrgicas.

### Objetivo

Este estudio observacional longitudinal retrospectivo tiene como objetivo exponer la experiencia clínica resultante del seguimiento de pacientes con FGG sometidos a tratamiento clínico, quirúrgico y endoscópico.

### Material y Método

Seguimiento retrospectivo de 31 pacientes, 12 hombres y 19 mujeres (61,3%) quienes presentaron FGG posterior a BGRY. La media de seguimiento fue de 39,7 meses. La cirugía primaria sucedió en 14 Servicios de Cirugía Bariátrica presentes en las regiones Nordeste y Norte de Brasil, con la posterior remisión a la unidad de cirugía bariátrica y metabólica del Hospital de Clínicas - UFPE.

### Resultados

El IMC preoperatorio promedio fue de 47,9 ± 15,2. Los principales motivos de consulta fueron dolor epigástrico (51,6%) y regancia el peso (48,3 %). El diagnóstico fue endoscópico en todos los casos de FGG. Al momento del diagnóstico, el IMC registrado fue de 34 ± 12,2. La fístula se encontró en el ángulo de His en 16 casos (51,6%). El tratamiento médico indicado fue Inhibidor de la bomba de protones y se adicionó sucralfato en pacientes con úlcera marginal. El tratamiento quirúrgico (14 = 45,1%) fue indicado en los casos con fracaso del tratamiento médico y regancia de peso. Las técnicas quirúrgicas utilizadas fueron: sección de la fístula en 9 casos y gastrectomía del estómago excluso en los 5 casos restantes. La terapia endoscópica utilizada fue aplicación de clips, dilatación con balón neumático y la colocación de prótesis. Hubo resolución de los síntomas en el 71,4% de los pacientes tratados quirúrgicamente y cierre de la fístula en todos ellos, con recurrencia en un solo caso. No fue observada una reducción relevante en la media del IMC pos tratamiento quirúrgico o endoscópico.

### Conclusiones

Las técnicas endoscópicas resuelven sólo los casos agudos. La sección por vía laparoscópica de la FGG parece un enfoque más adecuado, sin embargo, sólo deberá indicarse para los pacientes sintomáticos, dado que este procedimiento tiene mayor morbilidad que la cirugía bariátrica primaria per se.

## COMPLICACIONES OF PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY AS AN OUTPATIENT PROCEDURE IN HEAD AND NECK CANCER PATIENTS

Adour, C 1; Dodsworth, M 1; Nielsen, G 1; Gurgel, R 1; Dardengo, R 1; Barroso, L 1; Lisboa, RS 1; Ayres, AC 1; Mello, G 1; Pelosi, A 1; Guaraldi, S 1; Mansur, G 1; Ferreira, MA 1; Ribeiro, TC 1.

1 - Digestive Endoscopy Department, Cancer Hospital I, Brazilian National Cancer Institute (INCA). Brasil.

**Background:** Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) is a relatively simple and safe method of providing enteral access for patients with dysphagia but with the GI tract intact. However, it may be associated with a high complication rate. The use of PEG as an ambulatory procedure in head and neck cancer (HNC) outpatients has not been well established in the literature.

**Objectives:** The main objective of this study was to investigate the short and long-term complications of ambulatory PEG in a selected group of HNC outpatients.

**Patients and methods:** In this prospective clinical study, HNC subjects in good clinical condition were selected and enrolled in a close long-term follow-up protocol of outpatient PEG by the pull technique.

**Results:** A total of 201 outpatients underwent ambulatory PEG, 58 (28.9%) pretreatment, 48 (23.9%) during treatment and 95 (47.5%) after treatment for the underlying malignant disease. There was no procedure-related mortality. There were complications in 55.7% of patients in the long-term follow-up (16.9% early and 49.8% late, 6.5% major and 55.2% minor). The complications were: granulation tissue (43.3%), peristomal infection (11.4%), leakage (9%), BBS (6%), local pain (5.5%), persistent gastrocutaneous fistula (3.6%), gastric wall hematoma (3.5%), late tube dislodgement (3%), early tube dislodgement (0.5%), and respiratory failure (2.2%). The clinical-demographic variables (age, sex and timing of PEG) were not associated with complication rates (early or late, major or minor).

**Conclusion:** Ambulatory PEG is viable and safe in HNC outpatients in good clinical condition. Although PEG complication rates may be significant in the long-term follow-up, in most cases these complications are classified as minor. There were no procedure related deaths, and all complications were treated in an outpatient setting.

## DIAGNÓSTICOS ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS EN PACIENTES CON SÍNTOMAS DISPÉPTICOS

Tawil, J 1; Escobar, A 1; Olmos, M 1; Bolino, MC 1; Cerisola, C 1; Caro, L 1. 1 - Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica. Argentina.

**Introducción:** La dispepsia (D) se define como malestar epigástrico secundario a una mala digestión e incluye síntomas específicos como saciedad precoz (SP), plenitud postprandial (PP) y/o dolor epigástrico (E). El rédito diagnóstico de la endoscopia ha sido ampliamente estudiado según la edad del paciente. **Objetivos:** 1. Comparar la prevalencia de diagnósticos endoscópico-histológicos en pacientes < y ≥ 50 años que consultaron por D, E y SP. 2. Describir la distribución de frecuencias de los diagnósticos en cada grupo. **Materiales y métodos:** se incluyeron adultos ≥ 18 años que realizaron videoendoscopia digestiva alta (VEDA) por D, E y/o SP. La evaluación endoscópica incompleta, cirugías esófago gástricas y la histología faltante, según el caso, fueron criterios de exclusión. El estudio se desarrolló en un centro ambulatorio de gastroenterología entre diciembre, 2009 y enero, 2014. **Diseño:** retrospectivo, observacional, comparativo y transversal. Los hallazgos positivos incluyeron erosiones, úlceras, estenosis puntiformes, candidiasis esofágica, Esófago de Barrett, Enfermedad Celíaca y carcinomas. **Reparos éticos:** Los pacientes firmaron el consentimiento informado antes del procedimiento. **Análisis estadístico:** VCCSTAT 2.0; IC95%; Chi cuadrado y Student. **Resultados:** Se revisaron 17592 VEDAs, se excluyeron 299; se analizaron 17293. La indicación más frecuente fue E (56.6%; n: 9800), seguido de D (43.2%; n: 7483) y SP (0.05%; n: 10). Se analizaron las dos primeras; cada grupo fue estratificado en <50 (G1) y ≥50 años (G2); edad media en E 52±15,28 y en D 54±14,7 años (p<0,05). Predominó el género femenino en ambos grupos (62-65%). La prevalencia de diagnósticos positivos en D fue 36,6% (IC95 35-38; 2740/7483) y en E 27% (IC95 26-28). Los diagnósticos más frecuentes para ambas indicaciones fueron esofagitis y gastritis erosiva. La indicación D reveló más lesiones en el G2 (41 (IC95 40-43) vs. 27% (IC95 25-28); p<0,05); la indicación E también evidenció más lesiones en ese grupo (32 (IC95 31-34) vs. 20% (IC95 19-22); p<0,05)). **Limitaciones:** registro de medicación concomitante, hábitos tóxicos y presencia de signos de alarma. **Conclusiones:** Los diagnósticos positivos a través de una VEDA con o sin biopsias fueron más prevalentes en pacientes con D y ≥ 50 años. Estos resultados confirman la utilidad de la VEDA para establecer un diagnóstico en este grupo etario.

## HEMOLINFANGIOMA COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DE INTESTINO MEDIO. REPORTE DE UN CASO

Tun, AE 1; Paz, VM 1; Blanco, G 1; Gallardo, VE 1; Blancas, JM 1. 1 - CMN Siglo XXI. México.

**Introducción:** El hemolinfangioma es un tumor benigno poco común, que proviene de una malformación congénita del sistema vascular. La formación de estos tumores puede ser explicado por la obstrucción de la comunicación venolinfática, tejido vascular disembioplástico y circulación sistémica. **Caso clínico:** Mujer de 43 años de edad, la cual presentó un cuadro de hemorragia de tubo digestivo manifestado por evacuaciones melénicas intermitentes, de un año de evolución, con descenso de hemoglobina hasta de 4.5 gr/dl, alteración del estado hemodinámico que ameritó múltiples hospitalizaciones con hemotransfusiones de hasta 6 concentrados eritrocitarios. Se realizó una panendoscopia y una colonoscopia que no revelaron la causa de hemorragia. Se le administró una Cápsula endoscópica encontrando hemorragia activa en yeyuno proximal, secundaria a una lesión tumoral con presencia de puntillito blanquecino en la superficie la cual fue observada en tiempo real y corroborada una vez descargada la grabadora en la computadora. Por este motivo, se realizó el mismo día una enteroscopia de doble balón encontrando una lesión elevada con puntillito blanquecino que ocupa toda la circunferencia de la pared intestinal con presencia de sangrado activo de aproximadamente 3 cm de diámetro a nivel de yeyuno medio. Se realizó hemostasia satisfactoria con adrenalina y plasma de argón. Se tatuó con tinta china y pasó a laparotomía exploradora con resección intestinal y enteroentero anastomosis. El hallazgo quirúrgico fue un Tumor yeyunal a 90 cm del Ángulo de Treitz, con reporte histopatológico de Hemolinfangioma mesentérico ulcerado de 8 cm de diámetro mayor, con infiltración a la pared yeyunal y bordes libres de neoplasia. La paciente fue egresada por mejoría 5 días después de las intervenciones. Tras tres meses de seguimiento la paciente se encuentra asintomática. **Discusión:** Los hemangioliangiomas o hemolinfangiomas son lesiones vasculares en las que se combinan vasos sanguíneos y linfáticos. Aunque clásicamente eran conocidos como tumores benignos actualmente se consideran lesiones disembioplásticas, esto es, tumores de origen embrionario. **Conclusión:** Los hemolinfangiomas mesentéricos con invasión intestinal son lesiones poco comunes y su asociación a hemorragia de intestino medio es aún menos descrita.

## GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (GEP) EM PACIENTES PEDIÁTRICOS ONCOLÓGICOS

Adour, C 1; Dodsworth, M 1; Nielsen, G 1; Gurgel, R 1; Dardengo, R 1; Barroso, L 1; Ayres, AC 1; Lisboa, RS 1; Mello, G 1; Pelosi, A 1; Mansur, G 1; Guaraldi, S 1; Ferreira, MA 1; Ribeiro, TC 1.

1 - Seção de Endoscopia Digestiva do Hospital do Câncer I, Instituto Nacional de Câncer (INCA), Rio de Janeiro, Brasil.

### Introdução:

GEP é um procedimento que visa oferecer acesso alimentar prolongado para pacientes com trato gastrointestinal íntegro e funcional, porém com impossibilidade ou dificuldade de deglutição. Em serviços de oncologia pediátrica, a GEP é mais frequentemente indicada para crianças com neoplasias do SNC e de cabeça e pescoço. Apesar de já ser claramente estabelecido, na prática clínica diária, como método efetivo e seguro para obtenção de acesso enteral, poucos trabalhos, na literatura, abordam especificamente a realização de GEP em crianças com câncer.

### Objetivos:

Descrever os aspectos demográficos, patologia de base, complicações e desfechos da GEP em uma coorte de crianças com câncer.

### Metodologia:

Estudo retrospectivo dos procedimentos de GEP realizados em crianças portadoras de doença neoplásica, na Seção de Endoscopia Digestiva do HC I / INCA, entre dezembro de 2008 a abril de 2014.

### Resultados:

No período do estudo, um total de 34 crianças foram submetidas a GEP. A média de idade foi de 7,85 anos (variação de 0,5 a 14,16 anos). Dezoito crianças (52%) eram do sexo masculino. As patologias oncológicas de base foram neurológicas em 25 casos (73,5%), de cabeça e pescoço em 7 casos (20,6%) e hematológicas em 2 casos (5,9%). Onze dos pacientes (32%) tiveram algum tipo complicação, incluindo infecção do estoma em 4 (11,7%), dor local em 4 (11,7%), sangramento em 2 (5,8%), sepultamento do retentor interno em 1 (2,9%) e fistula gastrocolocutânea em 1 (2,9%). O tempo médio de permanência com a sonda foi de 37 semanas (variação de 1,6 a 160,8 semanas). Ao final do estudo, 15 pacientes evoluíram para óbito (44%), 13 continuavam com a sonda em uso (38,2%), 4 retiraram a sonda após o tratamento (11,7%), e em 2 casos houve perda do seguimento (5,8%).

### Conclusão:

A GEP é um procedimento seguro e eficaz para fornecimento de acesso nutricional enteral em crianças portadoras de doença neoplásica. As complicações geralmente são classificadas como menores e de tratamento não invasivo.

## SEGUIMENTO DE LONGO PRAZO DA PAPILECTOMIA ENDOSCÓPICA (PE) EM PACIENTES COM ADENOCARCINOMA DA PAPILA DUODENAL MAIOR

Costa, MS 1; Borges, IKLC 1; Maymone, MP 1; Ney, MVS 2; Ardengh, JC 3; K, R 4; Santos, JS 4; Cavalca, MJL 1; Freitas, BS 5.

1 - Hospital Nove de Julho/ Hospital Ipiranga; 2 - Hospital das Clínicas de Goiania; 3 - Hospital Nove de Julho/ Hospital das Clínicas da Faculdade de Ribeirão Preto; 4 - Hospital das Clínicas da Faculdade de Ribeirão Preto; 5 - Hospital Nove de Julho. Brasil.

**Introdução:** A Papilectomia Endoscópica (PE) ainda é um procedimento controverso para tratar o adenocarcinoma da papila duodenal. Hoje em dia o tratamento de escolha é a duodenopancreatocetomia. **Objetivos:** O objetivo desse estudo transversal e multicêntrico foi estabelecer os parâmetros de tratamento endoscópico do tumor de papila duodenal maligno em um grupo restrito de doentes. **Métodos:** No período de Janeiro de 2008 a junho de 2014, 54 pacientes foram encaminhados para serem submetidos a PE após o estadiamento pela ecoendoscopia. Analisou-se a ocorrência de eventos adversos, recidivas e os resultados do seguimento médio de 21,3 (3-96) meses. Foram incluídos aqueles cujo diagnóstico final foi adenocarcinoma, adenoma com displasia de alto grau ou carcinoma neuroendócrino. **Resultados:** A biópsia endoscópica fez o diagnóstico de malignidade em 45% (20/54) dos casos. A maioria (13/20 - 65%) possuía icterícia no momento do exame. O total de pacientes que preencheram os critérios de inclusão foi de 20, sendo 15 com o diagnóstico histológico de adenocarcinoma, três com carcinoma neuroendócrino e dois com adenoma com displasia de alto grau. A ressecção foi completa em 18/20 (90%). Ocorreram eventos adversos em 7/20 (35%), sendo sangramento o mais frequente (3/20 - 15%), seguido pela pancreatite aguda (2/20 - 10%). A principal indicação para a cirurgia foi o diagnóstico final do produto da PE e presença de comprometimento da margem lateral e profunda da lesão. Do total de pacientes selecionados, 14 (70%) mantêm acompanhamento e não possuem qualquer sinal da doença. Foram submetidos ao tratamento cirúrgico seis (30%) pacientes, e destes, três apresentavam lesão residual (1 com pT1 e 2 com pT3) e nódulos linfáticos metastáticos na peça operatória (1 com pTxN1 e 2 com pT3N1). **Conclusão:** A PE é um procedimento seguro e eficaz. A presença de comprometimento das margens de ressecção profunda e lateral foram determinantes para a indicação da cirurgia. Para melhor otimizar a abordagem dos carcinomas de papila duodenal maior por via endoscópica, deve-se contar com uma seleção diligente dos pacientes, centros de referências e equipe especializada.

### ANÁLISE PROSPECTIVA E COMPARATIVA DA TOLERABILIDADE E PRECIPITAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS (EA) DA ECOENDOSCOPIA (EE) DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

Costa, MS 1; Rosa, FM 1; Chaves, IKL 1; Maymone, MP 1; Ardengh, JS 2; Miconi, D 2; Pardal, JC 2; Reis, J 2; Ribeiro, HS 2; K, R 3; Santos, JS 3. 1 - Hospital Nove de Julho/ Hospital Ipiranga. Brasil. 2 - Hospital Nove de Julho. Brasil. 3 - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Brasil.

**Introdução:** A EE é procedimento de alta complexidade e faz parte da rotina. Ela é segura, mas pode apresentar EA. **Objetivo:** Coletar prospectivamente dados referentes à segurança dos pacientes submetidos à EE e avaliar a ocorrência de EA e taxa de mortalidade em relação à EED e EET. **Método:** De Março de 1992 a Abril de 2014 foram coletados prospectivamente os resultados de 11.229 pacientes; 8549 submetidos à EED e 2680 à EET. Foram excluídos os pacientes onde não foram obtidos os resultados do seguimento em relação aos EA e mortalidade. Analisamos a ocorrência, tipo de EA e a taxa de mortalidade. **Resultados:** Vinte e oito pacientes (0,24%) apresentaram EAs relacionados à EE e 5 (0,04%) morreram. Não houve diferença estatística significativa entre a taxa de EAs e de mortalidade para a EED e EET. Quatro pacientes morreram após a ocorrência de perfurações, durante EED (4) e EET (1) ( $p < 0,005$ ). O número total de EA foi de 28 [perfuração 10 (37,9%), Sangramento 8 (27,5%), pancreatite aguda 7 (24,1%), Broncoaspiração 2 (6,89%) e coleperitônio 1 (3,44%)]. O EA mais comum foi a perfuração que ocorreu durante a EE diagnóstica em 6 (0,07%) e terapêutica em 4 (0,14%). A PA ocorreu sempre após a punção com agulha fina em pacientes com neoplasia cística do pâncreas. Os EAs ocorreram com maior frequência durante procedimentos diagnósticos 18/28 (0,21%) e destes a EES-PAAF foi o procedimento com maior número de eventos adversos 11/18 (0,45%). A EET apresentou 10/28 (0,37%) complicações sendo que 80% deles durante a drenagem/necrosectomias ecoguiadas (8). A taxa de mortalidade foi maior em procedimentos diagnósticos (4/5) que terapêuticos (1/5) ( $p < 0,005$ ). **Conclusão:** A EE é um procedimento diagnóstico e terapêutico seguro, com taxa de complicação comparável à da endoscopia digestiva alta (EDA). A avaliação da condição clínica do paciente, a análise pormenorizada da indicação e o conhecimento das contraindicações, são fundamentais para aumentar a segurança e a eficácia do exame. Um processo construtivo de qualidade e segurança, deve ser implementado em todos os serviços que realizam EED e EET.

## EP-002

### LINFOMA NÃO-HODGKIN DE CÓLON: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEGUIMENTO POR COLONOSCOPIA - RELATO DE CASO

Lopes, ML 1; Borges, IKLC 1; Costa, MS 1; Neto, AR 1; Hybner, LS 1; Degiovani, M 4; Parada, AA 1; Rodriguez, TN 1; Cavalca, MJL 1. 1 - Hospital Nove de Julho/ Hospital Ipiranga. Brasil. 2 - Hospital Nove de Julho. Brasil.

**Introdução:** Linfoma não-Hodgkin de cólon é doença rara. As publicações utilizam classificações patológicas, abordagens de diagnóstico e tratamento antigas, sem muitos avanços. **Objetivo:** Relatar caso de linfoma não-Hodgkin (MALT) de cólon diagnosticado e ressecado por colonoscopia, com exame de controle anual com recidiva da lesão após quatro anos. **Relato de caso:** Paciente MLPP, 72 anos, sexo feminino. Em 2010, iniciou investigação para queixa de "dor anal 2 vezes ao ano com início em 2006". Na oportunidade, realizou pesquisa de sangue oculto nas fezes que foi positivo. A ultrassonografia de abdome total (06/01/2010) demonstrou exame dentro dos limites da normalidade. Na colonoscopia (25/02/2010) foi evidenciado doença diverticular em cólon esquerdo e pólipos subpediculados em cólon descendente (superfície lisa, sem ulceração, coloração avermelhada, fundo levemente amarelado de 15 mm de diâmetro). Na ocasião, foi realizada excisão com alça diatermia após injeção de solução de adrenalina com vasoconstritor. O resultado da anátomo-patológico foi de Linfoma não-Hodgkin. Na imunohistoquímica confirmou-se linfoma não-Hodgkin do imunofenótipo tipo B, de baixo grau proliferativo, mais provavelmente de zona marginal extranodal (MALT). Após quatro meses, a paciente realizou nova colonoscopia identificando doença diverticular do cólon esquerdo, sem demais alterações. A radiografia do tórax mostrou lesão pulmonar tendo sido realizadas biópsias que foram negativas para linfoma. A paciente realizou tratamento com azitromicina por dez dias com redução da lesão. Em fevereiro de 2012, nova colonoscopia de controle foi realizada e foi observado apenas doença diverticular dos cólons. Desta forma, optou-se por seguimento colonoscópico anual. Ainda em 2012, foi realizada Tomografia Computadorizada de abdome e tórax e Tomografia por Emissão de Pósitrons acoplada a Tomografia Computadorizada (PET-CT) sem evidências de alterações e punção medular duas vezes a cada seis meses, que também foram negativas. Em consenso com oncologista, optou-se por realizar apenas acompanhamento sem terapia adjuvante. O exame colonoscópico de controle realizado em maio de 2013 demonstrou doença diverticular dos cólons e cicatriz em cólon descendente. **Conclusão:** O Linfoma não-Hodgkin de cólon ainda é considerado raro e precisa de mais estudos para poder estabelecer a melhor conduta de tratamento. Sabe-se que o linfoma de células B é geralmente agressivo e o seu diagnóstico é frequentemente tardio. Sendo assim, está a importância de um exame de colonoscopia para realização do diagnóstico precoce com intuito de prevenção de complicações (por exemplo, perfurações). O tratamento com quimioterapia pode aumentar as chances de sobrevida e, a hemicolectomia eletiva deve ser avaliada para a possibilidade de prevenção de perfurações colônicas, sendo assim faz-se necessário mais estudos prospectivos.

## EP-001

### HISTOPLASMOSIS COLONICA. REPORTE DE UN CASO

Fracchia, JC 1; Jacobino, LG 1; Coppola, D 1; Ladux, M 1; Mimura, H 1; Fuggaza, L 1; Gonzalez Morandiera, C 1; Falbo, C 1; Cuda, L 1; Aguilar, C 1; La Forgia, M 1; Forasiépi, R 1. 1 - HIGA Pedro Fiorito. Argentina.

**Introducción:** La Histoplasmosis es una enfermedad micótica generalizada causada por el *Histoplasma Capsulatum*; es un hongo dimórfico endémico en América y Asia, que prolifera en la tierra enriquecida con heces de murciélago y aves. La infección ocurre por inhalación de las conidias y está confinada inicialmente al aparato respiratorio.

**Caso Clínico:** Paciente masculino de 53 años que ingresa por pérdida de peso mayor a 20 kg, heces oscuras mal olientes de 1 año de evol. e intolerancia a la ingesta y deshidratación moderada. No refiere antecedentes patológicos.

**Exámen físico:** Pálidez de piel y mucosas, con signos de deshidratación, se observa en cara y cuello lesiones nodulares duroelásticas. T. R: heces melánicas. Resto sin particularidades.

**Laboratorio:** Hto 34.5, Hb 10.6, Vcm 79.9, Leu 4.4, linf 14.5%, Ferremia 9, Resto Sp. Anemia microcítica hipocrómica. Se realiza veda y vcc. Con Videoesoscopios marca Fujinon.

**VEDA:** Candidiasis esofágica. Antropatía erosiva

**VCC:** TR. Esfínter normotónico, ampolla rectal libre. Hasta ciego. Se observa a nivel de colon ascendente, lesión deprimida con fondo fibrinoso de 2.5 cm diam. con bordes mame-lonados en forma de roseta. (Paris IIC-IIA). Se Biopsia. ID. Lesión deprimida colónica de características atípicas a correlacionar con AP.

**AP:** Mucosa colónica que presenta a nivel de la lamina propia numerosos histiocitos espumosos que presentan en su interior microorganismos Pas positivos, se observa además ulceración mucosa e infiltración leucocitaria. Hallazgos vinculables a HISTOPLASMOSIS. Serologías: HISTOPLASMOSIS Elisa 1/64 +, HCV +, HIV +, VDRL -, Toxoplasmosis IGG -, Chagas -, carga viral 640000 log 5.81 CD4: 7

**Tratamiento:** ATRV + fluconazol 100mg día, anfotericina 50mg día.+ tmp-smx.

Mejora los parámetros clínicos y hemodinámicos. Es dado de alta continuando en control por consultorios externos.

**Discusión:** Los pacientes con inmunosupresión severa (VIH) son susceptibles de desarrollar histoplasmosis diseminada, de los cuales más del 75% tienen enfermedad del tubo digestivo. La incidencia de histoplasmosis en pacientes con SIDA es de 3-12%. Los pacientes presentan fiebre, pérdida de peso y diarrea (60-65%), dolor abdominal, hematoquezia, melena, proctalgia, obstrucción y perforación (4-56%). En el tubo digestivo, el órgano mayormente afectado es el Colon (80%), Intestino delgado (24%) y por último el esfago (4%). Los hallazgos endoscópicos que pueden encontrarse son: lesión tumoral (45%), úlceras (32%), eritema, edema (9%) y pólipos múltiples o lesiones nodulares (9%).

**Conclusión:** Debemos tener en cuenta que ante un paciente inmunodeprimido, es posible el diagnóstico de esta entidad poco frecuente, que presenta similitudes clínica y endoscópicas a una neoplasia.

## EP-003

### ASSESSING QUALITY INDICATORS IN SCREENING COLONOSCOPY: DOES THE ENDOSCOPIST SPECIALTY AND TECHNIQUE CARE?

Omodeo, M 1; Pereyra, L 1; Luna, P 1; Gómez, EJ 1; González, RA 1; Guckenheimer, S 1; Requena Alcivar, FJ 1; Galván, M 1; Peczan, CE 1; Lencinas, S 1; Bun, M 1; Rotholz, NA 1; Pedreira, SC 1; Cimmino, DG 1; Boerr, LA 1. 1 - Hospital Alemán. Argentina.

**Introduction:** Colonoscopy is the gold standard for colorectal cancer (CRC) screening and success depends on colonoscopy quality. Many factors influence on quality and outcomes in colonoscopy. The relationship between endoscopist specialty and different techniques with colonoscopy quality has not been examined. **Objective:** To compare quality indicators in screening colonoscopy carried out by different endoscopist specialty and by using different techniques. **Methods:** Single center observational retrospective study was performed. Screening colonoscopy and histopathology reports were analyzed from June 2012 to July 2013. Patients (age, gender and bowel preparation) and colonoscopy characteristics (cecal and terminal ileal intubation, adenoma detection rate [ADR], adenoma per colonoscopy [APC], sessile serrated adenoma [SSA] detection rate, complete colonoscopy report and complications) were gathered. The process of assessing quality indicators was stratified by: 1) Endoscopist specialty (gastroenterologist vs. colorectal surgeons) and 2) endoscopy technique (one-operator vs. two). Chi Square test and T Student test were used to compare categorical and continuous variables. Risk was measured in odds ratio (OR) and its corresponding confidence intervals 95% (CI). A p value  $\leq 0.05$  was considered statistically significant.

**Results:** A total of 1245 patients were included. The median age was 60 (32-87) years and 49% were men. Overall cecal intubation rate was 96%, terminal ileal intubation was performed in 257/1245 (21%) colonoscopies. ADR was 19%; 21% in men and 16% in women ( $p < 0.01$ ). Advanced neoplastic lesions (ANL) was detected in 51/1245 colonoscopies (4%). APC rate was 0.25 (0.20 in women and 0.28 in men). SSA detection rate was 3%. One patient (0.08%) had postpolypectomy bleeding. Colonoscopies performed by gastroenterologist achieved higher rates of cecal intubation (99% vs 94%  $p < 0.00$  OR 6.10 IC 2.47-16.05), ileal intubation (36% vs. 9%  $p < 0.00$  OR 5.91 IC 4.25- 8.23) and complete colonoscopy report (polyp size, localization, morphology and pit pattern) (58% vs 29%  $p < 0.00$  OR 69.81 IC 23.55-232.32). One operator technique had better performance regarding cecal intubation rate (99% vs. 93%  $p < 0.00$  OR 6.98 IC 2.81-18.44) and ileal intubation rate (36% vs. 9%  $p < 0.00$  OR 5.41 IC 3.84-7.62). There were no significant differences in ADR, APC and SSA detection rate between gastroenterologist and surgeons and between 1 operator technique vs. 2 ( $p > 0.05$ ). **Conclusion:** Even though our data suggest that endoscopist specialty and technique were associated with different colonoscopy quality performance, there were no significant differences in ADR and SSA detection.

### CARACTERÍSTICAS DE LESIONES METACRÓNICAS DE COLON EN OBESOS

Lasa, JS 1; Gándara, S 1; Spallone, L 1; Chaar, E 1; Gallo, N 1; Buenavida, C 1; Cádiz, C 1; Trelles, F 1; Leibovich, N 1; Di Paola, L 1; Viscardi, J 1; Caniggia, D 1; Villarroel, M 1; Curvale, C 1; Ahumada, MC 1; Berman, S 1; Zagalsky, D 1.  
1 - Instituto Quirúrgico del Callao. Argentina.

**INTRODUCCION:** Evidencia previa ha sugerido un vínculo entre la obesidad y el riesgo de cáncer colorrectal. Asimismo, se ha sugerido que la obesidad incrementa el riesgo de desarrollo de adenomas proximales, determinando un patrón de riesgo de adenomas distintivo. La evidencia relativa a la asociación entre la obesidad y el riesgo de adenomas metacrónicos es escasa.

**OBJETIVOS:** Comparar la prevalencia de adenomas metacrónicos y sus características entre sujetos obesos y no obesos

**MATERIALES Y METODOS:** Se evaluaron en forma prospectiva a sujetos adultos sometidos a una colonoscopia por vigilancia post-polipectomía entre agosto del 2012 y octubre del 2013. Se registró la fecha de la última colonoscopia. Se definió obesidad de acuerdo a un índice de masa corporal mayor a 30. Se comparó la prevalencia de lesiones adenomatosas metacrónicas entre sujetos con y sin obesidad. Se compararon las variables categóricas utilizando el test de chi cuadrado. Se calcularon los Odds Ratio con sus correspondientes intervalos de confianza del 95%. Para la comparación de variables numéricas, se utilizó el test t de Student. Se realizó un análisis multivariado siguiendo un modelo de regresión logística.

**RESULTADOS:** En total se enrolaron 652 sujetos. El 30% tenía antecedentes de por lo menos una lesión adenomatosa avanzada previa. La mediana de tiempo de vigilancia endoscópica fue de 30.9 meses. La obesidad fue significativamente más prevalente en sujetos con lesiones metacrónicas (35.89% vs 23.63%, p 0.03). En el análisis multivariado, la obesidad [OR 1.7 (1.01-2.9)] y la edad [OR 1.02 (1-1.05)] se asociaron en forma independiente con la presencia de lesiones metacrónicas adenomatosas. La obesidad se asoció asimismo con mayor prevalencia de adenomas en colon derecho [OR 1.7 (1.1-2.5)] y con la prevalencia de adenomas avanzados [OR 1.65 (1.01-2.8)]. Este riesgo fue significativamente mayor en varones y en sujetos con antecedentes familiares de cáncer colorrectal.

**CONCLUSION:** La obesidad se asoció a un riesgo incrementado de adenomas metacrónicos en colonoscopias de vigilancia. Esta población presentó asimismo un riesgo incrementado de lesiones en colon derecho y lesiones avanzadas.

### TASA DE DETECCIÓN DE LESIONES PLANAS COMO INDICADOR DE CALIDAD EN COLONOSCOPIA

Lasa, JS 1; Berman, S 1; Spallone, L 1; Chaar, E 1; Buenavida, C 1; Gallo, N 1; Cádiz, C 1; Gándara, S 1; Trelles, F 1; Di Paola, L 1; Leibovich, N 1; Viscardi, J 1; Caniggia, D 1; Ahumada, MC 1; Villarroel, M 1; Curvale, C 1; Zagalsky, D 1.  
1 - Instituto Quirúrgico del Callao. Argentina.

**INTRODUCCION:** Las lesiones planas de colon pueden ser difíciles de identificar y podrían ser una causa importante de cáncer colorrectal de intervalo. Dado que una evaluación más exhaustiva de la mucosa colónica debería facilitar la mayor detección de este tipo de lesiones, la tasa de detección de lesiones planas podría correlacionarse con la tasa de detección de adenomas y comportarse como un marcador de calidad en colonoscopia.

**OBJETIVOS:** Determinar la correlación entre la tasa de detección de lesiones planas con las tasas de detección de pólipos y adenomas

**MATERIALES Y METODOS:** Sujetos mayores de 18 años sometidos a pesquiza de cáncer colorrectal mediante colonoscopia fueron enrolados entre agosto de 2012 y marzo del 2013. Aquellos pacientes que requirieron colonoscopia por otras razones o con antecedentes personales de neoplasias de colon fueron excluidos. Se registraron las lesiones polipoideas y planas encontradas. Se definió como lesión plana a aquellas que correspondieran a la categoría II de la clasificación de París. De acuerdo a los resultados histopatológicos, las siguientes determinaciones fueron estimadas: tasa de detección de lesiones planas, tasa de detección de pólipos y tasa de detección de adenomas. Se utilizó el test de Spearman para estimar el grado de correlación entre las mismas.

**RESULTADOS:** Doce endoscopistas experimentados realizaron 2138 colonoscopias durante el período mencionado. Unas 1162 lesiones fueron identificadas, de las cuales 17.38% fueron planas. La tasa de detección de lesiones planas fue del 4.1% y las tasas de detección de pólipos y adenomas fueron del 30 y 18%, respectivamente. Una correlación significativamente fuerte se encontró entre la tasa de detección de lesiones planas y la de adenomas (r 0.87, p<0.001). Sujetos con por lo menos una lesión plana presentaron un mayor índice de masa corporal; de la misma manera, las lesiones planas se encontraron más frecuentemente en colon derecho, a diferencia de las lesiones polipoideas.

**CONCLUSION:** La tasa de detección de lesiones planas se correlacionó bien con la tasa de detección de adenomas. Este parámetro podría ser utilizado como un indicador de calidad en colonoscopia.

### MELANOMA PRIMARIO DE RETO – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Hurtado, R 1; Marques, LM 1; Alves, LA 1; João, J 1; Martins, MP 1; Grecco, E 1; Cherter, E 1.  
1 - Hospital Estadual Mario Covas. Brasil.

**Introdução:** Melanoma maligno (MM) é a neoplasia que com maior frequência metastatiza para o tubo digestivo, principalmente para o intestino delgado e mais raramente para o cólon. O melanoma primário do trato digestivo é muito raro, sendo descritos casos de acometimento de reto, esôfago e vesícula biliar. Apresentaremos o caso clínico de uma paciente com MM primário de reto. **Caso Clínico:** Paciente de 82 anos, feminina, vem ao ambulatório de Endoscopia para realizar Colonoscopia em virtude de investigação de quadro de anemia normocítica-normocrômica e tenesmo. Durante o exame foi encontrado distando aproximadamente 3cm da borda anal, lesão hiperpigmentada escurecida, ovalada, de superfície aveludada, medindo cerca de 8mm. Realizadas biópsias que confirmaram o diagnóstico de Melanoma Maligno de Reto. **Discussão/Conclusão:** Em resumo, os casos de melanoma maligno primário do trato gastrointestinal são uma condição rara, devido a ausência de melanoblastos neste sistema. A diferenciação entre um MM primário ou metastático é difícil e controversa, porém em casos de focos únicos no trato digestivo sem outras lesões e sobrevida de 12 meses podemos caracterizar como sítio primário (uma vez que a sobrevida do MM de 12 meses em casos de metástases é extremamente rara).

### VALOR PREDICTIVO DE LOS SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER COLORECTAL

Tobal, F 1; Tobal, D 1; Laguzzi, J 1; Baldoma, V 1.  
1 - G.E.N.B.A. Argentina.

**INTRODUCCION** La presencia de signos y síntomas de alarma sugestivos de cáncer colorrectal indican la necesidad de realizar estudios endoscópicos para descartar patología maligna. Sin embargo, el valor diagnóstico de los signos y síntomas de alarma no es del todo claro.

**OBJETIVO** Evaluar el valor predictivo de los síntomas de alarma en el diagnóstico de cáncer colorrectal.

**M/M** Fueron incluidos consecutivamente todas aquellas personas derivadas a nuestro servicio para la realización de endoscopia digestiva baja entre Octubre de 2006 y Junio de 2014 con síntomas sugestivos de patología maligna del tracto gastrointestinal. Se definió operativamente síntomas de alarma a la hematoquezia y anemia por déficit de hierro

**RESULTADOS** Sobre un total de 12.961 estudios realizados, fueron incluidos 1637 pacientes adultos (F/M 900/737, edad media (± DE) 57.4 años (±15.5)). Ciento sesenta y un pacientes tenían cáncer colorrectal (M/F 105/56, edad media (± DE) 66.8 años (rango 22-87)). El valor predictivo positivo global de los síntomas de alarma fue de 9.8%.

El cáncer colorrectal fue hallado en 104 de 1076 pacientes con hematoquezia (VPP 9.6%, VPN 90%, Sensibilidad 64% Especificidad 30%) y en 57 de 561 pacientes con anemia (VPP 10%, VPN 90%, Sensibilidad 35% Especificidad 12%). La prevalencia fue de 14% en los hombres y de 6% en las mujeres.

Los hallazgos en los restantes pacientes fueron: sin lesión orgánica en 43,8%, pólipos reseables endoscópicamente en 20%, divertículos en 35%, enfermedad inflamatoria intestinal en 5.4%, angiodisplasias de colon derecho en 3.4% y colitis isquémica en 1% de los pacientes.

**CONCLUSIONES** En nuestro estudio, uno de cada diez pacientes con signos y síntomas de alarma presentaron cáncer colorrectal. En concordancia con la bibliografía internacional, la hematoquezia es el síntoma más frecuentemente asociado a patología maligna. La mayor prevalencia observada en el sexo masculino podría ser debido a su menor adherencia a las estrategias de prevención.

### COLONOSCOPIA VESPERTINA. CALIDAD EN LA PREPARACION DEL COLON

Rodríguez Zuramay, C1; Perez, H 1; Dautant, M 1; Olmos, I 1.  
1 - Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. Venezuela.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia del inicio de la preparación del colon el mismo día del estudio, en comparación con su inicio el día previo en pacientes entre 18 y 80 años; que fueron sometidos a colonoscopia en horario vespertino. **Métodos:** Se realizó un ensayo clínico controlado, prospectivo, comparativo, transversal y ciego. La población estuvo conformada por los pacientes que acudieron al hospital Dr. Miguel Pérez Carreño en el período entre abril y septiembre de 2013, se tomó una muestra que fue distribuida en dos grupos de 40 pacientes cada uno, grupo A: pacientes que iniciaron preparación del colon en la mañana del estudio grupo B: pacientes que iniciaron preparación un día previo al estudio. **Resultados:** Se estudiaron en total 80 pacientes distribuyendo 40 en cada grupo. La calidad de preparación del colon según la escala de Boston respecto a la visibilidad global fue grupo A de 8 puntos y grupo B de 5 puntos ( $p = 0,000$ ). Con respecto al diagnóstico de patologías, se pudo observar que las más frecuentes en ambos grupos fueron los pólipos 29,82% grupo A 33,3% grupo B, hemorroides grupo A 19,29% grupo B 31,48%, diverticulosis 14,03 % grupo A y 22,02 % grupo B, angioectasias 17,54 % grupo A vs 3,7% grupo B y lesiones precoces 8,7 grupo A 1,85 % grupo B, otros 8,77 grupo A 7,4% grupo B. En el grupo A se logró culminar todas las colonoscopias y en 19,7% del grupo B no se culminó la misma por mala preparación ( $p = 0,002$ ) **Conclusión:** La calidad de preparación en estudios vespertinos mejora al iniciar la misma el día del estudio.

### ADENOMAS COLORRECTALES AVANZADOS Y ADENOMAS ASERRADOS: ESTUDIO DE PREVALENCIA

Garcete, JA 1; Ibieta, FG 1; González, JG 1; Recalde, AC 1.  
1 - Hospital Central de IPS. Paraguay.

**Introducción:** El cáncer colorrectal es una neoplasia muy frecuente a nivel mundial, ocupa el segundo lugar de las muertes por cáncer en Norteamérica. Los adenomas colorrectales son ampliamente aceptados como lesiones precursoras de cáncer. El concepto de adenomas avanzados se refiere a los que tienen mayor probabilidad de desencadenar un cáncer y se basa en criterios de tamaño y grado de displasia, los adenomas aserrados son lesiones recientemente reconocidas, que tendrían similar potencial de malignización que los adenomas avanzados. **Objetivos del estudio:** Determinar la prevalencia de adenomas avanzados y adenomas aserrados en pacientes que acudieron al servicio de endoscopia del H.C.I.P.S entre enero y marzo del 2013. – Describir los factores demográficos asociados y localización anatómica. **Diseño metodológico:** Estudio transversal observacional descriptivo retrospectivo. **Población:** Pacientes adultos de que se realizaron colonoscopias en el servicio de endoscopia digestiva del H.C.I.P.S en el tiempo estipulado, con colonoscopias completas (hasta el ciego). La relevancia del trabajo radica en que se trata de obtener datos estadísticos sobre dos conceptos relativamente nuevos como son los adenomas colorrectales avanzados y los adenomas aserrados, intentando validar que los segundos son preponderantes en el colon derecho, secundariamente se obtendrán datos porcentaje de detección de pólipos dato muy importante para determinar el estándar de calidad de las colonoscopias de un servicio. **Resultados:** Quedaron incluidos en el estudio 749 pacientes, 485 mujeres y 264 varones, con una media de 58 años y una moda de 72 años. Del total de pacientes, 155 presentaban pólipos, lo que equivale a una tasa de detección de pólipos de 20,6%, (60 % mujeres y 40 % varones). La prevalencia de adenomas avanzados fue del 4,27% y adenomas aserrados 0,4 %. Los adenomas avanzados fueron más frecuentes en colon izquierdo y los adenomas aserrados fueron encontrados exclusivamente en el colon derecho. **Conclusión:** la tasa de detección de pólipos de nuestro servicio (20,6 %) es ligeramente inferior a la ideal de la región (25 %). La prevalencia de adenomas avanzados es de 4,27 y 0,4 %; Resultados ligeramente inferiores a otros países de la región, lo que nos obliga a optimizar nuestros métodos de detección y diagnóstico anatomopatológico de estas lesiones. **Palabras clave:** Adenomas colorrectales avanzados – adenomas aserrados – cáncer colorrectal.

### ESTUDIO COMPARATIVO DEL STENT COLÓNICO VERSUS LAPAROTOMÍA EN EL TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL AGUDA POR CÁNCER COLORRECTAL

Castaño, R 1; Alvarez, O 2; Lopera, J 3; Puerta, JD 4; Ruiz, MH 5; Ruiz, LM 6; Alvarez, A 6; Restrepo, D 7.

1 - Grupo de Gastrohepatología - Universidad de Antioquia. Instituto de Cancerología, Medellín-Colombia; 2 - Director Gastroenterología VA Texas Valley Coastal Bend. HArlingen, Tx; 3 - Radiólogo Intervencionista. Universidad de Texas, San Antonio, Tx; 4 - Clínica Las Américas; 5 - Pablo Tobón Uribe; 6 - Universidad Pontificia Bolivariana; 7 - Universidad CES, Medellín, Colombia.

**OBJETIVO:** La obstrucción por cáncer colorrectal (CCR) es una entidad frecuente y con importante morbilidad y mortalidad. El uso de stent colónicos aparece como una buena alternativa y pueden usarse con carácter paliativo o como una terapia puente para facilitar una única y definitiva cirugía. El objetivo del presente estudio es comparar el uso de los stents con la cirugía en los pacientes con obstrucción maligna colorrectal en términos de necesidad de ostomías, morbimortalidad y sobrevida.

**MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo donde se analizaron retrospectivamente los datos recogidos de una cohorte de 103 pacientes registrada en una base de datos para tal fin, divididos en cuatro grupos: Un grupo a quienes se les colocó stent colónico y posteriormente se llevó a cirugía electiva (SCX, n=26), otro grupo llevado a cirugía convencional (CXC, n=30), y los otros dos grupos con pacientes en fase avanzada de la enfermedad, unos a quienes sólo se les colocó stent paliativo (SP, n=24) y otros llevados a cirugía con intención paliativa (CP, n=23). Se establecieron comparaciones entre los grupos y se realizó una descripción de los hallazgos más relevantes.

**RESULTADOS:** Hubo éxito técnico en 90.0% y éxito clínico en 82.0% de los grupos con stents. Se presentaron dos perforaciones asociadas al stent (8.3%) en el grupo SP y ninguna en el grupo SCX. Hubo migración del stent en tres pacientes (11.5%) del grupo SCX y en tres (12.5%) del grupo SP. Se encontró una sobrevida global del 42.7%, siendo más baja en los grupos SP y CP con 4.2% y 34.8% respectivamente. Hubo menos necesidad de ostomías en el grupo SCX con cinco pacientes (19.2%) vs ocho (26.7%) del grupo CXC, sin relevancia estadística, la cual sí se observó al comparar la necesidad de ostomías entre los grupos de CXC y CP con ocho (26.7%) y 15 (65.2%) pacientes respectivamente ( $P < 0.05$ ). Hubo alivio en el grupo SCX en 22 pacientes (84.6%) y solo en 18 del grupo CXC (60%) con diferencia estadísticamente significativa ( $P = 0.042$ ). La estancia hospitalaria fue menor en los grupos manejados con stent (SCX y SP) con promedio de 4 días (0-9 días) para cada uno. En 30 pacientes se requirió al menos una reintervención en el grupo CXC, en nueve (39.1%) del grupo CP y 8 en el grupo de los stents.

**CONCLUSIÓN:** El uso de los stents colorrectales con intención paliativa o como terapia puente preoperatoria tiene baja morbilidad, y evita en ocasiones una colostomía temporal o definitiva. Permite que se eviten cirugías en pacientes con enfermedad avanzada y minimiza las ostomías en comparación con los pacientes operados paliativamente, además de que tienen menor estancia hospitalaria. Sin embargo, se necesitan estudios prospectivos que aclaren cuál es el verdadero papel de los stents en la patología obstructiva colorrectal maligna.

### EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE HEMORRAGIA DIGESTIVA DEL HNERM EN PACIENTES EN LA DÉCIMA DÉCADA DE LA VIDA. AYALA E ET AL. HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS (HNERM). LIMA. PERÚ

Ayala, E 1; Ichivanagui Rodríguez, C 1.  
1 – HNERM. Perú.

**INTRODUCCION:** Cada vez la sobrevida de los pacientes es mayor, los que a su vez tienen pluripatologías incrementándose con la edad, la hemorragia digestiva constituye una complicación gastroenterológica en esta población, se reporta la experiencia en pacientes en la décima década de la vida.

**OBJETIVO:** Describir la experiencia de la Unidad de Hemorragia Digestiva (UHD) en pacientes mayores de 90 años, frecuencia, tipo, diagnóstico, tratamiento y mortalidad.

**MÉTODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo, incluyó pacientes con edad igual o mayor de 90 años (90-98 años) hospitalizados en la Unidad de Hemorragia Digestiva del HNERM en el periodo 01-01-12 al 31-12-13. Se empleó Stata 10.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 46 pacientes representando el 4% de los ingresos a UHD, 57% mujeres. El 9% presentó shock hipovolémico, más frecuente en hemorragia alta. La comorbilidad más frecuente fue hipertensión arterial. El tipo de sangrado más frecuente fue hemorragia baja, 70%. La causa más frecuente fue enfermedad diverticular de colon 86%; seguida de angiodisplasia de colon 19%, en 6 % no se pudo establecer causa. En sangrado alto la causa más frecuente fue úlcera péptica 50% siendo úlcera gástrica 86%, en ésta el estadio más frecuente fue Forrest IIa (50%). En igual porcentaje 14%, se encuentran vórices esofágicas, pólipos erosionados y esofagitis erosiva. El hematocrito promedio de ingreso fue de 25 % siendo más bajo en sangrado alto. La necesidad de transfusión fue de 2.6 paquetes globulares en promedio. Respecto a terapéutica el método más empleado en úlcera péptica fue inyectoterapia con adrenalina más termocoagulación (argón-plasma), éste último fue empleado en lesiones vasculares de colon. La mortalidad dentro de las primeras 72 horas fue 4%, una de ellas no relacionado a sangrado. Un paciente fue operado con el diagnóstico de angiodisplasia de colon.

**CONCLUSIONES:** La hemorragia digestiva es una complicación en pacientes mayores de 90 años, predominando en mujeres, el tipo más frecuente es hemorragia digestiva baja, siendo la causa principal enfermedad diverticular de colon; en hemorragia alta úlcera gástrica. El hematocrito promedio fue mayor en sangrado bajo. La mortalidad a las 72 horas y la necesidad quirúrgica fueron bajas.

### CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS DE LOS PÓLIPOS COLORRECTALES DIAGNOSTICADOS POR VIDEOCOLONOSCOPIA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

Dorribo, C 1; Coria, G 1; Bracone, H 1; Donatelli, M 1; Balasini, C 1; Jaroslavsky, MJ 1; La Via, J 1; Regnasco, S 1; Saá, E 1.  
1 - Hospital Pirovano, Argentina.

**Introducción:** Se denomina pólipo colorrectal (P) a todo tumor que protruye desde la pared colónica hacia la luz y su relevancia radica en que se trata de lesiones altamente prevalentes precursoras de cáncer colorrectal (CCR). La videocolonoscopia (VCC) es un procedimiento seguro y eficaz que reduce la incidencia y la mortalidad del CCR mediante la resección de los P detectados. **Objetivos:** determinar la prevalencia, características endoscópicas e histológicas de los P detectados mediante VCC y evaluar la relación entre tamaño de la lesión y el grado de displasia. **Materiales y métodos:** Estudio corte transversal, retrospectivo, descriptivo y observacional. **Inclusión:** Pacientes (pac) mayores de 18 años que requirieron VCC con resección de P desde el 01/01/10 hasta el 31/12/13. Se excluyeron pac con más de 5 pólipos y la enfermedad inflamatoria intestinal. Se evaluaron variables epidemiológicas, sitio anatómico, clasificación histológica de los P resecaados y grado de displasia con escala de Viena. Se dividió a los hallazgos en  $P < 10$  mm y se los comparó con los grados de displasia. Los resultados se expresan como media  $\pm$  desvío estándar y porcentajes. Para variables continuas se utilizó el TT y para comparar proporciones Test de chi-cuadrado. Una p menor de 0.05 se consideró como significativa. **Resultados:** se incluyó la información de 123 polipectomías, de las cuales 61% fueron en masculinos, edad promedio general  $59 \pm 11$  (M:60 $\pm$ 11 vs F:58 $\pm$ 10, p 0.25). No observando diferencias significativas entre masculinos y femeninos entre grupos etarios. Según sitio anatómico: recto 33(27%); sigma 33(27%); unión rectosigmoidea 2(1.6%); descendente 15(12%), %, ángulo esplénico 8(7%); trasverso 5(4%); ángulo hepático 8 (7%); ascendente 12(10%) y ciego 7(6%). **Tamaño:** <5mm: 65(52%), 5-10mm: 33 (27%), 11-20mm: 16(13%), >21mm: 9(7%). **Forma:** Planos: 7(6%), sésiles: 80(65%), pediculados: 21(17%). **Tipos histológicos:** inflamatorios: 1(0.81%), hiperplásicos 24 (20%), tubulares 72(58%), túbulo-vellosos: 14(11%), vellosos 6(5%), serrados: 6(5%). **Displasia:** Alto grado (Viena 4): 18 PCR (19%); Bajo grado (Viena 3): 76 PCR (80%). Cuando se relacionó el tamaño del PCR y los grados 1-2 vs 3-4 de la escala de Viena, se observó que:  $P > 10$  mm. con Viena 1-2 = 2 (8%) vs Viena 3-4 = 23 (92%), con una  $p = 0.03$ . **Conclusiones:** En concordancia con la bibliografía, se observó un aumento en la prevalencia de P colónicos entre la 5ta y 6ta década de la vida, no habiendo diferencia entre ambos sexos. Los P fueron más frecuentes en colon sigmoideos y recto. El tipo histológico más prevalente fueron los adenomas tubulares con displasia de bajo grado. Las lesiones menores a 10 mm se presentaron en el 79% de los casos y no se relacionaron con un mayor grado de displasia. Se observó una asociación significativa entre lesiones >10 mm y la presencia de displasia de bajo y alto grado (Viena 3 y 4).

## EP-014

### PENTAX I-SCAN™ WITH ELECTRONIC MAGNIFICATION FOR THE REAL-TIME HISTOLOGICAL PREDICTION OF COLONIC POLYPS: A PROSPECTIVE STUDY USING A NEW DIGITAL CHROMOENDOSCOPY SETTING

Robles-Medanda, C 1; Del Valle, R 1; Pitanga, H 1; Abarca, F 1; Robles-Jara, C 1; Soria, M 1; Bravo, G 1.  
1 – IECED. Ecuador.

I-Scan is a digital chromoendoscopy (DCE) tool that has the potential for in vivo optical diagnosis of colonic polyps. EPK-I processors permits the combination of DCE with electronic magnification using high definition endoscopes. EPK-I processors combine 6 DCE post-processing settings (d, e, c, g, r and b) called tone enhancement (TE) with different levels of Contrast (CE) and Surface enhancement (SE) resulting in 216 possible combinations. However, 3 established modes (i-Scan 1, 2 and 3) are currently available, leading to an under use of other setting combinations. **AIM:** to evaluate the DCE-settings available in EPK-I processors establishing "New ISCAN Setting" (NIS) modes and measuring its effectiveness with electronic magnification for the real-time histological prediction of colonic polyps **METHODS:** After approval by the ethics committee and signing of an informed consent, a single-center, prospective study was performed in 255 consecutive patients undergoing screening colonoscopy from Oct-2011 to Sept-2012. Exclusion criteria were: age<18 years; pregnancy; history of inflammatory bowel disease, coagulopathy, absence of polyps and bad bowel preparation. To determine the NIS modes, initially 10 lesions were recorded as high-definition (HD) quality images with electronic magnification for each DEC setting combination, including the original settings and HD white light image. Analysis of all images was done using a visual analogue scale VAS (bad: 1 - excellent: 10) assessing the quality of image regarding the pit and vascular mucosal pattern rated by 3 endoscopists to determine the parameters of the i-Scan settings based on the highest VAS scores. Finally, an histological prediction of neoplastic (N) and non-neoplastic (NN) polyps using the unified NICE classification for pit and vascular pattern was done using the three highest score NIS modes and the established i-Scan modes. Results were compared with histology as the gold standard diagnostic method **RESULTS:** 2170 high-quality images were analyzed and 3 settings were identified: NIS 1, 2 and 3 (table 1), showing a statistical significance ( $p < 0.05$ ) for pit and vascular mucosal pattern compared to original setting (mean VAS: 9.2 vs. 4.16). 255 colonoscopies were performed and 183 patients were excluded. Finally 72 patients with 122 polyps were analyzed, 34 males, mean age 59.3 (ranges: 18-91). NIS diagnosed 19/20 N and 102/102 NN lesions and i-Scan 16/20 N and 95/102 NN. The NIS was more precise to predict N and NN lesions when compared with i-Scan showing a sensitivity of 95% vs. 80%, specificity 100% vs. 93%, PPV 100% vs. 70% ( $p < 0.05$ ), NPV 99% vs. 96% ( $p < 0.2$ ) **CONCLUSION:** Identification of under-utilized i-Scan modes was possible regarding analyses of mucosal pattern. NIS is effective for real-time histological prediction of colonic polyps and warrants further study.

### LESIONES PERDIDAS DURANTE LA VIDEOCOLONOSCOPIA: QUÉ BUSCAR Y DÓNDE?

Pizzala, JE 1; González, ML 1; Marcolongo, M 1; Abecia Soria, V 1; Oria, I 1; Daffra, P 1; Manzoni, D 1; González Sueyro, R 1; Rinaudo, S 1; Rivera, J 1; De Paula, JA 1.  
1 - Hospital Italiano Bs As. Argentina.

**Introducción:** La videocolonoscopia (VCC) es considerada el método de oro para la pesquisa del cáncer colorrectal. Se han reportado tasas de pólipos perdidos que oscilan entre un 15 a un 25% en lesiones < 1cm. Existe poca bibliografía con respecto a la participación de pólipos aserrados en su génesis.

**Objetivos:** Evaluar la frecuencia y características de las lesiones aserradas sobre el total de lesiones perdidas durante las VCC realizadas a intervalos menores que los indicados por la US Multi-Society Task Force on colorectal cancer para la vigilancia post polipectomía.

**Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de los registros electrónicos de los pacientes con VCC solicitadas por vigilancia post polipectomía entre septiembre del 2011 y noviembre del 2012. Se seleccionaron pacientes a los cuales se les había realizado una polipectomía en el estudio previo. El rango del intervalo considerado entre ambos estudios fue de 2 a 35 meses. Se definió como lesión perdida a los pólipos mayores a 5mm detectados en la VCC de vigilancia realizada en dicho intervalo. Se excluyeron del análisis estudios incompletos, con intervalos superiores a 35 meses, pacientes con riesgo elevado de pólipos, poliposis, histología con invasión submucosa y con preparación insuficiente.

**Resultados:** Se seleccionaron 429 pacientes con criterios de inclusión. La edad promedio fue de 66 años (27-89). La frecuencia de lesiones perdidas menores a 10mm fue de 11,5% y en mayores o iguales a 10mm fue de 3%. Se encontraron lesiones aserradas en el 5,5% del total de pacientes y en el 36% de las lesiones perdidas. El 91% eran planas ( $p < 0,0001$ ) y el 87% se hallaba en el colon derecho (0<0,007). Los pacientes con lesiones perdidas de tipo aserradas, presentaban una VCC previa con terapéutica de lesiones aserradas en el 39%, hiperplásicas en el 5,5% y adenomatosas en el 55,5%. El promedio de pólipos aserrados olvidados por estudio fue de 2,1. El tamaño promedio fue de 11,4mm. No hubo diferencia significativa en el porcentaje de lesiones perdidas en controles a intervalos menores o mayores al año.

**Conclusiones:** La tasa de lesiones perdidas fue similar a la reportada. Destacamos la alta proporción de lesiones aserradas dentro de las lesiones perdidas. Debido a su morfología y ubicación, que hacen dificultosa su detección inicial, este tipo de lesiones tendría una participación en la génesis del cáncer del intervalo y deben ser consideradas a la hora de trazar estrategias tendientes a mejorar la capacidad diagnóstica de la VCC.

## EP-015

### ADENOMAS COLÓNICOS EN MENORES Y MAYORES DE 50 AÑOS. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE ENDOSCOPIA DE LA CIUDAD DE CORDOBA

Bernardi, G 1; Herrera Najum, P 1; Sambuelli, R 1; Rodriguez, P 1.  
1 – IMC. Argentina.

**INTRODUCCION:** Existe evidencia de que los adenomas y especialmente los avanzados, son el principal factor de riesgo que conducen al desarrollo del cáncer.

**OBJETIVOS:** Comparar la tasa de detección de adenomas en pacientes mayores y menores de 50 años, correlacionándolo con sus antecedentes personales y familiares. Establecer la incidencia de adenomas avanzados, correlacionándolo con las características macroscópicas de las lesiones endoscópicas y la edad de los pacientes.

**MATERIAL Y METODOS:** Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Se obtuvo información del 1 de Octubre de 2011 al 31 de Marzo de 2014. Se incluyeron pacientes con polipectomía e histología de adenoma.

**RESULTADOS:** Se realizaron 3504 videocolonoscopias. En 1348 pacientes se detectaron pólipos, la tasa de detección de adenomas global fue del 19,83%. Las indicaciones principales fueron Alteración del Ritmo Evacuatorio en 19,28% y Screening en 18,84%. Se extrajeron 2251 pólipos, de los cuales 47,49% fueron adenomas. De estos, el 63,88% fueron varones y la edad media fue 63.18 (16-87) años. El más frecuente fue el Tubular con 892 pacientes, cuya localización fue 41,81% en rectosigma. Prevalció el tamaño entre 5-10 mm (51,68%) y fueron sésiles en 81,65%. Siguió el TúbuloVelloso con 150 pacientes, cuya localización fue 62% en rectosigma. Prevalció el tamaño mayor a 10 mm (53,33%) y fueron sésiles en 46,66% y los Vellosos en 27 pacientes, cuya localización fue 59,25% en el mismo sector. Prevalció el tamaño mayor a 10 mm (70,37%) y fueron sésiles en 40,74%. Hubo displasia de alto grado en 2,01% de los pacientes con adenomas tubulares, 8,66% de los tubulovellosos y 25,92% de los vellosos. Se detectaron 16 tumores malignos. Se reseccionó en forma completa 3 tumores carcinoides rectales y 8 adenocarcinomas intramucosos, todos localizados en rectosigma. Prevalció el tamaño entre 5-10 mm en 62,5% y fueron subpediculados en la mayoría. 5 lesiones resultaron adenocarcinomas avanzados y fueron a cirugía. 20,06% presentan antecedentes familiares de cáncer de colon, 15,7% son obesos y 13,68% fuman. En menores de 50 años se realizaron 639 videocolonoscopias. En 143 hubo polipectomías, obteniendo una tasa de detección de adenomas de 8,13% con una edad media de 43,48 (16-49) años, prevaleciendo el sexo masculino 65,38%. Las indicaciones principales fueron Proctorragia con 26,92% y Screening con 17,30%. El 28,84% presentan antecedentes familiares, 13,46% son obesos y 9,61% fuman.

**CONCLUSION:** Este estudio objetivó una alta tasa de detección de adenomas, observando que en menores de 50 años con proctorragia y antecedentes familiares, se impone la realización de una colonoscopia. Hemos encontrado un número significativo de lesiones avanzadas pequeñas lo que sugiere la exhaustividad en los exámenes.

**CONDUCTA ANTE POLIPOS DIMINUTOS DE COLON**

Giangreco, F 1.  
1 - Policlínica Privada Paz. Argentina.

**Introducción**

Los pólipos diminutos (entre 1 y 5 mm) de colon son hallados en un alto porcentaje de las colonoscopias. Existen diversas conductas ante ellos y pueden ser extirpados por medio de varias técnicas.

**Objetivos**

Compartir las diferentes formas de trabajar, evaluando los distintos métodos para la exéresis de pólipos diminutos con el objetivo de consensuar conductas ante una patología muy frecuente.

**Material y métodos**

Se consultó a médicos gastroenterólogos de distintas ciudades de Argentina (San Luis, Tucumán, Trelew, Capital Federal, Mar del Plata, La Plata, Tandil, F. Varela, Olavarría, Quilmes, Campana, 9 de Julio, etc.), sobre la conducta a tomar ante los pólipos diminutos de colon.

Se les entregó un cuestionario sobre el manejo de dichos pólipos, preguntando si realizan la exéresis de todos los pólipos, o solo los de colon proximal a sigmoides. En caso de realizarla, que técnica utilizan. Las opciones incluyeron: Pinza fría, pinza caliente (hot biopsy), ansa fría o caliente (diatérmica). Y si realizan una o más técnicas.

**Resultados**

Fueron consultados 42 gastroenterólogos que realizan videocolonoscopias.

37 endoscopistas (88,09 %) efectuaron polipectomías en todo el colon. Mientras que 5 operadores (11,91%) realizan polipectomías solo del colon proximal (a sigmoides).

De los 42 Gastroenterólogos, 30 (71,4%) reseca los pólipos diminutos con una sola técnica. Mientras que 12 (28,6 %), lo hacen con más de una técnica, 7 usan 2 técnicas y 5 utilizan 3 técnicas (pinza fría, ansa fría y caliente).

La mayoría de los que resecan con un solo método, realiza la polipectomía con pinza fría, 22 endoscopistas (73,3 %). Con pinza caliente 6 (20%), 2 (6,6 %) con ansa fría y ninguno con ansa caliente.

De los que combinan 2 técnicas (7 endoscopistas), 4 utilizan pinza fría más ansa fría. Los otros 3, usan pinza fría más ansa caliente.

**Conclusiones**

Existe una variedad de procedimientos para la resección de pólipos diminutos.

Deberían consensuarse las técnicas de polipectomía con el objetivo de optimizarlas y así mejorar los resultados de las mismas.

**COMPLICACIONES DE LA ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA EN UN SERVICIO HOSPITALARIO DE ENDOSCOPIA DE ADULTOS**

Ahumada, MC 1; Dutack, A 1; Villarreal, M 1; Zubiaurre, I 1; Soccini, C 1; Caballero, R 1; Diaz, F 1; Palacios, D 1; Bori, J 1; Khoury, M 1; Benavides, J 1; Colombato, L 1.

1 - Hospital Británico de Buenos Aires. Argentina.

**Introducción:** El registro de complicaciones es un criterio de calidad en endoscopia. La endoscopia digestiva en la actualidad incluye terapéuticas complejas como mucossectomías y casos que requieren múltiples sesiones endoscópicas como las estenosis y la erradicación de varices. Ambos factores: mayor invasividad endoscópica y necesidad de reintervenciones incrementan potencialmente el riesgo de complicaciones.

**Objetivos:** Evaluar la incidencia de complicaciones de la endoscopia diagnóstica (D) y terapéutica (T) en un Servicio de Endoscopia de adultos.

**Material y Métodos:** Se analizan las videoendoscopias digestivas altas (VEDA) y videocolonoscopias (VCC), 01/2013 a 05/2014; según la Base Estadística del Hospital, que captura eventos ocurridos de 0-30d post-endoscopia. Complicación es todo evento negativo generado en la endoscopia que impide cumplir con el objetivo del procedimiento o causa cambios en el manejo ulterior del paciente, retrasa su recuperación o requiere otra intervención. Estadísticas:  $\chi^2$  y Test de Fisher.

**Resultados:** Sobre 5197 endoscopias se registran 16 complicaciones (3/mil)

VEDA D: 1 perforación esofágica (biopsia de úlcera profunda). VEDA T: 2 perforaciones en esófago, en reintervenciones sobre mucosa cicatrizal (estenosis y esofagitis cáustica); 1 hemorragia esofágica sobre múltiple escleroterapia/ligadura previa y 2 hemorragias de duodeno (mucossectomías). VCC D: 4 perforaciones, 1 dolor. (3 casos sobre enfermedad diverticular, 1 en colitis ulcerosa y 1 en colon normal). VCC T: 3 hemorragias y 1 perforación (mucossectomías) y 1 síndrome post polipectomía. No hubo muertes. La tasa de complicaciones de VEDA T es significativamente mayor a la de VEDA D (P:0.0001) y la de VCC T es mayor que la de VCC D, en el límite de significación estadística (P:0.05, Fisher P:0.06).

**Conclusiones** (1) La incidencia global de complicación endoscópica fue comparable a la de la literatura. No hubo mortalidad (2) La complicación en VEDA D fue excepcional, en tanto que la VEDA T registró la tasa más alta de complicaciones asociada en esta serie a severa patología esofágica previa (3) Las complicaciones de VCC D fueron perforaciones asociadas a mucosa colónica de riesgo, y las de VCC T fueron hemorragias en terapéutica compleja. (4) Las tasas presentan diferencias estadísticamente significativas según el tipo de intervención endoscópica, y se asocian a presencia de patología previa predisponente. Estos resultados sugieren la necesidad de realizar estudios prospectivos dirigidos a estratificar el riesgo de complicaciones endoscópicas.

**CALIDAD EN COLONOSCOPIA Y SUS FACTORES RELACIONADOS EN UN SERVICIO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DE BUENOS AIRES**

Canteros, JS 1; Jalif, A 1; Syriani, C 1; Acevedo, F 1; Nisencholk, M 1; Spak, F 1; Ledesma, C 1.  
1 - Instituto OrL. Dr Arauz. Argentina.

**Introducción:**

Siendo la colonoscopia el gold standard para el diagnóstico en la prevención del cáncer de colon y la detección de lesiones pre malignas y teniendo en cuenta que los indicadores principales para medir la calidad de la colonoscopia son la tasa de colonoscopias completas y tasa de adenomas detectados, surge la necesidad de optimizar los factores condicionantes de una colonoscopia de calidad con el fin de mejorar la detección de las lesiones pre malignas.

**Objetivos:**

El objetivo primario del presente trabajo es determinar la calidad de colonoscopia de una serie de estudios realizados en un servicio de endoscopia digestiva utilizando como indicadores de calidad: la tasa de colonoscopias completas y la tasa de detección de pólipos. El objetivo secundario es determinar los factores asociados con la detección de pólipos en esta cohorte.

**Pacientes y métodos:**

Estudio prospectivo observacional de una serie de colonoscopias realizadas en un servicio de endoscopia digestiva entre los meses de agosto de 2012 y agosto de 2013.

Las variables medidas fueron: la preparación colónica (que se realizó con fosfatos) utilizando la escala de Boston; la tasa de llegada a ciego (colonoscopia completa-colonoscopia incompleta); el tiempo de retirada del endoscopio, en todos los casos se estableció un tiempo mínimo de retirada de 6 minutos y no se estableció tiempo máximo. Se analizaron las tasas de detección de pólipos para el total de colonoscopias y fueron distribuidas de acuerdo a sexo y edad, esta última dividiendo a la población en mayores y menores de 50 años. Se determinó la tasa de complicaciones para lo cual fueron consideradas aquellas inherentes al procedimiento y a la sedación.

**Resultados:** Fueron incluidos en el estudio un total de 243 colonoscopias de las cuales, 138 fueron en mujeres (56,7%) y 105 en hombres (43,2%) Se alcanzó el ciego en 240 colonoscopias (98,7%) En la escala Boston, 231 pacientes (95%) presentaron 6 o más puntos. El segmento de colon con menor puntaje registrado fue el colon derecho con menos de 2 puntos en 9 pacientes (5%) Se detectaron 126 pólipos, la tasa de detección de pólipos fue de 51,8% En el análisis univariado, el sexo del paciente no mostró una asociación estadísticamente significativa (p=0,5). Si bien la edad superior a 50 años se asoció estadísticamente con la detección de pólipos (p=0,005) en el análisis multivariado, el único factor predictivo en esta cohorte para la detección de pólipos fue un tiempo de retirada del colonoscopio de 7 minutos o mayor (OR 2,71 IC95%1,48-4,95 p=0,001).

**Conclusión:** Al realizar el análisis multivariado, el tiempo de retirada del endoscopio de 6 minutos o más fue el único predictor de detección de pólipos, parámetro y punto de corte similar al descrito por otros autores.

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

Tobal, F 1; Tobal, D 1; Laguzzi, JJ 1; Baldoma, V 1.

1 - G.E.N.B.A. Argentina.

**INTRODUCCION** 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.

**P Y M** 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 Colangiografía Retrograda Endoscópica (CPRE). Operativamente se definieron como hallazgos positivos aquellas entidades plausibles de tratamiento medico, endoscópico y/o quirúrgico que potencialmente modifiquen la conducta terapéutica y eventualmente el pronóstico y/o calidad de vida del paciente. No se consideraron hallazgos positivos a las siguientes entidades: Hernia hialal < 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 22.281 estudios, 1.292 (5.8%) fueron en mayores de 80 años. De los mismos, 555 eran VEDA (F/M 305/250, edad media ( $\pm$  DE) 84 ( $\pm$ 3.9), 582 VCC (F/M 355/227, edad media ( $\pm$  DE) 83.6 ( $\pm$ 3) y 155 CPRE (F/M 99/56, edad media ( $\pm$  DE) 85.8 ( $\pm$ 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 diagnóstico global fue de 47%. No se registraron complicaciones mayores 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 realizó 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.

## ES FACTIBLE MEDIR CALIDAD EN COLONOSCOPIA DESDE UNA SOCIEDAD DE ENDOSCOPIA?

Murature, D 1; Bravo, D 1.  
1 - AGERU. Argentina.

**Introducción:** El cáncer de colon es un problema frecuente en nuestro país, y es uno de los tumores que se puede prevenir con estudios realizados a tiempo. La colonoscopia es el método más usado para el estudio del colon, y bien realizada es de gran utilidad para el diagnóstico temprano de tumores o de pólipos. Pero desgraciadamente mucho se habla de calidad pero pocos la miden y no en todos lados la colonoscopia cumple con los estándares de calidad aceptados internacionalmente, por lo que desde AGERU, se estimula un plan de control de calidad en colonoscopia para mejorar el desempeño de sus miembros.

**Objetivos:**

- Medir la calidad de las colonoscopias realizadas en nuestra provincia (E.R.)
- Realizar como sociedad (AGERU) una actividad que impulse el mejor desempeño de sus miembros.
- Comprobar la factibilidad de un trabajo grupal en toda la provincia.

**Materiales y métodos**

Se desarrolló una página de internet, [www.endoscopiadecalidad.com.ar](http://www.endoscopiadecalidad.com.ar) donde los miembros podían ingresar sus datos y solicitar una clave para poder participar del programa. El programa le genera una clave alfanumérica que le es enviado luego por mail. Esta última es anónima e intransferible, y le permite a cada participante completar el formulario cada vez que finaliza una colonoscopia y ver su estadística cada vez que lo desee. El mismo se desarrolló sobre la base de un sistema de encuestas (Survey Project) y se diseñaron 11 preguntas.

**Resultados:** Se realizó un mes de control en noviembre de 2013 (354 colonoscopias) y otro mes en abril de 2014 (115 colonoscopias) en total fueron 496 colonoscopias.

Participaron 16 endoscopistas, un 59 % de todos los endoscopistas de AGERU, 12 gastroenterólogos y 4 cirujanos.

Los resultados han sido satisfactorios, algunos de los indicadores medidos son, llegada al ciego 94-97 %, detección de adenomas de 38,7- 51,3 %, tiempo de retirada más de 6' 89,5-96,5 %, lesiones resecadas 99 %, complicaciones 2,6 %.

Como positivo vemos que en los indicadores más importantes medidos se observó una mejoría en el segundo control, lo cual nos alienta a seguir en nuestro camino hacia la excelencia.

**Conclusión:** Es posible y debería ser una obligación de las sociedades de endoscopia estimular este tipo de programas para poder mejorar el desempeño de los endoscopistas.

## EVALUACIÓN DE CALIDAD EN COLONOSCOPIA HIGA ROSSI PERÍODO JUNIO 2012- JUNIO 2013

Galletto, P 1; Astutti, B 1; Hurtado, E 1; Manresa, M 1; Urigoitea, R 1; Carbia, R 1; Calzona, MC 1.  
1 - HIGA Dr. R. Rossi. Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** La colonoscopia (VCC) constituye la mejor herramienta para diagnóstico, seguimiento y tratamiento de patologías colónicas, siendo el patrón oro para la detección de adenomas colónicos. El aumento en el número de estudios realizados en los últimos años y los riesgos asociados a este procedimiento obligan a que se definan criterios de calidad para su indicación y su realización. Realizamos una evaluación de la calidad de las colonoscopias brindadas en nuestro Servicio basado en los indicadores de calidad propuestos por la ASGE y el ACG.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo de corte longitudinal prospectivo con sede en el Servicio de Gastroenterología del HIGA Rossi durante el período que comprendió el 1/6/2012 al 1/6/2013, contando con la aprobación del Comité de Ética del HIGA San Roque de Gonnet. Todos los pacientes recibieron el consentimiento informado. Se realizó entrevista previa para recolección de datos epidemiológicos. En el intraprocedimiento se volcaron los datos de progresión, calidad de la preparación, tiempo de salida, toma de biopsias, hallazgos y procedimientos terapéuticos. Luego de finalizado el estudio se entregó el cuestionario de satisfacción al paciente y 15 días posteriores se realizó llamada telefónica para evaluar la presencia de complicaciones.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 260 VCC. La edad media fue de 58 años, 55% fueron mujeres. 187 VCC poseían indicaciones adecuadas (tasa de indicación adecuada del 71%); 22 fueron para estudio de diarrea crónica (DC), en 1 de ellas se detectó cáncer colorrectal, del restante 17 contaron con toma de biopsias (tasa de toma de biopsias para diarrea crónica de 81%). Del total de VCC se logró la intubación cecal en 193, excluyéndose 45 por preparación inadecuada (tasa de intubación cecal general de 91%). De las 35 VCC por cribado se excluyó 1 por preparación inadecuada y se logró la intubación cecal en 33 (tasa de intubación cecal en colonoscopias de pesquisa del 97%). La media del tiempo de salida fue 10 minutos. La tasa global de detección de adenomas (TDA) en VCC de cribado fue de 34% (TDA: 54% en hombres y 23% en mujeres). No se evidenció perforación en ningún procedimiento; 1 poliplectomía presentó sangrado postprocedimiento (frecuencia hemorragia postpoliplectomía: 0,42 cada 100 realizándose hemostasia endoscópica. La media del puntaje general de satisfacción fue de 26,6 (tasa de satisfacción global de 89%, tasa de satisfacción de los pacientes con el centro de 98,4%).

**CONCLUSIÓN:** Se observaron tasas mayores a lo establecido. No obstante, se halló una tasa de toma de biopsias en VCC por DC menor a lo adecuado. Por lo tanto debemos remarcar la importancia de una correcta indicación, tiempo de salida y observación de la mucosa, para disminuir la tasa de complicaciones e incrementar la tasa de detección de adenomas, indicador de calidad primordial en VCC.

## ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE DOS TIPOS DE PREPARACIONES COLÓNICAS UTILIZANDO LA ESCALA DE BOSTON

Villalba, NJ 1; Colombo, P 1; Hermida, R 1; Perez Esteban, N 1; Licciardello, M 1; Tosti, R 1; Chiriano, F 1; Campos, L 1; Maruelli, S 1; Notari, L 1; Kidd, M 1; Villalba, M 1.  
1 - Hospital Churrucá - Visca. Argentina.

**INTRODUCCIÓN**

Una limpieza colónica adecuada es esencial para lograr una correcta visualización de la mucosa, un menor tiempo de duración del procedimiento y una mejor terapéutica en caso de requerirla.

En nuestro centro la preparación que más se utiliza es el PEG en dosis de 240 g diluidos en 4 litros. No existe un estudio realizado en nuestro medio, que compare diferentes tipos de preparaciones colónicas.

**OBJETIVO**

Comparar dos tipos de preparaciones por vía oral para la limpieza del colon en pacientes que se someten a una videocolonoscopia programada para screening de cáncer de colon (SCCR).

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se incluirán pacientes que serán sometidos a una videocolonoscopia programada para SCCR durante el periodo correspondiente entre el 01 de enero de 2014 y 31 de marzo de 2014.

**Criterios de inclusión**

• Pacientes que se realizarán una videocolonoscopia programada para SCCR.

• Firma del consentimiento informado.

**Criterios de exclusión**

• Pacientes que no cumplen en forma adecuada las instrucciones de la preparación colónica.

• Pacientes internados.

• Pacientes con hemorragia digestiva.

• Pacientes con antecedentes de resección colónica.

• Pacientes que no toleran la preparación.

• Pacientes con contraindicaciones para realizar el estudio.

Cada médico del Servicio le indicará a cada paciente un solo tipo de preparación para la limpieza colónica de acuerdo al número de afiliado, par o impar, por lo que se generarán dos grupos de pacientes cada uno con una diferente preparación (PEG o Citrato de magnesio + Bisacodilo, respectivamente).

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Los procedimientos serán realizados por endoscopistas del Servicio de Gastroenterología de nuestra institución con más de 150 VCCs anuales hace 3 años en el horario comprendido entre las 8 y las 12 hs y con conocimiento de The Boston Bowel Preparation Scale (capacitación realizada con video instructivo on-line previo). Se considerará como una limpieza inadecuada aquella que sea menor a 5 puntos según BBPS.

**RESULTADOS**

Se reclutaron 119 pacientes, dos de los cuales fueron excluidos por no cumplir adecuadamente la preparación, quedando un total de 117 pacientes incluidos (71 mujeres y 46 hombres). La mediana de edad fue de 61 años y la media de 60,9 años (rango de 32-86 años). 58 pacientes fueron preparados con Citrato de magnesio + Bisacodilo y 59 pacientes fueron preparados con 4 litros de PEG.

Los puntajes arrojaron diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,02$ ) a favor del PEG (puntaje promedio 6,12) con respecto al Citrato de magnesio + Bisacodilo (puntaje promedio 5,67). Al comparar los puntajes según los segmentos explorados no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en colon derecho, pero sí una tendencia en colon transversal ( $p=0,05$ ) y en colon izquierdo ( $p=0,04$ ). Los métodos utilizados fueron T-test y Mann-Whitney según las distribuciones.

## EVALUACIÓN DEL ÁCIDO ACETILSALICÍLICO EN LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE ADENOMAS DE COLON

Sheridan, P 1; Canseco, S 1; Fuster, M 1; Del Cantare, ME 1; Manzotti, L 1; Tawil, J 1; Rodríguez, PF 1; Olmos, M 1; Bolino, MC 1; Cerisoli, C 1; Caro, L 1.  
1 - Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica. Argentina.

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) es una de las principales causas de morbi-mortalidad por cáncer a nivel mundial. La VCC es el método diagnóstico recomendado para el rastreo y detección precoz de esta neoplasia y de sus lesiones precursoras, los adenomas. La quimioprevención sería la estrategia indicada para disminuir la incidencia de estas lesiones. Diversos estudios han evidenciado que el AAS es efectiva en la prevención de adenomas. **Objetivos:** Estimar si existe asociación entre los adenomas de colon y el consumo de AAS. **Materiales y método:** Se incluyeron adultos  $\geq 18$  años con indicación de rastreo de CCR. Alto riesgo para esta neoplasia y estudios incompletos fueron criterios de exclusión. El estudio se realizó en un centro ambulatorio de gastroenterología entre junio y diciembre de 2013. **Diseño:** observacional, transversal y comparativo. **Procedimientos:** Las VCC fueron realizadas con equipos Olympus, bajo sedación con propofol. La limpieza colónica se realizó con polietilenglicol o fosfatos con/sin bisacodilo. Las lesiones fueron resecadas según la práctica habitual. La evaluación endoscópica se realizó según la clasificación de Paris y las biopsias fueron clasificadas según Viena. Se consideró consumidor de AAS a aquellos que consumían  $> 81$  mg/día, 5 veces/semana durante un período mínimo de 1 año. **Reparos éticos:** el protocolo fue aprobado por el comité de bioética local. **Análisis estadístico:** SPSS (v 18). Chi-cuadrado, t-Student, regresión logística;  $p > 0,05$ . **Resultados:** Se incluyeron 999 pacientes; edad promedio:  $59,8 \pm 8,7$  años (rango 40-86); 46,6% (466/999) eran varones. Se clasificaron en consumidores de AAS (G1: 499) y no consumidores (G2: 500). La edad fue mayor en G1 (60,9 vs. 58,8 años;  $p < 0,05$ ) al igual que el sobrepeso (45,3 vs. 40,4%;  $p < 0,05$ ) y la obesidad (25,5 vs. 16,4%;  $p < 0,05$ ). Globalmente presentaron adenomas 344/999 (34%) pacientes y no hubo diferencia entre G1 y G2 (34,1 (n: 170) vs. 34,8% (n: 174);  $p = ns$ ). **Conclusiones:** no observamos asociación estadísticamente significativa entre la presencia de adenomas de colon y el consumo de AAS. Sin embargo, en esta muestra, no evidenciamos la predisposición de los pacientes con sobrepeso para desarrollar adenomas; esta observación podría ser efecto del rol protector del AAS por lo que son necesarios estudios con mayor número de pacientes para confirmar esta hipótesis.

### HALLAZGOS COLONOSCÓPICOS EN PACIENTES ANCIANOS JÓVENES Y ANCIANOS MAYORES

Steinberg, LH 1; Caldo, IF 1; Quiñones, SA 1; Marillet, M 1; Casbarien, O 1; Carfagnini, PJ 1; Majewski, IS 1; Lubieniecki, DC 1; Brodersen, C 1; Trela, E 1; Padin, LF 1. 1 - Hospital Carlos G. Durand. Argentina.

**Introducción:** La esperanza de vida de la población mundial se encuentra en aumento en las últimas décadas. La Organización Mundial de la Salud define ancianidad a partir de los 65 años, algunos estudios en gerentes subdividen esta población en ancianos jóvenes –entre 65 y 75 años– y ancianos mayores –mayores de 75 años.

Es sabido que la incidencia de las enfermedades colorrectales benignas y malignas detectadas por videocolonoscopia aumenta con la edad.

En la mayoría de los estudios los ancianos son tomados como un grupo etáreo homogéneo, sin discriminarse las posibles diferencias que pudiera haber entre ancianos menores y mayores. De existir, identificar estas particularidades permitiría un enfoque diagnóstico y terapéutico dirigido en un grupo de pacientes que cada vez tiene mayor representación en una población mundial envejecida.

**Objetivo:** Comparar la incidencia de hallazgos videocolonoscópicos significativos en ancianos jóvenes y ancianos mayores en nuestro centro.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron ancianos jóvenes (65 a 75 años) –G1– y ancianos mayores (más de 75 años) –G2–, ambos sexos, que consultaron al servicio de gastroenterología de un Hospital de la comunidad entre diciembre de 2012 y mayo 2014 que tuvieran indicación de videocolonoscopia (VCC). Resultados. Se incluyeron 171 pacientes (60% mujeres y 40% hombres). Dentro del G1 se incluyeron 114 pacientes y dentro del G2 57. Los motivos de realización se detallan en la tabla 1 del apéndice.

En los pacientes con hallazgos compatibles con cáncer los motivos de realización fueron 2 proctorragias, 1 SOMF, 1 Colon por enema, 1 screening, 3 imagen por TC, 1 suboclusión.

Los hallazgos colonoscópicos significativos se detallan en la tabla 2 del apéndice.

**Conclusiones:** A pesar de las diferencias etarias, se trata de grupos con hallazgos similares. Llama la atención la baja prevalencia de enfermedad diverticular en ambos grupos.

En los ancianos mayores se observa una mayor tasa de detección de adenomas, una menor incidencia de adenomas a nivel de colon derecho a expensas de un aumento a nivel izquierdo, con mayor hallazgo de lesiones tubulovillosas. Sin embargo de acuerdo a los hallazgos de este estudio se vio la misma incidencia de cáncer, pero con una mayor proporción en colon izquierdo en los ancianos jóvenes.

Son necesarios estudios prospectivos con mayor número de pacientes, correctamente diseñados para afirmar estas conclusiones.

### PREVALENCE OF SERRATED ADENOMAS: EXPERIENCE IN A LARGE VOLUME CENTRE IN ARGENTINA

Del Cantare, ME 1; Figueredo, R 1; Canseco, S 1; Fuster, M 1; Scheridan, P 1; Bosch, J 1; Avagnina, A 2; Elsner, B 3; De Elizalde, S 4; Bolino, MC 1; Caro, L 1; Cerisoli, C 1. 1 - Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica. Argentina. 2 - CEMIC. Argentina. 3 - Centro de Patología Dr. Elsner; 4 - Laboratorio de Anatomía Patológica. Argentina.

**Introducción:** Serrated adenomas (SA) evolve to Colorectal Cancer (CRC) in 15-20% through the serrated pathway. The prevalence is variable (0.8 to 13%) because some lesions are unseen even in case of experienced endoscopists. **Objectives:** 1. To estimate the prevalence of SA. 2. To describe their endoscopic and histological features. **Materials and methods:** Adults  $\geq$  18 years who performed videocolonoscopy (VCC) were consecutively included. Anticoagulation, incomplete studies, high risk for CRC except for Inflammatory Bowel Disease were exclusion criteria. The study was conducted in an outpatient gastroenterology clinic between November, 2012 and April, 2013. **Design:** observational, descriptive and cross sectional study. The VCCs were performed under sedation with Olympus equipment and by trained operators. Colon cleansing was done with polyethylene glycol or phosphates, with / without bisacodyl. The lesions were resected according to current practice. **Histological evaluation** was performed according to the WHO criteria including Sessile Serrated Adenomas (P/SSA), the P/SSA with dysplasia and Traditional Serrated Adenomas (AST). Age, gender and risk factors for CRC were evaluated as confounding variables. **Ethics:** The protocol was approved by the local IRB. **Statistical analysis:** VCCstat 2.0., 95%CI; Chi square test. **Results:** We reviewed 3052 VCC; 316 were excluded and 2736 were analyzed. 58% (1584/2736) were female, mean age:  $56 \pm 12.6$  years (range 20-93). According to CRC risk, 4 groups were established: no risk: 18.45%, average: 58.9%, moderate: 21.8%, and high: 0.85%. 73% had no lesions. 100 polyps were recorded in 75 patients. No differences were observed between  $<50$  and  $\geq 50$  years and between genders ( $p=ns$ ). A higher prevalence of SA was observed in patients with moderate risk ( $p < 0,05$ ) and there was a tendency that these lesions were more prevalent at average risk group ( $p = 0.0684$ ). 1. The prevalence of SA was 2.7% (95CI 2.2-3.4). 2. Endoscopic features: Most P/SSA with /without dysplasia were sessile and measured 6-9 mm, however the location was different: P/SSA with no dysplasia were more predominant in rectosigmoid colon and P/SSA with dysplasia were predominant in transverse. Predominant histologic features consisted of P/SSA (87%; 95CI 78-92) followed by P/SSA with dysplasia (13%; 95CI 7-21). **Conclusions:** the prevalence of SA was low and SSA without dysplasia were predominant lesions. Most of these polyps, regardless the dysplasia, were similar in size and morphology but differed in the location. This data should warn endoscopists to emphasize the importance of the quality of VCC and the rigour in the evaluation of right and transverse colon.

### HISTOLOGICAL DIAGNOSIS OF DIMINUTIVE RECTOSIGMOID POLYPS: A SUPPORT FOR

Bolino, MC 1; Sánchez, C 1; Manzotti, L 1; D'Alessandro, M 1; Cerisoli, C 1; Caro, L 1.

1 - Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica. Argentina.

**Introduction:** The American Society for Gastrointestinal Endoscopy has proposed two policies for handling diminutive rectosigmoid polyps known as "predict, resect and discard" and "predict and leave in". These strategies were proposed as cost-effective supported on a complex interaction among the accuracy of advanced endoscopic imaging in differentiating between adenomatous and hyperplastic lesions, the prevalence of advanced neoplasia within diminutive lesions, and the surveillance intervals recommended. **Objectives:** 1. To estimate the prevalence of diminutive rectosigmoid polyps. 2. To compare the prevalence of advanced neoplasia (AN) in diminutive rectosigmoid polyps and in 6-9 mm polyps. **Materials and methods:** Adults who had performed videocolonoscopy (VCC) in a gastroenterology outpatient clinic in Buenos Aires, between June 2012 and June 2013 were included consecutively. Insufficient rectosigmoid colon preparation and no histological examination available were exclusion criteria. **Design:** comparative, retrospective and cross sectional study. **Procedures:** VCCs were performed under sedation, with Olympus equipment and by trained operators. Cleansing and excision of lesions were performed according to standard practice. Size, location and morphology were registered. According to the size, polyps were stratified into two groups: G1 ( $\leq 5$  mm) and G2 (6-9mm). The biopsies were evaluated by experienced pathologists. The Vienna classification was used and AN was diagnosed in the presence of high-grade dysplasia (HGD), cancer or villous histology  $\geq 20\%$ . **Ethics:** patients signed informed consents before the procedures. **Statistical analysis:** VCCstat 2.0. 95%CI; Chi-square test. **Results:** 13812 VCC reports were reviewed; 406 patients were excluded and 13406 were analyzed. 56.5% were women, mean age:  $57.94 \pm 12.59$  years. 1. The prevalence of G1 was 5.9% (95%CI 5.5 - 6.3) and G2 was 7.2% (95%CI 6.8-7.7). Histological diagnosis in G1 consisted of hyperplastic polyps 51%; adenomas 44% and inflammatory changes 4%, and in G2 the predominant lesions were adenomas 61%, hyperplastic polyps accounted 33% and inflammatory changes 5%. 2.a) The prevalence AN in G1 was 0.1% (95%CI 0-0.2) and in G2: 0.4% (95%CI 0.3-0.5) ( $p=ns$ ). Additionally no differences were found between genders or individuals  $<50$  and  $\geq 50$  years ( $p=ns$ ). **Conclusions:** In diminutive polyps hyperplastics were more prevalent than adenomas, however in polyps 6-9 mm this relationship was reversed. The AN were more prevalent in polyps  $\geq 6-9$  mm. These observations, consistent with current reports, confirm one of the concepts to accomplish the ASGE policies.

### PSEUDOLIPOMATOSE INTESTINAL – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Hurtado, R 1; Marques, LM 1; Hebara, DA 1; Grecco, E 1; Coelho, AM 1; Paiva, SLM 1; Cherter, E 1.

1 - Hospital Estadual Mario Covas. Brasil.

**Introdução:** A pseudolipomatose do tubo digestivo é uma entidade benigna, raramente descrita, diagnosticada durante a realização de endoscopia e cuja etiologia permanece por esclarecer. É mais frequentemente descrita no cólon com prevalência estimada de 0,02 e 1,7% dos exames, havendo pouco mais de 60 casos publicados. Caracteriza-se histologicamente pela presença de vacúolos óticamente vazios no córion, medindo entre 50 e 600 micrômetros, por vezes associado a infiltração inflamatória mononuclear. **Objetivo:** Relatar dois casos clínicos de pseudolipomatose intestinal. **Caso Clínico 1 -** Paciente 57 anos, feminino, sem antecedentes patológicos relevantes, compareceu ao ambulatório para realização de Colonoscopia em virtude de dor abdominal esporádica. Ao exame foi identificado um pequeno pólipio em cólon sigmóide, removido com pinça e cólon descendente observaram-se várias placas esbranquiçadas, algumas das quais confluentes, intercaladas por mucosa endoscopicamente normal. À biópsia, revelou-se mucosa cólica com vacúolos óticamente vazios no córion, observadas ao HE. **Caso Clínico 2 -** Paciente 54 anos, masculino, com antecedente de Colectomia Subtotal Esquerda Ampliada há 1 ano, compareceu ao ambulatório para realização de Colonoscopia para seguimento pós-operatório. Ao exame observaram-se, em cólon ascendente, várias placas brancas, mal delimitadas, intercaladas por mucosa endoscopicamente normal. À biópsia, revelou-se mucosa cólica com vacúolos óticamente vazios no córion, com criptas estruturalmente normais. **Discussão/Conclusão:** A pseudolipomatose do tubo digestivo é um achado endoscópico raramente descrito e que habitualmente resolve espontaneamente. Surge predominantemente em pessoas da sexta ou sétima década de vida e é assintomática. Sua etiopatogenia ainda é desconhecida, mas teorias apontam para uma entidade iatrogênica resultante do barotrauma provocado pela penetração de gás na mucosa intestinal em procedimentos endoscópicos anteriormente realizados.

### TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS COLÓNICOS COMPARANDO FOSFATOS SÓDICOS VS POLIETILGLICOL

Mangoni, A 1; Steinberg, LH 1; Casalini, A 1; Caldo, IF 2; Quiñones, SA 1; Trela, E 1; Marillet, M 1; Casbarien, O. 1; Carfagnini, PJ 1; Majewski, IS 1; Menendez, SA 1; Brodersen, C 1; Padin, LF 1.  
1 - Hospital Carlos G. Durand. Argentina.

**INTRODUCCION:** La colonoscopia actualmente es considerada el método estándar para la evaluación del colon. La tasa de intubación cecal y la tasa de detección de pólipos, asociados con la limpieza colónica, son los dos indicadores de calidad reconocidos en dicho estudio.

La preparación ideal para el colon es aquella capaz de eliminar toda la materia fecal del mismo sin causar disconfort a los pacientes, ni desequilibrio hidroelectrolítico, además de no ser costosa. Desafortunadamente ninguna de todas las preparaciones con las que contamos en el mercado hoy en día cumple todos estos requisitos.

Las preparaciones más recomendadas por las sociedades de Gastroenterología son aquellas basadas en los compuestos de polietilenglicol (PEG) y fosfatos sódicos.

**OBJETIVO:** Identificar tasa de detección de adenomas y el número de intubación cecal alcanzado con cada una de las preparaciones.

**MATERIAL Y METODOS:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se llevó a cabo en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Durand. Se obtuvieron los datos de los estudios realizados desde Julio del 2013 hasta Enero del 2014. Las variables a evaluar serán: preparación realizada, escala de Boston, intubación cecal y pólipos detectados. Los pacientes incluidos en el estudio serán aquellos pacientes mayores de 18 años, ambulatorios o internados, que no presenten cirugías del tubo digestivo, en los que se les haya realizado una videocolonoscopia completa o incompleta. Se excluirán del estudio aquellos pacientes que presenten cirugías previas del tubo digestivo, en los que no pueda completarse la colonoscopia por razones ajenas a la preparación (ejemplo estenosis infranqueable) o que se hayan realizado rescotismoideoscopia, o en los que se haya utilizado una preparación distinta a las anteriormente mencionadas.

**RESULTADOS:** En el período estimado se realizaron 411 estudios. Se excluyeron 48 RSC, 32 cirugías colónicas, 12 lesiones estenosantes infranqueables, 50 preparaciones no descriptas y 14 estudios incompletos por dificultad técnica, obteniendo un total de 255 estudios con intubación cecal. De los mismos, 130 estudios (51%) se realizaron con fosfatos disódicos y 125 (49%) con polietilenglicol. Se registró una tasa de intubación cecal: 94,7% (14 estudios suspendidos por dificultad técnica) sin diferencias entre ambos grupos. En cuanto a la preparación, en el grupo de fosfatos el 86% tuvo una preparación superior a Boston 6, en tanto que el grupo de PEG fue del 89,1%. Con el grupo de fosfatos sódicos se observó una tasa de detección de adenomas de 32,2% y con el grupo de polietilenglicol de 20,1%

**CONCLUSIONES:** Los fosfatos sódicos y el polietilenglicol, presentan porcentajes similares de preparaciones adecuadas, presentando los fosfatos porcentajes mayores de detección de adenomas.

### NECROSIS ESOFÁGICA AGUDA (ESÓFAGO NEGRO) . TRES CASOS CLÍNICOS EN 1 AÑO EN LA CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA

Olarte, P 1; Aponte, D 1; Preciado, J 1; Gil, F 1; Sabbagh, L 1.

1 - Clínica Universitaria Colombia - Organización Sanitas Internacional. Colombia.

#### INTRODUCCION

La necrosis esofágica aguda es una rara entidad como resultado de la necrosis de la mucosa del esófago. Es una pigmentación oscura de la mucosa del esófago, asociado con la necrosis histológica.

La lesión tisular secundaria a un estado de hipoperfusión, trombosis vascular, y obstrucción puede ser diagnosticada por endoscopia.

La etiopatogenia se desconoce, aunque la isquemia y la exposición de la mucosa esofágica al ácido probablemente tengan un papel importante.

La reducción temporal de la perfusión sanguínea del esófago puede volver a resultar en una extensa necrosis esofágica, que resuelve rápidamente cuando se restaura la perfusión.

En este poster se recoge una evaluación detallada de los factores de riesgo, presentación clínica, hallazgos endoscópicos, el aspecto histológico, tratamiento, complicaciones, resultados y etiopatogenia de la enfermedad.

#### CASOS CLINICOS

##### Caso N. 1

Paciente 71 años, transexual, con VIH, Ca. Próstata metastásico a hueso e hígado. Consulta por múltiples episodios eméticos autoinducidos, con posterior emesis en cuncho de café. Sin compromiso hemodinámico. Se realiza Endoscopia de vías digestivas altas que documentan Esófago negro, 8 días después se realiza Endoscopia de control con resolución completa del cuadro clínico.

##### Caso N. 2

Paciente 80 años, sexo masculino con Ca. Próstata metastásico a hueso y con invasión del trigono vesical. Consulta por hematuria, síndrome anémico que requiere transfusión. Presenta hematemesis, posteriormente Endoscopia de vías digestivas que documenta esofagitis isquémica desde los 25 cm de las arcadas dentarias, hasta la línea Z. Con sangrado fácil al contacto. Presenta deterioro hemodinámico que requiere manejo vasopresor. Control endoscópico a los 5 días con resolución parcial de cuadro clínico.

##### Caso N. 3

Paciente 76 años, sexo masculino con 8 días de post operatorio de descompresión y artrodesis de columna cervical C3 a C7, como complicación presenta Accidente cerebrovascular isquémico embólico. Presento durante su hospitalización 4 episodios de hematemesis, se realiza endoscopia de vías digestivas altas que documenta mucosa esofágica isquémica, con compromiso circunferencial y simétrico desde los 25 hasta los 35 cm de las arcadas dentarias, sin sangrado activo en el momento. Estable hemodinamicamente, con resolución de la isquemia esofágica aguda a los 8 días de control.

NOTA : Los tres pacientes tienen confirmación histopatológica.

### TERAPÉUTICA ENDOSCÓPICA APÓS PERFURACIÓN RETAL DURANTE A RETROVISÃO: RELATO DE CASO

Santos, FP 1; Teixeira, CP 1; Paiva, SLM 1; Grecco, E 1; Souza, TF 1.

1 - Hospital Estadual Mario Covas. Brasil.

**INTRODUÇÃO:** A perfuração pós colonoscopia é uma complicação rara, que ocorre em menos que 0.5% dos exames diagnósticos podendo chegar até 5% nos terapêuticos, segundo alguns estudos. Embora seja rara, está associada a altas taxas de morbimortalidade. O principal local da perfuração é no reto sigmoidé, correspondendo a cerca de 60% dos casos. Em geral o tamanho adequado para fechamento endoscópico é de 10 mm, no entanto, existem alguns relatos na literatura para perfurações maiores. **RELATO DO CASO:** Paciente F.T.S DE 65 anos, submetida a colonoscopia, para avaliação de sangue oculto nas fezes, em que ocorreu perfuração de reto, com cerca 15 mm de diâmetro, durante à retrovisão. Foi realizado o fechamento com 6 clips metálicos e a paciente foi colocada em dieta parenteral periférica, antibioticoterapia e observação. Evoluiu bem, recebendo alta 10 dias após, em boas condições. **CONCLUSÃO:** A terapia endoscópica diante das perfurações é bem aceita e apresenta bons resultados, deve ser tentada sempre que possível, não atrasa a cirurgia e os cliques ainda podem servir de guia para o local da perfuração.

### RESECCION ENDOSCOPICA DE LESION SUBMUCOSA ESOFAGICA - TENICA POR TUNELIZACION

Isaguirre, JO 1; Di Cicco, M 1; Miranda, L 1.

1 - Hospital Italiano Mendoza. Argentina.

El manejo de las lesiones subepitelial ha cambiado en los últimos años, determinado por la dificultad para caracterizarlos histologicamente. Específicamente presentamos un caso de resección totalmente endoscópica de leiomioma esofágico, el más frecuente tumor submucoso de esófago de 43mmx 38mm ubicado en tercio inferior.

Paciente masculino de 55 años que en julio de 2011 consulto por disfagia y sintomatología de reflujo gastroesofágico de 1 año de evolución. Se le efectuaron análisis de laboratorio, seriada esofagogastroduodenal que informa desfiladero con imagen de ulcus en la lesión, luego endoscopia digestiva alta que informa lesión submucosa que va desde los 30cm de la arcada dentaria superior hasta los 35cm de la misma. TAC de abdomen y torax que informa engrosamiento en tercio distal de esófago y hernia de hiato. Luego se le efectuó ecoendoscopia que muestra lesión de posible origen submucoso de 43mm x 38mm con áreas heterogéneas, se le efectuó punción con aguja fina que informa ausencia de células atípicas, además informa tronco celiaco sin patología. Aca es derivado a nuestra unidad y dado que no tenía diagnóstico de certeza, se le efectuó mucosotomía y se tomaron muestras de la lesión que informan músculo liso sin atipias. Con este panorama se decide resección endoscópica en junio de 2012 que se completa íntegramente por endoscopia con técnica por tunelización cerrando el defecto posterior con clips. La histología informa leiomioma submucoso esofágico benigno, índice de mitosis 0, con bordes sin patología. Presentó como complicación enfisema que se trató con drenaje de torax, estuvo en uti y luego de 5 días de internación alta. A la fecha se encuentra en control con ausencia de enfermedad por TAC y endoscopia. Se documentó el procedimiento y la etapa diagnóstica de imágenes.

**METASTASIS CUTANEA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE ESOFÁGICO**

Numa Leon, KL1; Massa, S1; Curras, A1.  
1 - Hospital Fernandez. Argentina.

**Introducción**

La incidencia de metástasis cutáneas es del 5.3% entre todas las neoplasias internas.

Las metástasis cutáneas son significativamente menos frecuentes en mujeres que en hombres. La morfología de las metástasis es variable, los hallazgos incluyen lesiones ulceradas y nodulares, placas inflamatorias erisipeloides, nódulos vasculares y en menor frecuencia erupciones. Rara vez son dolorosas.

A menudo se presenta como nódulos múltiples.

Las metástasis cutáneas de esófago representan menos del 1% de todas las metástasis.

**Objetivo:** El objetivo es presentar una complicación de baja frecuencia del cáncer esofágico, a los fines de comentar el abordaje diagnóstico

**Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 79 años de edad con antecedentes de HTA, estenosis esofágica benigna de 32 años de evolución tratada con dilataciones neumáticas desde su inicio, con requerimiento de 2 dilataciones en los últimos 8 meses. Posterior a última dilatación consulta por afagia realizándose VEDA: ESOFAGO: Estenosis a 25 cm de ADS no franqueable con el endoscopio, se pasa alambre guía y se dilata con bújia de Savary 9, 11, 14 F. Se pasa endoscopio no pudiendo franquear estenosis Bx y se cita en 2 semanas. Se realiza intento de colocación de K108 resultando dificultoso en el momento decidiendo colocación de K108 por radioscopia. Posteriormente se realiza yeyunostomía para alimentación. Informe de Anatomía Patológica Carcinoma Epidermoide de Esófago Superior.

Se realiza Neumo Tc : En la pared anterolateral izquierda del esófago se observa formación sólida que refuerza tras la administración del contraste que mide 34.5mm x 17.8mm x 23.9mm, se encuentra a 13 mm de la unión GE el cual tiene íntimo contacto con la pared traqueal; adenomegalias mediastinales latero esofágicas. Es valorada por oncología quien indica terapia de Neoadyuvancia desde el 9/12/13 al 21/01/14 con esquema: Quimioterapia 7 sesiones. Radioterapia 28 sesiones. En control del tratamiento de Neoadyuvancia se realiza: VEDA de control Esófago: a 22 cm de ADS se observa estenosis milimétrica infranqueable con el endoscopio. En hora 5 lesión elevada bilobulada, midiendo cada uno de los nódulos 15mm de superficie nacarada. En control de VEDA manifiesta la presencia de una lesión nodular no dolorosa a nivel de la región lumbar derecha. Informe de estudio de Neoadyuvancia Tac de Tórax Abdomen y Pelvis con contraste oral y ev: aproximadamente 96.6 mm de la unión cardiocardiaca se observa un área mal definida con engrosamiento parietal del esófago de difícil cuantificación por intolerancia de la pte. Se observa que a nivel del tejido celular subcutáneo de la región lumbar derecha se observa imagen hipodensa de 17.4mm con refuerzo periférico tras la administración de contraste Ev. Se biopsia nódulo de tejido celular subcutáneo informándose Carcinoma Epidermoide.

**UTILIZACIÓN DE ENDOPROTESIS METÁLICAS AUTOEXPANSIBLES (EPMA) EN EL TRATAMIENTO PALIATIVO DEL CÁNCER DE ESÓFAGO Y DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA AVANZADO, EXPERIENCIA EN EL ION SOLCA GUAYAQUIL**

Orellana, IN1; Briones, FM1.  
1 – SOLCA. Ecuador.

**Introducción.-**

El cáncer esofágico y de la unión esofagagástrica se diagnostican comúnmente en etapa avanzada, la utilización de EPMA es un tratamiento paliativo recomendado.

**Objetivos.-**

Demostrar el mejoramiento de disfagia y calidad de vida utilizando EPMA en la paliación de este tipo de tumores.

**Materiales y métodos.-**

Este estudio se desarrolló en SOLCA Guayaquil entre octubre del 2012 y octubre del 2013. Se incluyeron 8 pacientes con tumor maligno estenosante esófago o de la unión esofagagástrica.

Se analizó género, edad, disfagia, calidad de vida, tipo de prótesis, ubicación tumoral, histología, complicaciones tempranas, tardías, supervivencia y mortalidad.

**Resultados.-**

De los 8 pacientes 5 (62.5%) fueron hombres y 3 (37.5%) mujeres; la edad promedio fue 73 años; 50% presentaron disfagia grado 3 y 50% disfagia grado 2, el ECOG fue 1 en 2 (25%) pacientes, 2 en 4 (50%) pacientes y 3 en 2 (25%) pacientes, el cual mejoró en todos los casos.

El 50% correspondió a esófago medio y 50% a unión esofagagástrica, 4 fueron Adenocarcinomas y 4 Epidermoides, la prótesis fue parcialmente cubierta en 6 y cubierta en 2; 2 (25%) presentaron complicaciones tempranas, dolor a las 12 horas y migración a los 7 días; las complicaciones tardías fue 1 caso (12.5%) con obstrucción por invasión tumoral a los 3 meses y la supervivencia fue 62.5% a los 6 meses del la colocación.

**Conclusiones.-** La utilización de EPMA es tratamiento paliativo recomendado en estenosis malignas avanzadas del esófago y de la unión esofagagástrica, porque mejora la disfagia y calidad de vida.

**RESOLUCIÓN INTERDISCIPLINARIA PARA EL DIAGNOSTICO HISTOLOGICO EN UN PACIENTE CON ESTENOSIS ESOFAGICA SUPERIOR DE IMPOSIBLE ACCESO ENDOSCOPICO**

Weinstock, D 1; Cañevsky, L 1; Telles, A 1; Valentini, J 1; Omonte, A 1; Acosta, M 1; Gervasio, I 1; Piedrabuena, I 1; Palermo, M 1; Pintos, E 1; Riarte, E 1.  
1 - Hospital Nacional Alejandro Posadas. Argentina.

Varón de 77 años, refiere desde hace 5 meses disfagia progresiva a sólidos a nivel cervical, odinofagia y pérdida ponderal de 10%. Antecedentes: ex tabaquista, ex enolista, hemorragia digestiva debido a úlcera gástrica hace 5 años, cáncer de piel en surco nasal derecho hace 2 años resuelto quirúrgicamente. Medicación habitual: omeprazol 20 mg/día desde hace 5 años, jarabe de morfina desde hace 3 semanas. Examen físico: lúcido, hemodinámicamente estable, cavidad oral con falta de piezas dentarias. Laboratorio: VSG: 40 glucemia: 110, resto de rutina con valores normales, Serología para virus, espiroquetas y parásitos negativos. Serología gastro-duodenal: zona estenótica con alteración del calibre y distensibilidad, de bordes irregulares y anfractuados de ubicación esofágica superior. Videodeglución: Apertura del cricofaríngeo impresión conservada, inmediatamente por debajo del mismo se evidencia imagen de aspecto pseudodiverticular hacia la derecha del órgano que impresiona estar asociada a disminución del calibre por debajo del mismo. TC de cuello y tórax: no se observan ganglios cervicales patológicos. Aumento del espesor a nivel del esófago superior con disminución del calibre de su luz que podría corresponder a lesión primaria.

Tres endoscopistas expertos intentaron ingresar a esófago superior siendo imposible acceder al esfínter cricofaríngeo debido a una angulación muy aguda y con mucosa normal en hipofaríngeo que no permitió su traspaso a pesar de repetidas maniobras y uso de accesorios (paciente bajo sedación anestésica), no pudiendo tomar biopsias ni colocar SNG.

Se decide entre los Servicios de Endoscopia, Gastroenterología y Cirugía realizar gastrostomía quirúrgica con toma de biopsias por endoscopia retrógrada transgastrostomía en el momento quirúrgico. El acceso a esófago fue con cierta dificultad pero se logró obteniendo abundante material histológico de una lesión proliferativa, estenosante y ulcerada ubicada en esófago superior; se colocó tubo para alimentación enteral en la gastrostomía. El paciente evoluciona sin complicaciones iniciando alimentación enteral y en plan de tratamiento oncológico cuando se disponga del resultado histológico (aún en proceso ya que la obtención fue realizado seis días antes del cierre de aceptación de trabajos).

Comentario: Es infrecuente no poder acceder por vía endoscópica al esófago superior para el diagnóstico y toma de biopsias de las lesiones ubicadas a dicho nivel. Frente a la necesidad de alimentar al paciente, obtener muestras histológicas que permitan actuar oncológicamente y a la ausencia de contraindicaciones, decidimos abordar endoscópicamente en forma retrógrada al esófago a través de gastrostomía en el momento quirúrgico para evitar demora diagnóstica y las posibles complicaciones que pudieran ocurrir si el acceso endoscópico fuera más tardío. Esta forma de resolver el problema al acceso histológico no lo encontramos publicado en la literatura consultada por lo que la consideramos una idea original para resolver este caso poco habitual.

**PRÓTESE ESOFÁGICA METÁLICA AUTOEXPANSIBLE COM VÁLVULA ANTIRREFLUXO NO TRATAMIENTO PALIATIVO DE DISFAGIA EM PACIENTE ONCOLÓGICO**

Teles, LD 1; Leite, ABG 1; Cristóvão, CU 1; Mota, VPLP 1; Almeida, RES 1; Libera Junior, ED 1.  
1 - Unifesp - Universidade Federal De São Paulo. Brasil.

Paciente com antecedente de doença do refluxo gastroesofágico erosiva e tabagista 52 maços/anos, iniciou quadro de disfagia baixa, inicialmente para alimentos sólidos que progrediu para líquidos em 2 meses, com perda de 20Kg neste período. Realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou estenose em esófago distal por lesão infiltrativa, que impedia a passagem do aparelho. Realizadas biópsias cujo anatomopatológico mostrou adenocarcinoma pouco diferenciado com células em anel de sinete. Durante o estadiamento, foram observados nódulos peritoneais sugestivos de metástases, além de confirmadas metástases cutânea. Diante disso, foi iniciada quimioterapia e programada a colocação de uma prótese esofágica metálica autoexpansível com válvula anti-refluxo. Realizada nova endoscopia, foi evidenciada a referida lesão estenótica em esófago distal e marcada a região proximal da lesão. Como a lesão impedia a passagem do aparelho, foi passado um fio guia sob visão radioscópica e, em seguida, dilatada a região com balão de dilatação esofágica CRE de 18mm, permitindo a passagem do aparelho e a avaliação da lesão, que media 6cm e acometia o esófago distal até a região da cárdia de forma circunferencial. Logo após, foi passado o fio-guia da prótese, checado seu posicionamento pela radioscopia, com posterior passagem da prótese. A mesma foi liberada sob visão radioscópica e fixada, com 2 clips metálicos, em sua porção proximal. Realizada injeção de contraste na região proximal da prótese com boa drenagem até a cavidade gástrica. Orientada dieta líquida sem resíduos com boa aceitação e realizado radiografia de tórax de controle após 24h, mostrando prótese expandida e bem localizada. Paciente teve boa tolerância na progressão para dieta geral, apresentando uma melhora na qualidade de vida, recebendo alta hospitalar para tratamento quimioterápico ambulatorial.

**ENDOSCOPIC CLASSIFICATION OF EOSINOPHILIC ESOPHAGITIS**

Fey, A 1; Kotze, LAS 2.

1 - PUC-Pr; 2 - Fellow ACG. Brasil.

The purpose of this study is to suggest an endoscopic classification of eosinophilic esophagitis (EE) to better recognize this disease and guide biopsies for histological diagnosis.

This study consisted in a prospective research (September 2011-September 2013) with biopsies performed in all patients who had endoscopic findings or symptoms that suggested EE, supporting an classification as follow: Type 0 = Normal endoscopy with typical symptoms; Type 1 = Linear furrows or rings, with or without symptoms; Type 2 = White plaques and exudates, with or without symptoms; Type 3 = Complicated lesions like ulcer, strictures and polyps.

Following this classification 133 patients were included, 24 presented at least 15 eosinophils per high-power microscopic field (HPMF), that was considered Group A (GA). Also, 10 cases with 5-14 eosinophils/HPMF with typical symptoms and/or endoscopic findings were detected, that was considered Group B (GB).

Type 0 Type 1 Type2 Type3

Group A 2 9 8 5

Group B 0 6 2 2

For comparison, a retrospective research on medical archives in the same endoscopic clinic was done during previous two years: only two patients with at least 15 eosinophils/HPMF were diagnosed.

Conclusions: The findings showed that an investigation based on a pre-established protocol and classification can increase a lot the diagnosis of this disease. The question is if cases with clinical and/or endoscopic findings suggesting EE and with minor than 15 eosinophils/ HPMF could be included in the diagnosis of EE.

**ESOSINOFILIA ESOFÁGICA: UM ESTUDO PROSPECTIVO DE DOIS ANOS**

Fey, A 1; Kotze, LMS 1; Girardi, F 2.

1 - PUC-Pr; 2 - UNIDAVI. Brasil.

Introdução. Esofagite eosinofílica (Ee) é uma doença de características inflamatórias e alérgicas, que acomete em sua maioria dos casos, pacientes jovens do sexo masculino, em uma média de idade de 40 anos. Dentre os sintomas que acometem essa patologia, os mais frequentes são impactação alimentar, disfagia e azia. Doenças atópicas estão presentes ao diagnóstico em mais de 50% dos casos. Atualmente o diagnóstico é realizado através de biópsias endoscópicas e detecção histológica de 15 ou mais eosinófilos por campo de grande aumento (ECGA).

O Objetivo do estudo é a análise clínica, endoscópica e histológica dos pacientes portadores de eosinofilia esofágica durante o período de 2 anos, no Serviço de endoscopia Digestiva do Alto Vale em Santa Catarina.

Metodologia. Este estudo é um trabalho prospectivo, constituído por pesquisa de campo de modalidade exploratória, descritiva e explicativa, com caráter quantitativo e qualitativo. A pesquisa consistiu na realização de endoscopias digestivas altas com biópsias esofágicas em todos os pacientes portadores de alterações endoscópicas sugestivas e/ou naqueles com sintomatologia compatível, para posterior pesquisa histológica de eosinófilos em campo de grande aumento.

Resultados. Na série estudada de 4251 endoscopias, os pacientes selecionados para a pesquisa tinham idade entre 17 e 73 anos com média de 39,70. Foram realizadas biópsias em 133 pacientes e destes 55 apresentaram eosinófilos no exame histológico. Em 24 encontrou-se 15 ou mais ECGA. Identificou-se 31 pacientes com sintomas ou endoscopia compatível com Ee, mas com menos de 15 ECGA. Foi relatado algum tido de alergia em 58,33% dos casos.

Conclusão: Os dados desta pesquisa demonstram que uma busca ativa da doença baseada nos sintomas e/ou achados endoscópicos, com biópsias dirigidas, aumentam significativamente o diagnóstico da doença. Acreditamos que a metodologia vigente de diagnóstico desta doença, que é baseada somente na identificação de pelo menos 15 ECGA, deve ser revista, considerando também aqueles com um valor menor, porém com clínica e endoscopia compatíveis. Fazem-se necessários mais estudos em pacientes com menos que 15 ECGA.

**ESOFAGITE EOSINOFÍLICA: O INCREMENTO DIAGNÓSTICO COM BUSCA ATIVA BASEADO EM ACHADOS CLÍNICOS E/OU ENDOSCÓPICOS**

Fey, F 1; Kotze, LMS 1; Girardi, F 2; Serapião, M 3; Dellagiustina, A 3.

1 - PUC-Pr; 2 - UNIDAVI; 3 - FURB. Brasil.

Introdução. Esofagite eosinofílica de características inflamatórias e alérgicas, que acomete em sua maioria dos casos, pacientes jovens do sexo masculino, em uma média de idade de 40 anos. Dentre os sintomas que acometem essa patologia, os mais frequentes são impactação alimentar, disfagia e azia. Doenças atópicas estão presentes ao diagnóstico em mais de 50% dos casos. O diagnóstico é realizado através de biópsias endoscópicas e detecção histológica de 15 ou mais eosinófilos por campo de grande aumento (ECGA).

O Objetivo do estudo é demonstrar o incremento do diagnóstico da Ee através da busca ativa da doença baseado em dados clínicos e/ou endoscópicos.

Metodologia. Inicialmente realizou-se um estudo prospectivo constituído por pesquisa de campo de modalidade exploratória, descritiva e explicativa, com caráter quantitativo e qualitativo. A pesquisa consistiu na realização de endoscopias digestivas altas com biópsia esofágicas, para posterior pesquisa histológica de eosinófilos em campo de grande aumento, durante um período de dois anos. As biópsias foram realizadas em pacientes com alterações endoscópicas compatíveis com a doença e/ou naqueles que apresentavam sintomatologia sugestiva. Na sequência foi realizado um estudo retrospectivo de revisão de prontuários, na mesma clínica de endoscopia e no mesmo laboratório de anatomia patológica na busca de Ee no período de dois anos anteriores à pesquisa.

Resultados. Na série prospectiva estudada de 4251 endoscopias, os pacientes selecionados para a pesquisa tinham idade entre 17 e 73 anos com média de 39,70. Foram realizadas biópsias em 133 pacientes e destes, 24 pacientes apresentaram 15 ou mais ECGA, confirmando o diagnóstico de Ee. Identificou-se 31 pacientes com sintomas ou endoscopia compatível com Ee, mas com menos de 15 ECGA e que foram excluídos desta pesquisa. O estudo retrospectivo analisou 4102 prontuários e identificou apenas dois casos de Ee.

Conclusão: Os dados desta pesquisa demonstram que uma busca ativa da doença baseada nos sintomas e/ou achados endoscópicos, com biópsias dirigidas, aumentam significativamente o diagnóstico da doença. Fazem-se necessários mais estudos em pacientes com menos que 15 ECGA.

**“DIAGNÓSTICO DE ESÓFAGO DE BARRETT EN PACIENTES CON SOSPECHA ENDOSCÓPICA DE METAPLASIA INTESTINAL”**

Tosti, RA 1; Colombo, PF 1; Hermida, RC 1; Licciardello, M 1; Perez Esteban, N 1; Scacchi, MA 1; Caruso, S 1; Villalba, NJ 1; Chiriano, F 1; Campos LM 1; Notari, L 1; Maruelli, S 1; Kidd, M 1; Villalba, M 1; Vazquez, H 1; Bolino, C 1.

1 - Hospital Churrucua Visca. Argentina.

INTRODUCCIÓN: El esófago de Barrett (EB) es una condición adquirida donde el epitelio escamoso esofágico normal es reemplazado por un epitelio columnar. Su importancia radica en la posible evolución a displasia, factor de riesgo para el desarrollo de adenocarcinoma (AC). Su prevalencia es variable, desde 0.3 % en Japón hasta 4% en Europa. Se define en base a criterios endoscópicos e histológicos. OBJETIVO: Estimar la prevalencia de MI en pacientes con sospecha endoscópica de EB. MATERIALES Y MÉTODOS: Pacientes que acudieron a nuestro Servicio desde el 01 de Marzo del 2013 hasta el 31 de Marzo del 2014 para realizarse una VEDA. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, que se realizaron una VEDA con sedación por cualquier causa y presentaron sospecha endoscópica de MI al finalizar el procedimiento. Se excluyeron los casos de hemorragia digestiva alta, diagnóstico endoscópico de y diagnóstico previo de EB. Las VEDA fueron realizadas por médicos del Servicio con endoscopios Olympus CV-150. Se obtuvieron como mínimo dos biopsias de cada lengüeta o islote y se fijaron en formol al 10% hasta su procesamiento. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal. RESULTADOS: Durante el período que comprendió el estudio se realizaron 2504 VEDA, solo 159 pacientes presentaban sospecha endoscópica de MI al finalizar el procedimiento. Se observó un predominio del sexo femenino (F: 101, 63%); la edad mediana 56 años (rango: 20- 84). Presentaron hernia hiatal 13%. Entre los hallazgos endoscópicos se observó EB tipo circunferencial 5%, segmento corto 80%, segmento largo 0.6% e islotes 14%. La prevalencia de MI en la población seleccionada fue del 10% (IC 95%: 6,5-16; 17/159) y la prevalencia global fue del 0.68% (IC 95%: 0,4 – 1,1; 17/2504). Los diagnósticos histológicos restantes se distribuyeron de la siguiente manera: metaplasia columnar 46%, esofagitis crónica 13%, epitelio escamoso 20%, mucosa gástrica 10%. CONCLUSIONES: La importancia del EB radica en su potencial evolución a AC. La prevalencia global fue de 0.68% y coincide con los reportes de la literatura. Se observa una marcada disparidad entre la sospecha endoscópica de EB y la confirmación histológica de MI. Esto podría disminuirse con técnicas como NBI, FICE, cromoendoscopia y magnificación. El tipo de EB más frecuente fue el de segmento corto. A diferencia de la bibliografía, encontramos predominio de EB en el sexo femenino, pero no se halló diferencia en cuanto a la edad.

### LONG TERM FOLLOW UP IN PATIENTS WITH COLUMNAR LINED ESOPHAGUS (CLE): A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF 12 YEARS

Bolino, MC 1; Cerisoli, C 1; Durand, L 1; Avagnina, A 2; Elsnér, B 3; De Elizalde, S 4; Dominichini, E 5; Caro, L 1.

1 - Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica. Argentina. 2 - CEMIC. Argentina. 3 - Centro de Patología Dr. Elsnér; 4 - Laboratorio de Anatomía Patológica; 5 - Instituto Alexander Fleming. Argentina.

**Introduction:** Columnar lined epithelium (CLE) known as Barrett Esophagus (BE) is the strongest risk factor for esophageal adenocarcinoma. Its definition varies worldwide according to the inclusion of goblet cells (Intestinal Metaplasia-IM) for the diagnosis. Several studies have shown an equal risk for neoplastic progression in patients either with or without IM. However, if the absence of goblet cells is a pathologist misdiagnosis, an early stage of the disease or a sampling error is still unknown. **Objective:** To evaluate histological changes in patients under surveillance during a long term follow up. **Materials and Methods:** the study took place in an outpatient gastroenterology clinic in Buenos Aires, Argentina, between 2001 and 2013. Esophagitis, antireflux surgery or patients with a single study were exclusion criteria. **Design:** retrospective, descriptive and longitudinal study. Upper endoscopies were performed under sedation. Seattle protocol was followed when possible. Specimens were evaluated by gastrointestinal pathologists who diagnosed BE in the presence of goblet cells (IM) in CLE. Histological changes were registered when the patient's diagnosis varied during the follow up and they included changes related to the presence or absence of IM or to dysplasia progression or regression. **Statistical analysis:** VCCSTAT 2.0. 95%CI were calculated. **Results:** 432 reports corresponding to 118 patients were included in the analysis. 76% (90/118) were male, average age: 59.4 years (range 25-90); mean endoscopies/patient: 3.8 (min 2-max 12); average follow up: 4.93±2.88 years (min 1-max 12). All the patients were under PPI treatment. CLE was circumferential in 44 (37%) and tongue-like in 74 (62,7%) patients. Hiatal hernia was diagnosed in 71 (60%). Basal histology included IM in 82,5% (98/118) and Columnar Metaplasia (CM) in 17,5%(20/118). Histological changes were observed in 46 patients (39%; 95CI 30-48): 32% presented variability in the presence or absence of goblet cells, 3,4 % evidenced regression of dysplasia (Low Grade Dysplasia (LGD)– no dysplasia) and 3,4% evidenced progression (no dysplasia to LGD and LGD High Grade Dysplasia (HGD)). **Conclusions:** In a mean follow up of 5 years, almost half of this sample presented histological changes. The presence or absence of goblet cells could be observed in up to 40%, and the progression or regression to dysplasia in up to 8%. According to these results 4 out of 10 patients will alternate IM with CM, so we do believe that all patients with CLE, regardless of the presence of goblet cells, must comply with recommended surveillance. Progression to dysplasia was not observed in patients who only had CM in the surveillance.

### ACUTE ESOPHAGEAL NECROSIS IN PATIENTS WITH CANCER - REPORT OF 17 CASES

Adour, C 1; Dodsworth, M 1; Nielsen, G 1; Gurgel, R 1; Dardengo, R 1; Barroso, L 1; Lisboa, R 1; Ayres, C 1; Mello, G 1; Pelosi, A 1; Mansur, G 1; Ferreira, M 1; Guaraldi, S 1; Ribeiro, T 1.

1 - Seção de Endoscopia Digestiva do Hospital do Câncer I, Instituto Nacional de Cancer (INCA), Rio de Janeiro, Brazil.

#### Introduction:

Acute esophageal necrosis (AEN) is a rare condition whose etiology and pathophysiology are poorly understood, with multiple involved factors.

#### Objective:

To report cases of AEN at Hospital do Câncer I (HC I/INCA), and review the literature.

#### Materials and Methods:

From January 1999 to December 2011, 33.096 upper GI endoscopies were performed at the Endoscopy Department of HC I/INCA. We conducted a retrospective analysis of clinical, endoscopic, histologic, therapeutic and outcome (death or hospital discharge), of patients diagnosed with AEN in this period. **Results:** Seventeen patients were analyzed, including 10 male (58.8%) and 7 female (41.1%), diagnosed with AEN, age range from 17 to 85 years-old (median, 63.5). The indications for upper GI endoscopy were gastrointestinal bleeding (10, 58.8%), vomits (4, 23.5%), and other causes (3, 17.6%).

All of them had malignant disease, without a prevalent one. Those included airway cancer (5, 29.4%), gastrointestinal cancer (5, 29.4%) and others (7, 41.1%). Many comorbidities and/or serious medical complications were associated. It was observed a predominance of sepsis (9, 52.9%). In all patients, the upper GI endoscopy revealed the typical appearance of this disease: circumferential necrosis, predominantly in the 2/3 of the distal esophagus. Esophageal biopsies were performed in 6 (35.3%) patients. Eleven patients (64.7%) died and 6 (35.3%) were discharged.

#### Conclusion:

AEN is a rare disorder caused by multiple factors, related to severe clinical conditions. Treatment should be directed to the underlying disease and to suppression of gastric acid secretion. Cancer patients have a high mortality rate.

### ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA EN ESÓFAGO DE BARRETT: EXPERIENCIA INICIAL

Fuxman, C 1; Ciotola, F 1; Lowestein, D 1; Garcés, R 1; Badaloni, A 1; Nieponice, A 1; Nachman, F 1.

1 - Hospital Universitario Fundación Favaloro. Argentina.

**Introducción:** La ablación por radiofrecuencia (ARF) utiliza energía térmica para ablandar la capa superficial del esófago donde se localiza el tejido característico del Esófago de Barrett (EB) y estimula el proceso de recaptación: el epitelio columnar patológico y con anomalías moleculares es reemplazado por un epitelio neoescomoso genéticamente normal.

**Objetivos:** Evaluar eficacia y seguridad de la ARF en el EB.

**Pacientes y Métodos:** Es un estudio prospectivo, no controlado de registro de datos realizado en el Hospital Universitario Fundación Favaloro. Se incluyeron 46 pacientes adultos (ptes) (80 % hombres) con una mediana edad de 57,8 años (percentilos25-75: 42-67 años) tratados con ARF desde Mayo de 2010 hasta Abril de 2014. Fueron incluidos 34 ptes (74 %) con diagnóstico de EB sin displasia (EBND) con uno o más factores de riesgo (obesidad, reflujo severo, hombres caucásicos, fumadores, con antecedentes familiares de cáncer de esófago y/o EB largo); 5 (11 %) con displasia de bajo grado (DBG) y 7 (15 %) con displasia de alto grado (DAG)/adenocarcinoma temprano (ADC). Se evaluaron la media de seguimiento, el número de sesiones de ARF hasta lograr la erradicación de la Metaplasia Intestinal (MI), complicaciones y la recurrencia de la MI durante el período evaluado.

La mediana de seguimiento fue de 15,2 meses. Dos pacientes (4.3%) fueron perdidos durante el seguimiento.

**Resultados:** La erradicación completa de la MI fue observada en el 71.7 % de los ptes en una sesión de ARF, mientras que el 19.5% requirió 2 sesiones y dos ptes (4.3%) necesitaron tres para completar la erradicación. Dos pacientes (4.3%) fueron perdidos durante el seguimiento.

La longitud del EB se relacionó con un mayor número de sesiones para completar el tratamiento: los pacientes que no completaron la erradicación en una sola sesión presentaban un EB con una mediana de longitud de 7 cm.

La morbilidad se presentó en 3 ptes: dolor postprocedimiento en uno; estenosis asintomática en otro y estenosis sintomática que requirió dilatación con bujías en un tercer pte. . No se observó recurrencia del EB durante el periodo evaluado.

**Conclusiones:** La ARF permite la remoción del tejido metaplásico o displásico en forma completa, segura y efectiva. Los resultados a mediano y largo plazo publicados son estimulantes y permiten comenzar a reevaluar los protocolos de seguimiento vigentes.

### BLACK ESOPHAGUS: TWO CASE REPORTS AND REVIEW OF LITERATURE

Durso, DA 1; Foster, R 1; Maruta, LM 1; Campos, F 1.

1 – USP. Brasil.

Black esophagus is a rare but underdiagnosed disease. It occurs most frequently in severely ill patients and carries a high mortality rate. Cause of death is usually attributed to the comorbid conditions. Treatment is directed at the underlying cause, acid suppression and keeping the patient nil-persons. Surgery is needed in complicated cases and stenosis is the most feared longterm sequel.

In the present article, two case are described and literature is reviewed. Acute esophageal necrosis, also referred to as "black esophagus" or necrotizing esophagitis, is a rare clinical entity, named by its characteristic presentation as a circumferential black-appearing necrotic esophageal mucosa on esophagogastroduodenoscopy. Critical illness and multiple comorbidities are usually associated. It may be interpreted as a sign of poor prognosis, as mortality rate is up to 38%. Cause of death is usually attributed to the comorbid illness, but deaths due to black esophagus have been reported. Further research is needed to clarify the exact involved pathophysiological mechanisms.

## CANDIDIASIS ESOFÁGICA. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN SUJETOS SANOS

Hofmann Frene, E 1; Ríos E 1; Luchsinger, A 1; Sepulveda, D 1; Carrasco, K 2.  
1 - Fac Medicina, Universidad de La Frontera, Clínica Alemana de Temuco, Chile;  
2 - Clínica Alemana de Temuco, Chile.

La candidiasis esofágica es la infección por hongos más frecuente en gastroenterología, asociada a inmunodepresión y factores asociados como diabetes, falla renal y hepática, uso de antibióticos y corticoides orales e inhalados. El objetivo de este estudio es evaluar la prevalencia de esta patología y los factores asociados en pacientes consultantes en centro de endoscopia.

Material y Método: durante 2 años se evaluaron los pacientes con hallazgo endoscópico de candidiasis esofágica (CE) según grados de Kodsý, sus patologías asociadas y factores de riesgo de candidiasis. En todos los casos se tomó una biopsia de esófago. Los resultados se analizaron con cálculo de porcentajes, chi2 para variables discretas y t de student para variables continuas.

Resultados: se detectó CE en 72 sobre un total de 4253 endoscopías realizadas en ese periodo (1.7%), 68% mujeres, con promedio de edad de 51 años. El 78% eran grado 1 de Kodsý, 14 % grado 2 y 8% grado 3. La histología resultó positiva para cándida en 18 casos (25%). Dentro de los factores de riesgo un 42% usaba Inhibidores de la bomba de protones, 14% antibióticos, 2 de ellos en tratamiento de helicobacter, con endoscopia previa sin hongos. En ninguno de ellos esta asociación fue estadísticamente significativa. No hubo pacientes con SIDA en este periodo

Discusión: El diagnóstico de CE hoy es considerado como endoscópico en la práctica, por el bajo rendimiento de la histología (cifras menores de 34%), lo que se atribuye a pérdida o dilución de hongos superficiales en la preparación. Varios grupos plantean de todas maneras la histología para la confirmación diagnóstica. Estudios de cultivo detectan cándida en 50% de casos con biopsias negativas.

Dentro de los factores de riesgo destacan el uso de IBP, pero los pacientes sometidos a endoscopia lo usan habitualmente, también destaca el uso de antibióticos en 10 de casos, 2 detectados post erradicación de helicobacter con endoscopia previa sin cándida. Otras causas como uso de corticoides, inhaladores y diabetes no alcanzaron el 5%. El no contar con asociaciones significativas y el hecho de que esta es una serie de casos que no compara con un grupo control hace difícil de interpretar los resultados. No se presentaron casos de HIV-SIDA conocidos en esta serie, siendo una causa prevalente en otras series.

## VALOR PREDICTIVO DE LOS SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL DIAGNOSTICO DE TUMORES MALIGNOS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR

Tobal, F 1; Tobal, D 1; Laguzzi, J 1; Baldoma, V 1.  
1 - G.E.N.B.A. Argentina.

INTRODUCCION Con la tendencia a aplicar estrategias de tratamiento empírico en pacientes con síntomas digestivos altos resulta cada vez más importante identificar a los pacientes con alto riesgo de padecer patología maligna. El Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica (NICE, Reino Unido) publicó en el año 2005 recomendaciones para la realización urgente de endoscopia digestiva alta como evaluación de pacientes con síntomas sugestivos de tumores malignos del tracto gastrointestinal superior (Recomendación Grado C). En general, los signos y síntomas de alarma son utilizados con este propósito, pero su valor diagnóstico no es del todo claro.

OBJETIVO Evaluar el valor predictivo de los síntomas de alarma en el diagnóstico de tumores malignos del tracto gastrointestinal superior.

PACIENTES Y METODOS Fueron incluidos consecutivamente todas aquellas personas derivadas a nuestro servicio para la realización de endoscopia digestiva alta entre Octubre de 2006 y Junio de 2014 con síntomas sugestivos de patología maligna del tracto gastrointestinal superior de acuerdo a las recomendaciones del NICE. Fueron considerados signos y síntomas de alarma los siguientes: disfagia progresiva de más de 2 meses de evolución, pérdida de peso no intencional mayor de 10 kg en los últimos 6 meses, vómitos incoercibles de más de 2 semanas de duración y episodios de melena/hematemesis en las 2 semanas previas. Fueron excluidos aquellos pacientes con dispepsia sin signos de alarma debido a que la recomendación del NICE es controversial en estos casos.

RESULTADOS Fueron evaluados 812 pacientes adultos (M/F 365/447, edad media (± DE) 64.6 años (±16.6)). Sesenta y seis paciente presentaron tumores malignos. El valor predictivo positivo global de los síntomas de alarma fue de 8%.

Los tumores fueron hallados en 40/366 pacientes con disfagia (VPP 11%, VPN 94%, Sensibilidad 60% Especificidad 56%), en 10/35 pacientes con pérdida de peso (VPP 28%, VPN 92%, Sensibilidad 15% Especificidad 96%), en 9/236 pacientes con melena (VPP 3.8%, VPN 90%, Sensibilidad 13.6%, Especificidad 69%), en 5/91 pacientes con hematemesis (VPP 5.5%, VPN 91%, Sensibilidad 15%, Especificidad 88%) y en 2/84 pacientes con vómitos (VPP 2.3%, VPN 91%, Sensibilidad 3%, Especificidad 89%).

CONCLUSIONES En nuestro estudio, uno de cada diez pacientes con signos y síntomas de alarma presentaron tumores malignos del tracto digestivo superior. En concordancia con la bibliografía internacional, la disfagia es el síntoma más frecuentemente asociado a patología maligna. Si bien el valor predictivo positivo global hallado es mayor a lo publicado internacionalmente, esto puede deberse a la exclusión de los pacientes con dispepsia sin signos de alarma en nuestro estudio.

## CORRELAÇÃO DOS ACHADOS CLÍNICOS E ENDOSCÓPICOS COM REFLUXO GASTROESOFÁGICO PATOLÓGICO E SUPRAESOFÁGICO NAS PHMETRIAS DE 24 HORAS DE PACIENTES DO AMBULATÓRIO DO SERVIÇO DE MOTILIDADE DIGESTIVA DO HOSPITAL ESTADUAL MARIO COVAS

Teixeira, CP 1; Souza, TF 1; Paiva, SLM 1; Santos, FP 1; Galvão Neto, M 1; Grecco, E 1; Sarni, RO 2.

1 - Hospital Estadual Mario Covas; 2 - Faculdade de Medicina do ABC (FMABC). Brasil.

Introdução: A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é uma doença crônica na qual o conteúdo gastroduodenal reflui para o esôfago. O quadro clínico da DRGE é usualmente referido como pirose e regurgitação (manifestações típicas). O refluxo laringofaríngeo é fator etiológico importante e pode determinar o aparecimento de diversos sintomas como disfonía, asma, tosse crônica, pigarro, globus faríngeo e até câncer de laringe e hipofaringe, e, por isso, deve ser diagnosticado e tratado corretamente. A pHmetria de 24 horas com utilização de dois probes (o superior locado no ESE) é considerado o exame gold standard para detecção e quantificação de refluxo gastroesofágico e supraesofágico. Objetivo: Analisar os aspectos clínicos e endoscópicos de pacientes portadores de DRGE e a presença de refluxo supraesofágico. Métodos: Foram estudados 21 pacientes com achado de refluxo gastroesofágico patológico na phmetria, sendo que 16 apresentavam sintoma típico (pirose, regurgitação) e foram identificados com grupo G1 e 5 com sintomas atípicos e foram identificados como grupo G2. Todos os pacientes foram submetidos a endoscopia e pHmetria esofágica (dois sensores). Resultados: Refluxo supraesofágico foi encontrado em 33,33% do total dos pacientes; 57 % do grupo G2 e em apenas 21% do grupo G1. Conclusão: os sintomas típicos orientam a realização da endoscopia digestiva alta. A phmetria é o exame padrão-ouro para refluxo gastroesofágico e supraesofágico. Embora menos comum o refluxo supraesofágico pode estar associado as manifestações típicas da DRGE.

## DILATAÇÃO PNEUMÁTICA DE ACALÁSIA CHAGÁSICA COM PERFURAÇÃO ESOFÁGICA

Teles, LD 1; Leite, ABG 1; Mota, VPLP 1; Almeida, RES 1; Cristóvão, CU 1; Nakao, FS 1; Libera Junior, ED 1.

1 - UNIFESP - Universidade Federal De São Paulo. Brasil.

M.F.P., feminino, 61 anos, natural da Bahia, portadora de Doença de Chagas (acometimento cardíaco e esofágico) e múltiplas comorbidades (coronariopatia, fibrilação atrial crônica, hipotireoidismo, dislipidemia, diabetes mellitus, gota), com história de disfagia baixa progressiva para alimentos sólidos e pastosos há 4 anos. Apresentava exame contrastado de esôfago, estômago e duodeno (2012) que mostrava um estreitamento persistente da sua luz na porção mais distal do esôfago, com dilatação à montante medindo até 5,3 cm. Além disso, havia dismotilidade com ondas terciárias e lentificação do esvaziamento em terço médio e inferior do esôfago. Endoscopia digestiva alta realizada em 2012 se encontrava normal. Teve o diagnóstico nesta época de acalásia chagásica e megaesôfago grau II. Nos últimos 6 meses, evoluiu com piora da disfagia (incluindo líquidos) e perda ponderal de 20Kg neste período. Foi encaminhada para o Hospital São Paulo (UNIFESP) para avaliar a possibilidade de tratamento endoscópico. Optou-se por realização de dilatação pneumática com balão Rigiflex de 30 mm. Durante o procedimento, após desinsuflação do balão, notam-se 2 lacerações em terço distal, sendo uma profunda de 1,5 cm e outra superficial de 0,8cm, com discreto sangramento e possível perfuração esofágica. Realizada injeção de contraste sobre as lacerações, e não foi visualizado extravasamento do mesmo pela radioscopia. Foram colocados 3 cliques metálicos na laceração profunda e posicionada sonda nasoenteral em cavidade gástrica. Durante todo o procedimento paciente manteve-se estável hemodinamicamente e com boa saturação de oxigênio. Ao exame físico no final do procedimento, ausculta pulmonar encontrava-se sem alterações e ausência de enfisema subcutâneo. Foi administrada Ceftriaxona ainda na sala de endoscopia e paciente encaminhada diretamente para realização de tomografia computadorizada de tórax e abdome, a qual não evidenciou sinais de extravasamento de contraste, pneumotórax ou pneumomediastino. Foi internada na UTI, permaneceu em jejum e foi ampliado espectro dos antibióticos (Meropenem + Vancomicina). Manteve-se assintomática e com estabilidade hemodinâmica. Após 48h, realizou nova tomografia computadorizada de tórax e abdome que não mostrou coleções junto a transição esofagogastrica e nem sinais de derrame pleural, pneumotórax ou pneumomediastino. Foi liberada dieta pela SNE, sem intercorrências. Iniciada dieta oral com boa aceitação, sendo progredida até dieta geral. Recebeu alta hospitalar após 1 semana para seguimento ambulatorial. No retorno, após 1 mês da alta, estava sem disfagia e com ganho ponderal de 1,5 Kg.

**ESTENOSIS ESOFÁGICA REFRACTARIA SEVERA POR INGESTIÓN DE CÁUSTICOS**

Tuñón, CR 1; Porras, C. 1; Torrazza, E. 1.  
1 - CHMDr. AAM. Panamá.

Presentamos una serie de tres casos clínicos que acudieron al servicio de gastroenterología entre 4 – 8 semanas después de la ingesta del caustico, presentando disfagia a líquidos y pérdida de peso de > de 20 libras.

Se describen las características clínicas, radiológicas y endoscópicas de los pacientes, dos varones y una mujer con edades entre 57-17 años, los cuales todos presentaron estenosis esofágicas complejas, largas secundarias a la ingesta de hidróxido de potasio. Las dilataciones con dilatadores de bujía tipo Savary-Gilliard y a los balones de expansión radial (CRE), fueron fallidas. La dilatación con dilatadores Tucker en los tres pacientes consiguió la rehabilitación esofágica y evitar la cirugía.

**PERFURAÇÃO ESOFÁGICA POR CORPO ESTRANHO: TRATAMENTO CONSERVADOR**

Fey, A 1; Moratelli, L 2; Cunha, PVJ 2; Hoffmann, P 2; Hobus, LC 2; Mussulin, D 2; Doerner, DC 2.  
1 - PUC-Pr; 2 - UNIDAVI / HRAV. Brasil.

**INTRODUÇÃO:** Dentre as perfurações do trato gastrointestinal, as de esôfago são as de pior prognóstico. A perfuração da porção intratorácica é potencialmente uma condição mortal e representa um desafio médico, geralmente sendo considerada uma emergência cirúrgica. É de difícil manejo e requer uma conduta individualizada para cada caso. Frente a baixa incidência desta afeção, a maioria dos centros não possui experiência suficiente na definição de uma conduta padronizada para o manejo de tais lesões. É classificada de acordo com a sua etiologia e localização. Conforme a etiologia é classificada como de origem intraluminal ou extraluminal e de acordo com a localização (cervical, torácico e abdominal).

**RELATO DE CASO:** Paciente masculino de 43 anos foi encaminhado ao serviço de endoscopia com história de ingestão de carne com impactação retroesternal, evoluindo com dor e disfagia para sólidos. Durante a endoscopia foi identificado a presença de corpo estranho (osso de galinha) encravado em parede anterior e posterior de esôfago torácico (figura 1). Inicialmente não foi possível a retirada do corpo estranho, pois ele encontrava-se firmemente fixo na parede esofágica. Procedeu-se então o corte deste osso e a remoção dos dois fragmentos, sem intercorrências (figura 2). Após a retirada do osso observou-se a presença de duas perfurações com secreção purulenta. Optou-se pela aplicação de sonda naso-enteral para nutrição enteral, antibioticoterapia de amplo espectro, inibidor de bomba de prótons e internação com dieta zero por cinco dias, quando foi repetida a endoscopia, que demonstrou cicatrizaçao completa das lesões vistas no exame anterior (figura 3). Foi então retirado a sonda naso-enteral e liberado a dieta. No sexto dia o paciente recebeu alta hospitalar assintomático.

**CONCLUSÃO:** A perfuração esofágica é uma ocorrência grave e com evolução desfavorável se não for bem conduzida(6). Deve-se priorizar uma conduta conservadora sempre que possível, já que o acesso cirúrgico desta região é complexo e sujeito a elevadas taxas de morbimortalidade. No caso em questão, em um paciente com duas perfurações da porção intratorácica do esôfago, optou-se pelo tratamento conservador, priorizando, após a retirada do corpo estranho, dieta zero, nutrição enteral e antibioticoterapia. A conduta precoce nesta situação é fundamental, já que em casos tardios o índice de complicações infecciosas, como mediastinite, é alto e as taxa de mortalidade são elevadas.

**PAPILOMA ESOFAGICO**

Albán, RW 1; Heredia, ED 1; Carrión, PA 1; Jara, R 2.  
1 - IGEDTA- Machala-Ecuador; 2 - CEDIPAC. Machala. Ecuador.

**INTRODUCCION:** La infección por Papiloma Virus Humano (VPH), se encuentra incidentalmente, fue descrita por Adler en 1959. La patogenia se ha relacionado con reflujo gastroesofágico, hernia hiatal, esofagitis y con menor prevalencia en pacientes alcohólicos y tabaquistas. Dando como resultado hiperplasia celular produciendo lesiones benignas como papilomas o verrugas que se localizan en epitelios como piel, mucosas orales y genitales. Los VPH pertenecen a la familia Papillomavirus, siendo el hombre el reservorio. La incidencia es muy baja (0.01% a 0.43%). Generalmente cursa asintomático y con predominio en hombres. **CASO CLINICO:** Paciente de 25 años de edad, casado. Consulta por presentar pirosis y epigastralgia de 3 meses de evolución. Lab: sin alteración, VIH negativo. **VEDA:** Esófago: mucosa a 28cm de arcada dentaria superior, lesión polipodea e subpediculada tentacular nacarada < 5mm que se extirpa con fórceps. **Anatomía Patológica:** Esófago: hiperplasia papilomatosa con presencia de acantosis y células coilociticas en los estratos medios. Recibe tratamiento con IBP con mejoría. **CONCLUSIONES:** La papilomatosis esofágica, existen pocas publicaciones en relación al tema en nuestro país. Nuestro paciente luego de la extirpación no ha tenido ninguna recidiva en los controles efectuados.

**SOSPECHA DE PERFORACION DE ESOFAGO POST-INSTRUMENTAL ¿COMO MANEJAR AL PACIENTE?**

De Anton, R 1; Durand, L 1.  
1 - Hospital de Clinicas. Argentina.

**INTRODUCCION:** Con el avance de la endoscopia terapéutica es más común la probabilidad de que se produzca perforación del esófago. Ante la sospecha del mismo, la conducta a tomar puede generar un importante impacto en la calidad de vida del paciente. **OBJETIVO:** Analizar la evolución de estos pacientes.

**MATERIAL Y METODOS:** Estudio descriptivo, observacional, de diseño longitudinal. Duración 3 años. 10 Pacientes.

En todos los pacientes se constató estabilidad clínica y se realizaron estudios complementarios. Se analizaron 9 variables.

**RESULTADOS**

1) EDAD MEDIA: 67 Años. 2) SEXO: 60% Hombres.  
3) INDICACION: 50% casos por extracción de cuerpos extraños (4 hueso de pollo- 1 pedazo de carne), 10% hematemesis, 10% intubación dificultosa, 10% dilatación con balón de estenosis esofágica, 20% tratamiento de divertículo de Zenker. 4) ESOFAGO PATOLOGICO: 10% de los casos.  
5) SITIO DE LA LESION: 50% Cervical, 20% inferior, 10% esófago medio. 6) TIEMPO DE LA CONSULTA: 90% en forma inmediata, 10% a los dos días. 7) ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

A1) TRANSITO DE ESOFAGO AL INGRESO: 90% Sin extravasación del contraste a nivel cervical ni a cavidad pleural. 10% extravasación a nivel cervical.

A2) TOMOGRAFIA COMPUTADA AL INGRESO : 100% Neumomediastino, 40% Derrame pleural bilateral, 20% Imagen de espícula pseudodiverticular en esófago inferior, 20% Neumoperitoneo y retroneumoperitoneo, 10% filtración a nivel cervical, 0% Filtración a cavidad pleural o abdominal.

B) TOMOGRAFIA COMPUTADA A LA SEMANA: 90% Reabsorción parcial de neumomediastino, 20% colecciones (10% cervical, 10% pleural izquierda) 8) EVOLUCION CLINICA: Favorable en el 100%.

9) NECESIDAD DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS: 80% Manejo conservador, 20% requirió procedimientos quirúrgicos menores (10% drenaje cervical, 10% videotoroscopia y drenaje de líquido pleural izquierdo).

**CONCLUSIONES:** Ante la presencia de lesión mucosa en el esófago con enfisema subcutáneo o neumomediastino en tomografía computada post-procedimiento y estabilidad clínica, es necesario realizar estudios complementarios para confirmar una perforación esofágica. En casos negativos, se puede adoptar una conducta expectante activa con antibióticos y suspensión de vía oral y control clínico estricto por un equipo con experiencia. En esta serie, un 70% de los pacientes evolucionó en forma favorable con tratamiento conservador, y el 30% restante evolucionó favorablemente solo con el agregado de tratamientos quirúrgicos de menor envergadura. De esta manera se evitó a todos los pacientes grandes operaciones mutilantes con requerimiento de segundas intervenciones reconstructivas.

**CANCER GASTRICO PRECOZ**

Guzmán, J 1; Almar, E 1; Lassalle, J 1; Cacuango, L 1; Vasquez, M 1; Bagnati, A 1; Deladoey, A 1; Aramburu, J 1; Cecchi, S 1; Cecchi, A 1.  
1 - Hospital Rivadavia. Argentina.

Paciente femenina 46 años, peruana, antecedentes de litiasis vesicular y Gastritis Crónica, consulta al servicio de Gastroenterología en Julio del 2010 por presentar cuadro de epigastralgia y dispepsia de varios años de evolución, Se realiza videoendoscopia digestiva alta (VEDA) con diagnóstico de Hernia Hiatal, Gastropatía de aspecto crónico, anatomopatológico: Gastritis crónica activa con acúmulos linfocitos, H. pylori positivo. Recibe terapia triple esquema clásico (Amoxicilina, Claritromicina e IBP) para erradicación de H. pylori. Colon por enema normal.

Por persistir sintomatología dispéptica e interpretado como anemia leve (Hb 12,4 Hto 36,6) se investiga anticuerpos IgA antitransglutaminasa: negativo, IgA total: normal.

Agosto 2012 VEDA: Gastropatía de aspecto crónico, informe anatomopatológico: Gastritis crónica activa, H pylori positivo. La paciente recibe: Amoxicilina, Tinidazol e IBP.

Julio del 2013 la paciente consulta por persistir cuadro clínico, se realiza VEDA control: Se observa en Estómago: cuerpo, curva mayor hacia antro, entre pliegues una lesión elevada sétil de aproximadamente 10 mm de diámetro, con erosión en su ápice, dura a la toma de biopsias; Anatomopatológico: Fragmento de mucosa gástrica con alteraciones reactivas y fragmento superficial erosionado con marcadas alteraciones reactivas y células con acúmulos nucleares y citoplasma claro (PAS+), sospecha de adenocarcinoma con células en anillo de sello.

Agosto del 2013 se planifica su resección endoscópica sin éxito por "no lifting", se toman nuevas biopsias en sacabocados y se realiza marcación con tinta china. Anatomopatológico: mucosa gástrica que muestra proliferación glandular con caracteres morfológicos vinculables a un adenocarcinoma poco diferenciado con algunas células en anillo de sello (PAS+). A falta de recursos económicos de la paciente y hospitalarios no se realiza ecoendoscopia y se deriva a Cirugía. En TAC simple y contrastada de abdomen: pared gástrica engrosada, sin evidencia de ganglios ni metástasis.

Septiembre 2013 Se realiza una Gastrectomía Subtotal, Anatomopatológico: Macroscopia, Pieza de gastrectomía subtotal de 9 cm de longitud. En la mucosa se observa zona de 2,5 cm de diámetro de pliegues engrosados que llega hasta serosa. Microscopia: Adenocarcinoma poco diferenciado con células en anillo de sello que infiltra la submucosa, sin invasión vascular ni perineural, ganglios linfáticos con histiocitosis sinusal sin infiltración neoplásica, márgenes de la resección sin invasión tumoral.

A la fecha continúa en seguimiento por oncología con ciclos de quimioterapia: Capacitabina, Oxaliplatino, Epirubicina.

**LINFOMA GASTRICO TIPO MALT**

Espinel, ML1.

1 - AXXIS GASTRO. Ecuador.

Hombre 27 años, apendicectomizado hace 10 años.

Abuela con cáncer de Útero.

Cuadro de 4 meses de evolución con leve dolor abdominal, meteorismo, flatulencia, llenura precoz y baja de peso. Evaluado por facultativo quien solicita ecografía abdominal la cual reporta colelitiasis. Se realiza colecistectomía laparoscópica sin complicaciones.

Los síntomas persisten incrementándose la baja de peso (10 kg.) . Se prescribe omeprazol sin mejoría.

Posteriormente se realiza una endoscopia alta encontrándose en antro un importante proceso tumoral infiltrativo. La biopsia reporta Gastritis eosinofílica con Helicobacter pylori positivo.

El paciente acude a nuestra Unidad por no tener ninguna mejoría y con el diagnóstico realizado en provincia. Impacta en el paciente la importante baja de peso. Se repite la endoscopia alta:

Lesión infiltrativo subepitelial con algunas pequeñas ulceraciones cubiertas de fibrina que compromete antro (excepto curvatura mayor) y cara posterior de cuerpo distal. Se realiza un ultrasonido endoscópico.

Lesión infiltrativa que compromete mucosa, submucosa y muscular propia, con un engrosamiento de la pared gástrica hasta 4 cm. presencia de un linfonodulo perilesional de 8 mm de diámetro. Tronco celiaco libre de linfonódulos.

Se realiza un corte en la mucosa antral y se extrae tejido de la submucosa. El estudio histopatológico e inmunohistoquímico reporta un Linfoma Difuso No Hodgkin de células B del tejido linfocito asociado a la mucosa (LINFOMA MALT). La tomografía reporta importante engrosamiento de la pared gástrica. Resto de órganos son normales. Iniciamos terapia para Helicobacter Pylori. Un primer esquema con pantoprazol, levofloxacina, y amoxicilina por 14 días con fracaso. El segundo esquema con pantoprazol, bismuto coloidal, tetraciclina y metronidazol se consigue la erradicación de la bacteria (antígeno de H. Pylori en heces). El paciente es remitido a Oncología Clínica donde recibe R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, viscristina, prednisona) 8 ciclos y luego radioterapia.

Al año de su diagnóstico, el paciente se encuentra asintomático. La endoscopia de control: estomago normal . Se realizan biopsias en mapeo de mucosa sana(4 de antro, 4 de cuerpo y dos de fondo).

El estudio histopatológico es negativo para linfoma y negativo para H. Pylori.

**DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA POR MEIO DE PAAF: UMA ALTERNATIVA VIÁVEL À PUNÇÃO ECOGUIADA RELATO DE CASO**

Fortunato, MB 1; Cavalga, MJ 1; Costa, MS 1; Borges, IKLC 1; Maymone, MP 1; Moreira, MP 1; Degiovani, M. 1; Dib, RA 1; Parada, AA 2; Rodriguez, TN 2.  
1 - Hospital Nove de Julho. Brasil. 2 - Hospital Nove de Julho Serviço de Endoscopia e Ecoendoscopia. Brasil.

Introdução: A PAAF é um método diagnóstico utilizado para diagnóstico histológico em diferentes especialidades médicas. No aparelho digestório é muito utilizado e difundido para o diagnóstico de vários tipos de lesões subepiteliais ou não, através da punção ecoguiada por ultrassonografia endoscópica.

Objetivo: Mostrar a possibilidade de diagnóstico histológico através de PAAF durante exame de endoscopia digestiva com aparelhos convencionais.

Materiais e métodos: Exame endoscópico realizado com aparelho Pentax EPM 3500 e sedação endovenosa com fentanil 0,075 mcg e midazolam 2,5 mg

Relato de caso: A.J.S., 70 anos pós operatório tardio de laringectomia total, devido carcinoma epidermóide de orofaringe (T4) e tardiamente diagnosticado metástase cervical unilateral com necessidade de esvaziamento cervical e radioterapia. Seis meses após o paciente realizou PET-CT para seguimento, que diagnosticou área de hiper captação do marcador radiativo em região gástrica a qual, pela ressonância magnética, evidenciou achados semelhantes e sugestivos de lesão gástrica, com acometimento gástrico intramural, de etiologia à esclarecer. Diante disso o paciente foi submetido à endoscopia digestiva alta que demonstrou, em antro gástrico pela grande curvatura na parede posterior, lesão subepitelial com mucosa preservada de aproximadamente 3,0cm de extensão em maior eixo. Foram realizadas biópsias sobre biópsias com pinça endoscópica, as quais evidenciaram processo inflamatório crônico. Porém em março de 2014 foi realizada nova endoscopia digestiva alta onde, além de biópsias sobre biópsias, foi realizada punção aspirativa com agulha fina (PAAF) sobre a lesão, utilizando agulha 6mm da marca Olympus, evidenciando-se carcinoma epidermóide.

Conclusão: A punção aspirativa com agulha fina mostrou-se uma alternativa simples e viável para possível diagnóstico de lesões subepiteliais diagnosticadas por endoscopia digestiva convencional, podendo eventualmente ser utilizado como método diagnóstico.

**EFICACIA DE LA CARBOXICISTEINA Y SIMETICONA PREVIO A LA GASTROSCOPIA EN PACIENTES CON INDICACION DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA SUPERIOR**

Arriaga, A 1; Rodríguez Zuramay, C 1.

1 - Hospital Dr. Miguel Perez Carreño. Venezuela.

valuar la eficacia de la carboxicisteina y simeticona en la mejora de la visibilidad de la mucosa gástrica durante la gastroscopia de pacientes que acuden de manera ambulatoria con indicación de endoscopia digestiva superior. Metodología: Se trató de un ensayo clínico controlado, prospectivo, doble ciego y comparativo, con análisis transversal de serie de casos consecutivos de sujetos con indicación de gastroscopia para evaluar la eficacia de Carboxicistein y Simeticona en el mejoramiento de la visión de la superficie mucosa gástrica.. La muestra fue tipo intencional no probabilístico, tres grupos con 50 pacientes cada uno. La visibilidad endoscópica se determinó mediante la base de la forma modificada de Kuo et al Resultados: se estudiaron 150 pacientes, 50 premedicados con carboxicisteina (grupo A), 50 premedicados con simeticona (grupo B) y 50 sin premedicación (grupo C), con edad promedio 48 años, 78% fueron sexo femenino, el tiempo de ayuno promedio fue 17,87 horas sin diferencia estadísticamente significativa entre los 3 grupos, al igual que en la duración con promedio 4,14 minutos, obteniéndose una diferencia estadísticamente significativa para la visibilidad la cual fue mejor en el grupo B. donde la visibilidad fue buena en el 100% de los pacientes. Los hallazgos endoscópico en los tres grupos fue gastropatía erosiva. la patología neoplásica el diagnóstico fue equitativo en los 3 (tres) grupos. Conclusión: la visibilidad endoscópica, fue mejor en el grupo premedicado con simeticona, mientras que para el grupo premedicado con carboxicisteina y sin premedicación fue menor.

**DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA EN NEOPLASIA GÁSTRICA TEMPRANA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA DE PERÚ**

Palacios, F 1.

1 - Hospital Rebagliati. Argentina.

**Introducción:** La disección endoscópica submucosa (ESD) permite la resección en bloque de neoplasias gástricas tempranas (NGT) grandes, incluso con cicatriz o úlcera; sin embargo es una técnica compleja y con riesgo de complicaciones, poco desarrollada en occidente. **Objetivo:** Presentar nuestra experiencia inicial y resultados de la ESD en un hospital de referencia en Perú.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo, unicéntrico. Entre julio 2012 y mayo del 2014, se incluyeron 20 pacientes con edad promedio de 67,8 años (rango 43 a 92 años), 13 de sexo femenino, con 20 NGT que cumplían los criterios estándar y expandidos para resección endoscópica propuestos por la Asociación Japonesa de Cáncer Gástrico. Las lesiones fueron resecaadas con la secuencia típica de ESD: marcaje, inyección, corte y disección submucosa. Se usaron varios tipos de bisturys para disección. Los principales resultados a evaluarse fueron la resección en bloque, resección completa, tiempo operatorio y complicaciones.

**Resultados:** De las 20 lesiones el 65% estuvieron localizadas en tercio inferior y el tamaño promedio fue de 24.05mm (12-45mm). Se consiguió la resección endoscópica completa en todos los casos, con resección en bloque en 95%. El tiempo operatorio promedio fue de 50.3min (21-128min). El análisis histológico de los especímenes reveló 7 adenomas y 13 adenocarcinomas, 90% tuvieron sólo invasión intramucosa, los márgenes verticales estuvieron libres de neoplasia en todos los casos, pero los laterales no pudieron evaluarse en 2 casos, consiguiendo resección completa histológica en 90%. Sólo hubo 1 caso con sangrado inmediato significativo, ningún caso de sangrado tardío y 2 casos de perforación cerrados con clips.

**Conclusiones:** Nuestra experiencia inicial con ESD nos permitió una alta tasa de resección en bloque y resección completa de NGT, con una baja frecuencia de complicaciones, por lo que debe ser el tratamiento de elección en este tipo de lesiones en lugar de la cirugía.

**BLOQUE CELULAR VERSUS CITOLOGÍA EN EL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL MATERIAL OBTENIDO POR PUNCIÓN GUIADA POR ENDOSONOGRAFÍA**

Oropeza, A 1; Ospina, J 1; Del Valle, R 1; Pitanga, H 1; Bravo, G 1; Soria, M 1; Robles-Jara, C 1; Robles-Medrand, C 1.

1 - IECED. Venezuela.

**Introducción:** La biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) guiada por ultrasonido endoscópico (USE) es un recurso diagnóstico que ha demostrado su utilidad en múltiples situaciones clínicas, ofreciendo la ventaja de obtener material biológico de cualquier lesión o tejido adyacente al tracto gastrointestinal para estudio cito y-o histopatológico.

**Objetivo:** Conocer el rendimiento diagnóstico de las citologías versus bloque celular obtenidas por BAAF guiada por USE en lesiones sólidas.

**Material y Métodos:** Estudio prospectivo, observacional y descriptivo, que incluye los pacientes sometidos a BAAF por USE en el Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED) en Guayaquil - Ecuador, desde enero de 2013 a marzo de 2014. Todos los procedimientos fueron realizados por el mismo endoscopista, utilizando un ecoendoscopio Linear Pentax 3870UTK acoplado a una consola Hitachi, usando agujas de 19G, 22G o 25G según el tipo de lesión y localización, se realizó una única punción, con >25 pasadas El bloque celular (BC), se depositó en un frasco de formol y la citología se extendió en laminillas, fijado con spray fijador. La calidad de la muestra se calificó por patología como: A: Muestra adecuada = diagnóstico patológico (presencia de células bien preservadas identificables del sitio blanco en cantidad suficiente para llegar a un diagnóstico presuntivo). B: Muestra inadecuada (ausencia de grupos celulares identificables del sitio blanco o bien el estado de preservación de los mismos no era el óptimo falta de cualquier material visible o contaminación) o insuficiente (presencia de grupos celulares del sitio blanco o algunas células individuales atípicas con escaso material, que no permiten clasificar a la muestra como positiva o negativa para malignidad) = sin diagnóstico patológico.

**Resultados:** 342 USE fueron realizados, 65 pacientes requirieron BAAF con un total de 84 BAAF (24,56%).

BAAF en lesiones sólidas fue de 89,28% (n= 75) y en lesiones quísticas 10,71% (n= 9). Las lesiones sólidas incluyeron: pancreáticas 53,73%, ganglios 35,82%, lesiones subepiteliales 8,95% y prostática 1,47%.

Las citologías evidenciaron 49 muestras adecuadas (65,33%); 21 muestras inadecuadas (28%) y 5 insuficientes (6,66%) [34,66% no diagnósticas]. El BC evidenció 62 muestras adecuadas (82,66%); 11 muestras inadecuadas (14,66%) y 2 insuficientes (2,66%) [17,32% no diagnósticas]. Con un 95% de confianza y con un error estándar de 0,085, teniendo como resultado una p:0,725, estadísticamente significativa entre la cantidad de pacientes que son diagnosticados a través de BC y los diagnosticados a través de citología.

**Conclusiones:** La BAAF por USE es un método útil para obtener muestras para diagnóstico histopatológico. Presentando un rendimiento diagnóstico superior para la evaluación histológica en relación con la citología de la muestra.

**UTILIDADE DA ECOENDOSCOPIA RADIAL (EER) PARA ESTADIAR E DETERMINAR A REMOÇÃO ENDOSCÓPICA (RE) DE TUMORES CARCINÓIDES GASTRODUODENAIIS (TCGD)**

Pardal, JCR 1; Dib, RA 1; Parada, AA 1; Taglieri, E 1; Neto, OM 1; Ardengh, JC 1; Kemp, R 2; Santos, JS 2.

1 - Hospital 9 de Julho. Brasil 2 - HCFMRP. Brasil.

TCGD são raros e apresentam-se como tumores submucosos ou nódulos. O diagnóstico, manejo adequado e prognóstico, continuam a ser um enorme desafio. O objetivo foi determinar as vantagens do estadiamento pela EER antes de indicar com precisão a RE ou a cirurgia.

De set/2006 a jan/2012, 52 pacientes com suspeita de TCGD, foram submetidos à EER para o estádio e diagnóstico. Excluímos os tumores subepiteliais, da papila duodenal e aqueles com patologia inconclusiva para TCGD. As EER foram revisadas e analisadas com base em imagens/vídeo e comparadas aos resultados clínicos e patológicos.

27 pacientes com 44 TCGD (30 TCG e 14 TCD) foram analisados. A EER revelou que todos eram originários da segunda camada e homogêneos. 93% eram hipocócicos e o tamanho médio dos TCG foi 11 mm (5-18) e 7 mm (6-16) para os TCD. Baseado nos resultados da EER o estadiamento de cada uma das lesões foi: 29 TC uT1 (66%) em 23 pacientes, enviados à RE e 15 TC uT2 (34%) em 4 pacientes enviados à cirurgia. Foram feitas 29 RE (16 TCG e 13 TCD), utilizando alça de polipectomia (19), mucosectomia após injeção submucosa (7) e após ligadura elástica (3). RE completa ocorreu em 23/29 (79,3%). Precisão da EER para determinar a correta indicação cirúrgica (uT2) ou RE (uT1) foi de 79,3%. Ocorreram dois eventos adversos precoces (6,8%): dor (1) e perfuração (1), o último tratado cirurgicamente. A taxa de mortalidade foi de 3,4%. Recorrência ocorreu em 3/23 (13%).

À EER a maioria dos TCGD é menor que 10 mm, hipocócicos, de limites precisos e localizados na mucosa profunda (2ª camada). Os fatores preditivos para a RE segura são: TCG proximais e o TCD bulbares, associados às características anteriormente descritas à EER. O TCG da porção média e distal e o TCD da segunda porção são difíceis de serem avaliados com precisão pela EER.

**FÍSTULA GASTROBRÔNQUICA CRÓNICA EN GASTRECTOMIA EN MANGA. CURA A TRAVÉS DE SEPTOTOMIA ENDOSCÓPICA POSTERIOR A FALLA QUIRÚRGICA**

Campos, JM 1; Dongo, VP 2; Melone, FS 3; Monsalve, TP 3.

1 - UFPE; 2 - Clínica De Día Avendaño, Lima-Perú; 3 - Hospital Universitario de Caracas, CCS, Venezuela.

**Caso Clínico**

Paciente mujer de 34 años de edad, sometida a gastrectomía en manga en 2012 en Brasil con las siguientes comorbilidades: hipertrigliceridemia y espondilitis anquilosante. En el 6 día de post-operatorio refiere falta de aire, dolor en hombro izquierdo, no tolera decúbito, se realiza diagnóstico de fuga gástrica más absceso intra-abdominal por tomografía, se realiza laparoscopia exploratoria más drenaje. Presenta evolución desfavorable con embolia pulmonar y es referida para UTI por 24 días, es dada de alta con dolor en hombro izquierdo y dispepsia ocasional.

**Tratamiento endoscópico previo:**

Noveno mes: le realiza endoscopia y se informa de orificio fistuloso, es tratada con stent plástico por 25 días donde el drenaje baja a 0cc, se retiran el stent y es dada de alta. Décimo primer mes: presenta dolor abdominal intenso, y secreción purulenta mal oliente que sale por cicatriz de drenaje pleural, es hospitalizada y se realiza pleurostomía. Se realizaron dos intentos de cierre de fistula con cola biológica sin éxito. Es dada de alta y enviada a casa con nutrición enteral, cuidados de enfermería y rehabilitación respiratoria.

**Tratamiento endoscópico definitivo:** Cierre de fistula gastrobrônquica

Décimo tercer mes: la secreción incrementa.

Décimo sexto mes post-operatorio inicia tratamiento intensivo con nutrición enteral vía sonda nasointestinal, dilataciones y septotomías cada 4 días, colocación de prótesis totalmente recubierta para mantener una adecuada dilatación. Luego de la segunda dilatación, la paciente no presentó secreción por pleurostomía y se le permite dieta de líquidos claros. A los 21 días de iniciado el tratamiento, se retira sonda nasointestinal e inicia dieta licuada.

**Septotomía:** Una vez identificado el septo, es seccionado utilizando como fuente de energía electrocoagulación o plasma de argón. Este procedimiento es seguido de una dilatación con balón.

**Dilatación endoscópica:** se realiza la dilatación mediante un balón neumático de 30 mm de diámetro con una insuflación de hasta 5 PSI.

**Colocación de prótesis metálica auto expansible**

**Discusión**

El tratamiento endoscópico es una conducta viable, que obtiene la cura de las fistulas y evita reintervenciones quirúrgicas (11). Se basa en orientar la anatomía y fisiología gástrica: corrigiendo el desvío del eje gástrico lo que permite el cierre definitivo del trayecto fistuloso gastrobrônquico dando así el tratamiento final tanto del foco abdominal como neumónico. El tratamiento consiste en septotomías y dilataciones, las prótesis metálicas están indicadas en fistulas agudas, en este caso fue usada para expandir el diámetro cerca de la fistula y corregir el eje gástrico. Eso permitió una adecuada visualización y realización de las siguientes septotomías.

### NUEVO STENT PARA EL MANEJO DE ESTENOSIS Y FÍSTULAS BENIGNAS EN TRACTO DIGESTIVO

Castaño, R 1; Alvarez, O 2; Lopera, J 3; Ruiz, MH 4; Restrepo, D 5; Ruiz, LM 6; Alvarez, A 7.

1 - Grupo de Gastrohepatología - Universidad de Antioquia; 2 - Director Gastroenterología VA Texas Valley Coastal Bend.; 3 - Radiólogo Intervencionista. Universidad de Texas. Estados Unidos; 4 - Pablo Tobón Uribe; 5 - Universidad CES, Medellín-Colombia; 6 - Estudiante. Universidad Pontificia Bolivariana; 7 - Estudiante, Universidad Pontificia Bolivariana. Colombia.

**Antecedentes:** Las estenosis benignas, la ruptura del tracto digestivo y las fístulas digestivas son condiciones que ponen en riesgo la vida y que frecuentemente son tratadas quirúrgicamente. Recientemente, la colocación de stents metálicos parcial o totalmente cubiertos ha surgido como una opción de manejo con mínima invasión. Se pretende determinar la efectividad clínica de un nuevo diseño de stent de nitinol totalmente cubierto para el tratamiento de las perforaciones digestivas y las fístulas anastomóticas con especial énfasis en la evaluación de la hiperplasia reactiva. **Métodos:** A 12 pacientes se les colocó un stent de nitinol autoexpandible totalmente cubierto en perforaciones benignas de esófago, fístulas anastomóticas, estenosis después de cirugía gastrointestinal alta o baja en el período 2012 a 2013. Se recolectaron datos demográficos, tipo de lesión, ubicación del stent y remoción, éxito clínico y complicaciones. **Resultados:** A un total de 12 pacientes se les puso 12 nuevos stents por fístulas anastomóticas (n=6) estenosis esofágica (n=2) estenosis en anastomosis colorectal (n=2) ruptura iatrogénica de esófago (n=1) estenosis pilórica (n=1). La remoción endoscópica del stent fue exitosa en todos los pacientes y particularmente en una fue difícil la remoción por la hiperplasia reactiva. El éxito clínico se logró en 9 (75%) con una media de permanencia del stent de 10 semanas (rango 7 a 12 semanas). En total, 7 complicaciones en 12 pacientes (58%) ocurrieron: hiperplasia reactiva (n=1), migración (n=3) dolor severo (n=2) ulceración esofágica (n=1) solo una paciente requirió cirugía después del fallo del stent. Ningún paciente falleció como consecuencia de la colocación del stent.

**Conclusiones:** Un stent totalmente cubierto con nuevo diseño dejado por 10 semanas puede ser una alternativa a la cirugía para tratar rupturas digestivas, estenosis o fístulas anastomóticas. La eficacia entre el nuevo stent y el convencional es diferente, la elección del stent depende de los riesgos esperados de migración y de la hiperplasia reactiva.

### HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL: ROL DE LOS AINES

Romagnoli, N 1; Meza, I 1; Torrico Paz, O 1; Villamarin, Y 1; Nardi, G 1; Balasini, C 1; Pinasco, R 1; Regnasco, S 1; Saá, E 1.

1-Hospital Pirovano. Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son muy usados por su efectividad analgésica y antiinflamatoria. En consumidores crónicos de AINEs, el riesgo de hemorragia digestiva alta (HDA) se cuadruplica en relación a la población general, y entre el 10 al 30% desarrollan úlcera péptica. **OBJETIVO:** Evaluar la epidemiología, antecedentes patológicos, hallazgos endoscópicos entre 2 grupos de pacientes (pac): AINE vs. NO AINE con diagnóstico presuntivo de HD. **MATERIAL Y METODOS:** Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico. Se evaluaron los pac mayores de 18 años internados desde el 01/01/12 a 31/12/12 con diagnóstico de HDA en los que se realizó videoendoscopia digestiva alta (VEDA). Se excluyeron pac con sangrado variceal y los que tuvieron descenso del hematocrito sin signos de HDA. Se dividió a la población en dos grupos de acuerdo al consumo de aspirina (AAS) y/o otros AINEs (AINE) o no (NO AINE). **ESTADÍSTICA:** Se utilizó el test de Fisher y test chi-cuadrado, para el análisis de las proporciones. Una p menos de 0.05 se consideró significativa. **RESULTADOS:** Durante el período estudiado se evaluaron a 74 pac = 27 pac (37%) del grupo AINE (AAS) 11 pac (41%); otros AINEs 14 pac (52%); ambos: 2 pac (7%) y 47 pac (64%) del grupo NO AINE. De los pac AINE 14 (52%) eran masculinos, 16 pac (59%) mayores de 60 años, 11 pac (41%) presentaban como antecedentes enfermedad cardiovascular (ECV) Las lesiones evidenciadas en VEDA fueron ulcera péptica (UP) 11 pac (41%), gastroduodenopatías erosivas (GDE) 9 pac (33%), VEDA normal 4 pac (15%) y otras lesiones 3 pac (12%). En el grupo NO AINE 29 pac (62%) fueron masculinos, 27 pac (57%) mayores de 60 años, ECV 11 pac (23%). Las lesiones evidenciadas por VEDA fueron UP 11 pac (23%), GDE 20 pac (43%), estudio normal 7 pac (15%) y 8 pac (16%) presentaban otras lesiones. **CONCLUSIONES:** De los pac con HDA el 85% presentó VEDA patológica. Los pac del grupo AINE fueron proporcionalmente mayores de 60 años y tuvieron más comorbilidades (dentro de las cuales se destaca la enfermedad cardiovascular) y úlceras pépticas (aunque estas asociaciones no fueron estadísticamente significativas). Los pac del grupo NO AINE tuvieron menos comorbilidades y preferentemente gastroduodenopatías erosivas. Es importante pesquisar en pac mayores de 60 años con antecedentes de enfermedades cardiovasculares con alto consumo de AINE la presencia de úlcera péptica.

### "EPIDEMIOLOGÍA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN UN SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DE UN HOSPITAL DE AGUDOS"

Coria, G 1; Coello, J 1; Oviedo, G 1; Dorribo, C 1; Quijano, N 1; Balasini, C 1; Donatelli, M 1; Regnasco, S 1; Saá, E 1.

1 - Hospital Pirovano. Argentina.

**Introducción:** La hemorragia digestiva alta (HDA) constituye una entidad clínica frecuente y es la principal emergencia gastroenterológica. La videoendoscopia digestiva alta (VEDA) es el procedimiento goldstandard para su diagnóstico debido a su alta precisión, baja tasa de complicaciones y posibilidad de intervención terapéutica. **Objetivos:** Conocer la epidemiología, motivo de consulta y hallazgos en la VEDA de pacientes (pac) con sospecha de HDA. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. **Criterios de inclusión:** Pac mayores de 18 años que requirieron VEDA dentro de las primeras 24 hs. de presentar signos de HDA (hematemesis, melena, vómitos porráceos o débito sanguinolento por sonda nasogástrica). **Criterios de exclusión:** Pac menores de 18 años. Pac con más de una VEDA en el término de 7 días fueron considerados como caso único. **Periodo de estudio:** 01/01/10 a 30/01/13. Se evaluaron variables epidemiológicas, antecedentes y diagnóstico endoscópico. Las variables se presentan como media  $\pm$  DE y %. **Resultados:** Fueron evaluados 2826 informes endoscópicos de los cuales 329 cumplieron criterios de inclusión. **Edad:** 65  $\pm$  17 años, masculinos 214 (65%). Según grupo etario: < 40: 37 (11%), entre 40 y 60: 74 (23%), > 60: 218 (66%). **Antecedentes:** Enolismo crónico: 37 (11%), HTA: 32 (10%), úlceras previas: 27 (8%), AINEs: 24 (7%), cáncer esofágico y gástrico: 21 (6%), anticoagulación: 17 (5%), várices esofágicas: 8 (2%). **Hallazgos endoscópicos:** Gastritis erosiva: 75 (23%), úlcera gástrica: 55 (17%), úlcera duodenal: 36 (11%), gastroduodenitis erosiva: 34 (10%), várices esofágicas: 19 (6%), esofagitis: 16 (5%), cáncer gástrico: 15 (5%), Mallory Weiss: 12 (4%). **Estudios normales:** 52 (16%). **Conclusión:** La mayoría de los pac con HDA fueron de sexo masculino y mayores de 60 años. Los antecedentes patológicos más frecuentes fueron: enolismo crónico, HTA, úlceras previas, AINES y anticoagulación. Hubo un porcentaje importante de estudios endoscópicos sin lesiones (16% de los pac). La patología más prevalente fue la úlcera gástrica y duodenal sumadas (28%), coincidiendo con la literatura. La gastritis erosiva fue la segunda causa (23%).

### HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PACIENTES DE 81 AÑOS Y MAYORES. REPORTE DE LA UNIDAD DE HEMORRAGIA DIGESTIVA DEL HNERM AYALA ET AL. HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS (HNERM). LIMA. PERÚ

Ayala, E 1.  
1 - HNERM. Perú.

**INTRODUCCION:** La hemorragia digestiva es una complicación gastroenterológica grave, debido al aumento de la sobrevivencia de la población se observan cada vez más adultos mayores con esta complicación, por ello se reporta la experiencia en este grupo etáreo. **OBJETIVO:** Describir la experiencia de la Unidad de Hemorragia Digestiva (UHD) en pacientes mayores de 80 años, frecuencia, tipo de hemorragia, diagnóstico, tratamiento y mortalidad.

**MÉTODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo, incluyó todos los pacientes con edad igual o mayor a 81 años hospitalizados en la UHD del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo 01-01-12 al 31-12-13. Se registran datos epidemiológicos, diagnóstico, tratamiento y mortalidad en las primeras 72 horas.

**RESULTADOS:** De los 1166 pacientes, se incluyeron 278 pacientes (81 a 98 años), representando el 24% de ingresos por hemorragia digestiva, 52% varones. El tipo de sangrado más frecuente por poca diferencia fue hemorragia alta 51%. La comorbilidad más frecuente fue Hipertensión Arterial. El 2% presentó shock hipovolémico, más frecuente en sangrado alto (67%). El 21% reportó uso de antiinflamatorios no esteroideos o aspirina, mayor en sangrado alto (67%). La causa más frecuente de hemorragia alta fue úlcera péptica 56%, úlcera gástrica 33% y úlcera duodenal 23%. En úlcera gástrica el estadio más frecuente fue Forrest IIa (36%) seguidos de Ia y IIc (19% cada uno). En úlcera duodenal, Forrest Ib y IIc 32% cada uno. La segunda causa de sangrado alto fue várices 15%, de éstas el 81% fue por várices esofágicas. La tercera causa fue angiodisplasia gástrica 6% y la cuarta cáncer gástrico 4%. La terapéutica más empleado fue inyección de adrenalina más termocoagulación, principalmente Argón-Plasma, en hemorragia variceal endoligadura y cianoacrilato y en angiodisplasia termocoagulación. En hemorragia baja la causa más frecuente fue la enfermedad diverticular de colon 60 %, seguida de angiodisplasia de colon 8%, y proctitis actínica 6%. En el 7% de casos no se pudo establecer el diagnóstico. El hematocrito promedio fue de 26% siendo más bajo en sangrado alto. El promedio de transfusiones fue de 2 paquetes globulares. La mortalidad dentro de las primeras 72 horas fue baja 2.8% (un caso). Cinco pacientes (1.7%) fueron operados, dos por hemorragia baja. **CONCLUSIÓN:** La hemorragia digestiva es frecuente en pacientes mayores de 80 años, predominando el sexo masculino, el tipo más frecuente es hemorragia alta, siendo la causa principal la úlcera gástrica; en hemorragia baja la causa principal es enfermedad diverticular de colon. En hemorragia alta no variceal el tratamiento más empleado es inyectoterapia más termocoagulación. La mortalidad a las 72 horas y la necesidad quirúrgica fueron bajas.

### METÁSTASIS GÁSTRICA DE MELANOMA MALIGNO CUTÁNEO. A PROPOSITO DE UN CASO

Aldabe, N 1; Iriarte, M 1; Catuogno, P 1; Andrush, A 1; Canteros, S 1; Ledesma, C 1; Vera, N 1; Morales Cabezas, B 1.  
1 - HMC. Argentina.

**Introducción.** El melanoma es una neoplasia maligna que constituye el 1 % de todas las neoplasias y solo el 3 % de las malignas de la piel, siendo el tracto digestivo uno de los lugares que con mayor frecuencia producen metástasis. Se estima que al momento de la muerte el 60 % de los pacientes tendrán metástasis a este nivel.

Estas metástasis pueden estar presentes al momento del diagnóstico o encontrarse años más tarde como primer signo de recidiva de la enfermedad.

En pacientes con melanoma maligno metastásico el compromiso gastrointestinal varía entre el 30-70%. Los órganos que con mayor frecuencia se comprometen son: intestino delgado (51-71 %), estómago (27 %), intestino grueso (22 %) y esófago (5 %); en cuyos casos la sobrevida es sólo de 6 a 8 meses a pesar del tratamiento.

El compromiso del tracto gastrointestinal cursa en forma silente hasta la presentación de complicaciones (hemorragia, obstrucción o perforación).

Las lesiones endoscópicas de las metástasis gástricas pueden ser de tres tipos: 1) nódulos melanóticos ulcerados, que son los más frecuentes; 2) masas tumorales elevadas y ulceradas en el ápice (la típica imagen en "ojo de buey"; y 3) masas con necrosis y melanosos.

**Caso clínico.** Paciente masculino de 62 años de edad con antecedente de melanoma cutáneo en dedo índice de mano derecha diagnosticado cuatro años previos a la consulta y metástasis pulmonares y cerebrales (T4 N3 M1c.) DBT tipo 2. HTA.

Presentó al ingreso hematemesis sin descompensación hemodinámica.

Laboratorio: Hto: 29 %. Hb: 10 g/dl. LDH: 1234 UI/l.

La VEDA evidencia en techo gástrico por retroflexión masa redondeada grisácea de superficie irregular de +/- 2 cm cubierta de restos hemáticos. Se toman biopsias múltiples y se realiza infiltración con 6 cc adrenalina 1/10000 en la periferia de la lesión. Anatomía Patológica: lesión compatible con metástasis de melanoma.

El paciente fallece a los días del ingreso.

**Conclusión.** La finalidad del caso es mostrar una forma de presentación en el tracto digestivo superior de enfermedad metastásica del melanoma maligno, siendo este el segundo lugar en frecuencia. La endoscopia digestiva alta es una herramienta útil para realizar diagnóstico y terapéutica ante la presentación de enfermedad metastásica complicada considerando que la presentación de la misma marca un pronóstico ominoso a corto plazo.

### PRONÓSTICO EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SEGÚN EL TIEMPO ENDOSCÓPICO

Bello, GF 1; Sciarretta, M 1; Garavento, L 1; Rossi, L 1; Di Marco, M 1; Buscaglia, A 1; Scarponi, A 1; Cura, P 1; Romero, G 1; Chopita, N 1.  
1 - HIGA San Martín de La Plata. Argentina.

**Introducción:** La hemorragia digestiva alta constituye la urgencia gastroenterológica más importante. En las últimas décadas, los avances en el diagnóstico y tratamiento farmacológico, endoscópico y quirúrgico han mejorado el pronóstico y la evolución clínica de los pacientes, pero la mortalidad se ha mantenido estable. A pesar de que la importancia de realizar una endoscopia a corto plazo en una hemorragia digestiva alta está bien esclarecida, aún no está definido cuál sería el tiempo óptimo para hacerla, y las complicaciones asociadas en función del tiempo en que se realiza.

**Objetivo:** El objetivo del trabajo es analizar la evolución de los pacientes que ingresan por hemorragia digestiva alta durante su internación y si presenta modificaciones según el tiempo que se demora en realizar la endoscopia digestiva alta diagnóstica y terapéutica desde el inicio del sangrado.

**Material y Métodos:** Se realiza un estudio analítico prospectivo en la Unidad endoscópica terapéutica de sangrados digestivos (CETUS), del Hospital San Martín de La Plata. Incluye a todos los pacientes que se internaron entre febrero de 2013 y abril de 2014, por haber presentado hemorragia digestiva alta, tanto de causa variceal como no variceal, y requirieron una endoscopia digestiva alta. Se los dividió por separado en cuatro grupos, según el tiempo transcurrido desde el inicio de la hemorragia hasta la endoscopia en menos de 6hs, 6-12hs, 12-24hs y más de 24hs, y se analizó la evolución del paciente.

**Resultados:** Se identificaron 84 pacientes que ingresaron por hemorragia digestiva alta, 53 de causa no variceal y 31 de causa variceal. En su mayoría eran de sexo masculino (70 vs. 14), de 56,8 años de edad promedio. En las dos etiologías, no se evidenció una asociación significativa entre el tiempo endoscópico y la evolución del paciente, en cuanto a resangrado, re-resangrado, requerimientos transfusionales, necesidad de tratamiento quirúrgico, días de internación, mortalidad y otras complicaciones.

**Conclusiones:** El pronóstico de un paciente con hemorragia digestiva alta no se vería beneficiado directamente por un menor tiempo endoscópico, por lo que este no es considerado como un buen predictor de su evolución. El tiempo ideal para realizar el estudio se debería estimar individualmente según las comorbilidades presentes, forma de presentación del sangrado y la utilización de scores como Child-Pugh para hemorragia variceal y Rockall para no variceal.

**Conclusión:** La endoscopia convencional ha demostrado ser altamente efectiva para el diagnóstico y tratamiento de lesiones de Dieulafoy. A pesar de las limitaciones de los dispositivos y accesorios actuales, la EUS ha establecido su lugar como una herramienta diagnóstica complementaria a la endoscopia convencional para la detección de lesiones pequeñas submucosas y confirmar la ablación de la lesión posterior a la terapéutica a través de la ausencia de flujo sanguíneo. Sin embargo es primordial la selección racional de pacientes.

### HDA DE ORIGEN INFRECUENTE: LESIONES DE DIEULAFOY GÁSTRICAS MÚLTIPLES

Monclus, EW 1; Guidi, MA 1; Antonini, SL 1; Monclus, EW 1; Guidi, MA 1; Antonini, SL 1.  
1 - Sanatorio Argentino Del Plata S.A. Argentina.

**INTRODUCCION:** La lesión Dieulafoy, que comprende aproximadamente el 1 a 2 % de los sangrados digestivos altos no variceales, consiste en una malformación vascular en la cual una arteria de calibre persistente llega hasta la mucosa asociándose a una solución de continuidad mucosa sin signos de inflamación esclerosis o dilatación aneurismática. Descripta originalmente en la parte alta del estómago, ha sido hallada en todo el tubo digestivo, usualmente como lesión única. De patogénesis oscura, se esgrimieron diversas teorías: trastornos de motilidad, alteraciones en el flujo sanguíneo gástrico, células neuroendocrinas, trombosis y ruptura del vaso. El sangrado puede precipitarse por traumas de la mucosa. De diagnóstico dificultoso, la videoendoscopia ocupa un lugar central, así como la angiografía y la ecoendoscopia. Se asocia a comorbilidades como: HTA, IRC, EPOC, Von Willebrand, cardiopatías, poliposis intestinales, etc. La terapéutica endoscópica es la primera elección utilizándose medios físicos (clip o bandas), térmicos (gold probe o argón) logrando hemostasia en el 85% de los casos y ante su fracaso la cirugía o la embolización deben ser consideradas.

**OBJETIVO:** Reportar de HDA secundario a lesiones de Dieulafoy múltiple.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de sexo femenino de 41 años, que ingresa por cuadro de hematemesis y melena de pocas horas de evolución con descompensación hemodinámica. A su ingreso paciente lúcida, afebril, normohidratada, F.C. 110 x min, T.A. 100/70, con ortostatismo. Tacto rectal + para melena. Laboratorio: Hto 17.5%, Antecedentes: negativos fármacos, alcohol o drogas. Esplenectomía por trauma abdominal hace 4 años. Se coloca SNG con lavado negativo, derivándose a UTL. Se transfunde con tres U de sangre. Se realizó V.E.D.A.: pólipos pediculado de 3 cm en rodilla duodenal y tres protuberancias pigmentadas sobre mucosa normal en fundus gástrico compatibles con lesiones de Dieulafoy. Una de ellas con sangrado activo en napa y otra con coágulo adherido. Se realiza hemostasia de las mismas con clips. La paciente evoluciona favorablemente sin resangrado.

**CONCLUSIÓN:** La lesión de Dieulafoy representa menos del 2-4% de las causas de sangrado digestivo alto. Más infrecuente resulta aún la identificación de esta entidad en su forma múltiple y dos con sangrado simultáneo. La terapéutica mecánica es la de elección en estos casos.

### USO DE CIANOACRILATO MÁS ALLÁ DE LAS VÁRICES GÁSTRICAS

Victoria, R 1; Torres, A 1; La Salvia, D 1; Pascual, A 1; Cabrera, Marisol 1; Jorge, O 1; Koll, L 1; Viñuela, C 1; Adi, J 1; Salomone, S 1; Milutin, C 1.  
1 - Hospital L. Lagomaggiore. Argentina.

**Introducción**

El Cianocrilato, desde su descubrimiento en 1942, ha sido ampliamente estudiado y aplicado como adhesivo tisular, a partir de la década del 70. En el tracto gastrointestinal uno de sus usos más difundidos es en el tratamiento endoscópico de la hemorragia digestiva alta debida a várices gástricas. No obstante, no es su única aplicación.

El sangrado digestivo alto de origen no variceal es una causa frecuente de hemorragia digestiva alta, requiriendo en ocasiones tratamiento endoscópico. Este manejo en hemorragia digestiva activa involucra generalmente inyección de adrenalina, métodos de diatermia y el uso de clips hemostáticos. Presentándose en algunas series al cianoacrilato como alternativa terapéutica ante fracaso de los métodos descriptos.

Se lo ha utilizado en aplicación tópica en spray en casos de hemorragia por tumores gastrointestinales, por úlceras duodenales y en el sitio de mucosectomía endoscópica. Siendo una técnica sencilla de practicar, evitando las complicaciones derivadas de su inyección: embolización, necrosis, perforación.

**Caso Clínico N° 1**

Paciente, sexo femenino, 41 años de edad, con antecedente de Epilepsia, es derivada a nuestro Hospital por melena, anemia y pérdida de peso de 7 Kg en 2 meses. Examen Físico: Signos Vitales: T° 36,1°C, TA 80 / 40 mmHg, FC 112 lat./minuto, FR 24 resp./min; Abdomen: doloroso en epigastrio, sin reacción peritoneal, RHA +; Tacto Rectal: con restos de melena en dedo de guante. Analítica: Hematocrito 19 %, Hemoglobina 7 g/dL, GB 7200, Fórmula conservada, Plaquetas 267000/mm<sup>3</sup>, TP 80 %, TTPK 35,2 s, Proteínas Totales 76,7 g/dL, Albúmina 27,88 g/dL, Glu 0,8 g/L, Ure 0,84 g/L, Crea 8,24 mg/L, Na+ 144 mEq/L, K+ 4 mEq/L. Conduca: Se decide Compensación Hemodinámica y Video Endoscopia Digestiva Alta: compatible con lesión neoproliferativa extensa de curvatura mayor gástrica con sangrado en napa. Terapéutica Endoscópica: Se realiza coagulación con argón plasma. Ante fallo terapéutico se decide realizar terapia con cianoacrilato con sonda spray. Evolución: Paciente estable, se realizan dos sesiones más con argón – plasma. A la espera de resultados de Anatomía Patológica y TC.

**Conclusión:**

El cianoacrilato si bien no es un método de primera línea para hemostasia no variceal, se presenta como una opción eficaz para el tratamiento de hemorragia digestiva no controlada por las terapias convencionales.

**PREVALENCIA DE PÓLIPOS GÁSTRICOS DE GLÁNDULAS FÚNDICAS ESPORÁDICOS Y SU ASOCIACIÓN EN CONSUMIDORES DE LARGO PLAZO DE FÁRMACOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES**  
Berchán, GA 1; Di Bartolo, L M 1; Zárate, F 1; Fadul, M 1; Ortíz, G 1.  
1 - Hospital Córdoba. Argentina.

**Antecedentes y objetivo:** Los pólipos de glándulas fúndicas (PGF) se encuentran entre los pólipos gástricos más comunes y se hallan en forma eventual en aproximadamente el 1,9% de la población general. En los casos esporádicos la displasia se presenta en menos del 1%, y la prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* es muy baja en estos pacientes. Se han descrito a los inhibidores de la bomba de protones (IBP) como posible factor etiológico en la formación de los mismos. El objetivo de nuestro estudio es determinar la prevalencia de pólipos gástricos de glándulas fúndicas esporádicos y su asociación con fármacos IBP a largo plazo en un grupo de pacientes estudiados en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Córdoba.

**Material y Métodos:** Se examinaron prospectivamente 394 pacientes que concurrieron al Servicio de Gastroenterología del Hospital Córdoba entre el 1º de julio y el 30 de noviembre de 2013 para la realización de endoscopia digestiva alta por diversos motivos. Se determinaron dos grupos de estudio, pacientes expuestos y no expuestos a IBP. Se incluyeron, dentro del primer grupo, a aquellos individuos que ingerían cualquier tipo de IBP diariamente, en un plazo igual o mayor a 6 meses, subcategorizando este grupo en dos, según el consumo fuera mayor o menor a 12 meses. A todos se les realizó endoscopia digestiva alta (EQUIPO: FUJINON EG-590ZW), examinando y describiendo las lesiones polipoides encontradas. Mediante la toma biopsia se efectuó el estudio histológico confirmatorio en forma cegada.

**Resultados:** El análisis de la muestra fue un 19,3 % de consumidores y 80,7 % no consumidores de IBP. De los 76 pacientes con IBP, 10 presentaban PGF (13,1%); mientras que en el grupo de 318 sin IBP, sólo se encontraron 3 casos con PGF (0,94%) (p < 0,0001). El 100% de los casos diagnosticados con pólipos fúndicos, fueron de sexo femenino. Con respecto a la edad no se observaron diferencias estadísticamente significativas, ya que en el grupo con IBP y PGF fue de 54,7 ± 6,71 años (r: 42 a 61), mientras que en el otro grupo fue de 64,7 ± 13,5 años (r: 50 a 77) (p < 0,0994). En su mayoría (70%) los PGF fueron múltiples y de un tamaño < 5 mm, localizados en el fundus (50%) y en el cuerpo (40%). En la mayoría de los casos afectados de PGF en el grupo con IBP no se objetivó *Helicobacter pylori* (80%), tampoco en el grupo sin IBP con una prevalencia de positividad mayor con respecto al anterior (67%) (p 0,6641).

**Conclusiones:** La prevalencia global de pólipos fúndicos en la muestra analizada fue del 3,3%. Se demostró en nuestro trabajo que los PGF fueron más prevalentes en pacientes con IBP, con una asociación estadísticamente significativa entre estas lesiones y la ingesta del fármaco a largo plazo.

## EP-070

**AVALIAÇÃO DA PERDA DE PESO INDUZIDA PELO BALÃO GÁSTRICO EM PACIENTES COM OBESIDADE MORBIDADE NO PREPARO DE CIRURGIA BARIÁTRICA**

Marques, LM 1; Souza, TF 1; Paiva, SLM 1; Martins, MP 1; Alves, LA 1; Grecco, E 1.

1 - Hospital Estadual Mario Covas. Brasil.

**Introdução:** A cirurgia bariátrica realizadas em paciente obesos mórbido e superobesos é acompanhada de uma elevada morbidade e mortalidade intra e pós-operatória. A perda de ao menos 10 % do peso inicial ou de 25% do excesso de peso no pré-operatório de cirurgia bariátrica, melhora significativamente as comorbidades desses pacientes e diminui as complicações perioperatórias. As elevadas taxas de insucessos das terapias clínicas e dietéticas, faz necessária a utilização de alternativas técnicas, mais invasivas, no preparo desses pacientes, uma opção considerável é a utilização do balão intragástrico (BI). **Objetivo:** Avaliar a perda de peso induzida pelo balão gástrico no pré-operatório da cirurgia bariátrica. **Métodos:** Trabalho retrospectivo, no qual foram avaliados todos os pacientes com o IMC maior que 40 kg/m<sup>2</sup> que optaram em colocar o BI para perda de peso antes da realização da cirurgia bariátrica entre janeiro de 2008 a dezembro de 2013 e que permaneceram com o BI por 6 meses. **Discussão/Conclusão:** Dos 38 pacientes, 19 (76,32 %) eram do sexo feminino. Observamos que houve uma perda de peso média de 30,81 % do excesso de peso, reduzindo consideravelmente os valores de IMC. A redução de ao menos 25 % do excesso de peso foi atingida em 100 % dos pacientes.

## EP-069

**HEMORRAGIA DIGESTIVA EN TUMOR SUBEPITELIAL INFRECUENTE**  
Squeira, LA 1; Pagliere N 1; Barba, A 1; Di Domenico, D 1; Banchero, A 1; Fischman, R 1; Lueso Prado, M 1; Santilli, JP 2; Bosolino, A 1.  
1 - Sanatorio Dr. Julio Mendez (Gastroenterología); 2 - Sanatorio Dr. Julio Mendez (Anatomía patológica). Argentina.

**Introducción:** Las lesiones subepiteliales son raras, frecuentemente benignas y asintomáticas aunque pueden manifestarse como dolor abdominal, hemorragia o síndrome obstructivo. El pólipo fibroide inflamatorio (PFI) es una lesión subepitelial rara, habitualmente grande, única, ubicada en antro, sin potencial de malignidad. Se presenta entre los 40 y 50 años, con leve predominio femenino. Muchas veces es un hallazgo endoscópico pero por su tamaño y localización puede dar cuadros clínicos debido a sus complicaciones. Histológicamente esta compuesto por pequeños vasos sanguíneos rodeados de células mononucleares y mesenquimatosas de citoplasma fusiforme en patrón de catáfilas de cebollas, entremezclados con células inflamatorias, predominantemente eosinófilos. El diagnóstico de certeza se realiza por técnicas de inmunohistoquímica (IH) (CD34 + y vimentina +). **Objetivo:** Resaltar la importancia de la IH en el diagnóstico de certeza de las lesiones subepiteliales gástricas.

**Caso Clínico:** Mujer, 40 años, sin antecedentes. Consulta por epigastralgia y distensión abdominal. VEDA: a nivel antral en curvatura menor, lesión elevada redondeada de aspecto subepitelial de 15 Mm de diámetro, con ulceración pequeña y fondo de fibrina en superficie mucosa, se solicita ecoendoscopia (EE) para caracterizar la lesión con vistas a su resección endoscópica y/o quirúrgica. Sin haber realizado EE, la paciente consulta a los 2 meses, por hemorragia digestiva alta manifestada por melena sin descompensación hemodinámica con un hematocrito de 25%, se realiza nueva VEDA que revela: lesión vegetante, extensa, infiltrante, ulcerada y sangrante que impresiona de aspecto neoplásico. Se interna para compensación hemodinámica y posterior tratamiento quirúrgico. Se realiza gastroscopia subtotal laparoscópica, con buena evolución postoperatoria y alta médica. Pieza quirúrgica: "tumor exofítico polipode de superficie mamelonada, color pardo claro, localizado en antro; con IH: CD34(+)/vimentina(+)/cd117(-) vinculable a pólipo fibroide inflamatorio". **Discusión:** El PFI es una lesión poco frecuente que suele evidenciarse como hallazgo en la endoscopia, en este caso, se presentó con una complicación como la hemorragia digestiva. Endoscópicamente se evidenció una lesión exofítica sangrante con evolución de rápido crecimiento que remedaba a una lesión neoplásica o un GIST. La paciente no realizó la EE solicitada, que le hubiera sido de utilidad para una correcta caracterización de la lesión y orientación diagnóstica. El diagnóstico de certeza se realizó con IH con marcadores CD117- CD34+, vimentina +.

**Conclusión:** 1) Es importante la visión endoscópica en la sospecha diagnóstica. 2) Es de mucha utilidad la EE para diferenciar las lesiones subepiteliales gástricas. 3) El diagnóstico de certeza se realiza con la histología e inmunohistoquímica.

## EP-071

**AVALIAÇÃO DA PERDA PONDERAL DE PACIENTES COM BALÃO INTRAGÁSTRICO PELO PERÍODO DE 9 MESES NO HOSPITAL ESTADUAL MARIO COVAS**

Souza, TF 1; Teixeira, CP 1; Paiva, SLM 1; Dib, RA 1; Rodrigues, TN 1; Grecco, E 1; Sarni, RO 2.

1 - Hospital Estadual Mario Covas; 2 - Faculdade de Medicina do ABC (FMABC). Brasil.

**Introdução:** A obesidade é prevalente na população mundial e vem adquirindo proporções alarmantes, constituindo-se num dos principais problemas de saúde da sociedade moderna. O tratamento da obesidade tem por objetivo o bem-estar e a saúde do indivíduo, para diminuir os riscos de comorbidades associadas. Com a falha dos tratamentos convencionais, tais como: dieta, atividade física, terapias comportamental e farmacológica, em produzir redução permanente do peso em obesos, outras abordagens são empregadas. Uma opção considerada para o tratamento de pacientes obesos mórbidos resistentes ao tratamento clínico é a cirurgia bariátrica, realizada em centros especializados. Outra opção consiste na colocação de um balão intragástrico de silicone (BI), que foi desenvolvido como tratamento adjuvante do emagrecimento. O uso do BI tem como objetivo principal, o tratamento de pacientes obesos com 40% acima de seu peso ideal, os quais tiveram maus resultados com o tratamento clínico da obesidade, mesmo com um programa de controle multidisciplinar supervisionado e também visa à redução do risco anestésico, clínico e cirúrgico em pacientes superobesos, que têm alto risco cirúrgico. **Métodos:** trabalho retrospectivo para avaliar perda ponderal de 70 pacientes de ambos os sexos (30%M 70% F) utilizando o BI pelo período de 9 meses. **Objetivo:** Avaliação da perda ponderal de 70 pacientes com uso de balão intragástrico ao longo de 9 meses Serviço de Endoscopia Do Hospital Estadual Mario Covas. **Resultados:** Observou-se que houve uma perda ponderal média de 15,4 quilos e 17,65% do peso total. E que o IMC em média diminuiu 6,86 pontos. **Conclusão:** Mais de 90% dos pacientes obtiveram uma perda ponderal acima de 10%. O balão intragástrico confirmou sua efetividade na perda ponderal associado a um tratamento multidisciplinar envolvendo dieta e atividades físicas.

### BALÃO INTRAGÁSTRICO: RESULTADOS SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DO HOSPITAL ESTADUAL MARIO COVAS

Souza, TF 1; Teixeira, CP 1; Santos, FP 1; Paiva, SLM 1; Marques, LM 1; Grecco, E 1; Sarni, RO 2.

1 - Hospital Estadual Mario Covas; 2 - Faculdade de Medicina do ABC (FMABC). Brasil.

**Introdução:** A obesidade é prevalente na população mundial e vem adquirindo proporções alarmantes, constituindo-se num dos principais problemas de saúde da sociedade moderna. O tratamento da obesidade tem por objetivo o bem-estar e a saúde do indivíduo, para diminuir os riscos de comorbidades associadas. Com a falha dos tratamentos convencionais, tais como: dieta, atividade física, terapias comportamental e farmacológica, em produzir redução permanente do peso em obesos, outras abordagens são empregadas. Uma opção considerada para o tratamento de pacientes obesos mórbidos resistentes ao tratamento clínico é a cirurgia bariátrica, realizada em centros especializados. Outra opção consiste na colocação de um balão intragástrico de silicone (BI), que foi desenvolvido como tratamento adjuvante do emagrecimento. O uso do BI tem como objetivo principal, o tratamento de pacientes obesos com 40% acima de seu peso ideal, os quais tiveram maus resultados com o tratamento clínico da obesidade, mesmo com um programa de controle multidisciplinar supervisionado e também visa à redução do risco anestésico, clínico e cirúrgico em pacientes superobesos, que têm alto risco cirúrgico. **Métodos:** trabalho retrospectivo para avaliar perda ponderal de 20 pacientes de ambos os sexos (30% M 70% F) utilizando o BI pelo período de 9 meses. **Objetivo:** Avaliação da perda ponderal de 70 pacientes com uso de balão intragástrico ao longo de 9 meses Serviço de Endoscopia Do Hospital Estadual Mario Covas. **Resultados:** Dos 70 pacientes 11,41% (N= 8) perderam menos de 9,99% do peso, 21,46% (N=15) perderam de 10 a 14,9% do peso, 25,70% (N=18) perderam de 15-19,9% do peso e 41,43% (N=29) perderam mais de 20% do peso corpóreo. Houve uma perda média do peso de 15,4 quilos e 17,65% do peso total. O IMC diminuiu em média cerca de 6,86 pontos. **Conclusão:** Mais de 90% dos pacientes obtiveram uma perda ponderal acima de 10%. O balão intragástrico confirmou sua efetividade na perda ponderal associado a um tratamento multidisciplinar envolvendo dieta e atividades físicas.

### COLOCACION DE SONDAS DE ALIMENTACION NASO ENTERAL ASISTIDA POR ENDOSCOPIA TRANSNASAL

Guzmán TM 1; Baptista MA 1; Oropeza, A 1; Rass, H 1.  
1 - HCC. Venezuela.

**Introducción:** La colocación endoscópica de sondas enterales es técnicamente demandante. Con frecuencia en la técnica convencional asistida por endoscopia peroral el endoscopio arrastra la sonda en sentido proximal durante el retiro ameritando avanzar una y otra vez la sonda con asas de polipectomía o pinzas endoscópicas hasta lograr retirar el endoscopio sin movilizar la sonda. **Objetivo:** Describimos una técnica de colocación endoscópica de sondas de alimentación nasoenteral asistida por endoscopia transnasal en pacientes con anatomía normal y modificada. **Pacientes y Métodos:** Bajo sedación con propofol se colocaron 51 sondas nasoenterales a 11 pacientes con anatomía normal y 40 con anatomía modificada: 22 con antecedente de gastrectomía en manga y 18 bypass gástrico. Se accedió por vía transnasal con endoscopio de 5,8 mm de diámetro hasta duodeno o yeyuno. Se avanzó guía hidrofílica biliar. Se retiró el endoscopio y se introdujo nuevamente esta vez por cavidad oral. Sobre la guía se avanzó la sonda bajo vigilancia endoscópica. Se retiró el endoscopio ultra delgado con movimientos de torque. Antes de retirar la guía se inyectó solución salina por la sonda para confirmar permeabilidad. **Resultados:** en todos los casos la sonda fue colocada exitosamente en tiempo promedio de 12,5 minutos sin complicaciones. Las sondas pudieron ser utilizadas de manera inmediata sin necesidad de radiología confirmatoria. **Conclusión:** la colocación de sondas de alimentación nasoenteral asistida por endoscopia transnasal en pacientes con anatomía normal o modificada es un procedimiento rápido, seguro y eficiente. Luce conveniente realizar estudios comparativos entre esta técnica y las convencionales.

### BURIED BUMPER SYNDROME AS A COMPLICATION OF PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY IN HEAD AND NECK CANCER PATIENTS

Adour, C 1; Dodsworth, M 1; Nielsen, G 1; Gurgel, R 1; Dardengo, R 1; Barroso, L 1; Lisboa, R 1; Ayres, C 1; Mello, G 1; Pelosi, A 1; Mansur, G 1; Ferreira, M 1; Guaraldi, S 1; Ribeiro, T 1.

1 - Seção de Endoscopia Digestiva do Hospital do Câncer I, Instituto Nacional de Câncer (INCA), Rio de Janeiro, Brazil.

#### Introduction:

Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) is a relatively simple and safe method of enteral access. Buried bumper syndrome (BBS), is an unusual and probably underdiagnosed PEG complication.

#### Objectives:

Describe the frequency and clinical characteristics of BBS in PEG patients with head and neck cancer (HNC).

#### Materials and methods:

From January 2000 to December 2012, a total of 840 HNC patients were submitted to PEG at Hospital do Câncer I (HC I/INCA). All patients that presented with BBS were retrospectively studied.

#### Results:

Twenty seven (3.2%) patients were diagnosed with BBS. The interval between PEG and BBS ranged from 7 to 630 days (mean = 140.5 days). In 7 cases (25.9%) the diagnosis was made during the first 4 weeks after PEG. BBS was classified as partial in 9 cases (33.3%), subtotal in 11 cases (40.7%) and total in 7 cases (25.9%). All patients were treated on an outpatient basis. Four cases of partial BBS were treated by tube replacement and 5 by simple repositioning of the original tube. The subtotal BBS cases were treated by tube replacement (10 cases) and removal and new PEG (1 case). For the total BBS, in 5 cases a new PEG was done immediately after removal of the original tube, and in 2 cases a new PEG was done a few days later. There was no associated mortality.

#### Conclusion:

BBS is an uncommon and usually late PEG complication. Most of our cases (74.1%) were detected at an early stage. Early BBS diagnosis may avoid serious infectious complications and allow a simple treatment.

### COMPARAÇÃO DOS ÍNDICES INSULÍNICOS ANTES E APÓS COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRAGÁSTRICO PELO PERÍODO DE NOVE MESES EM 20 PACIENTES NO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DO HOSPITAL ESTADUAL MARIO COVAS

Teixeira, CP 1; Paiva, SLM 1; Dib, RA 1; Rodriguez, TN 1; Grecco, E 1; Souza, TF 1; Sarni, RO 2.

1 - Hospital Estadual Mario Covas; 2 - Faculdade de Medicina do ABC (FMABC). Brasil.

**Introdução:** A obesidade é prevalente na população mundial e vem adquirindo proporções alarmantes, constituindo-se num dos principais problemas de saúde da sociedade moderna. O tratamento da obesidade tem por objetivo o bem-estar e a saúde do indivíduo, para diminuir os riscos de comorbidades associadas. Com a falha dos tratamentos convencionais, tais como: dieta, atividade física, terapias comportamental e farmacológica, em produzir redução permanente do peso em obesos, outras abordagens tornaram-se populares. Uma opção considerada para o tratamento de pacientes obesos mórbidos resistentes ao tratamento clínico é a cirurgia bariátrica, realizada em centros especializados. Outra opção consiste na colocação de um balão intragástrico de silicone (BI), que foi desenvolvido como tratamento adjuvante do emagrecimento. O uso do BI tem como objetivo principal, o tratamento de pacientes obesos com 40% acima de seu peso ideal visando melhorar os níveis glicêmicos e o perfil lipídico, reduzindo a resistência insulínica de modo a reduzir o risco para doenças cardiovasculares melhorando consequentemente a qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliação do impacto nos índices insulínicos de 20 pacientes antes e após o uso de balão intragástrico ao longo de nove meses no Serviço de Endoscopia do Hospital Estadual Mario Covas – Santo André (Brasil).

**Métodos:** Trabalho retrospectivo no qual 20 pacientes de ambos os sexos (70% do sexo feminino) utilizaram o BI pelo período de nove meses com o intuito de avaliar os níveis de insulina circulantes pré- e pós-tratamento.

**Resultados:** Houve diminuição dos níveis de insulina sérica em média de 5mU/mL (15,75 ± 8,11 para 10,64 ± 5,34).

**Conclusão:** Embora os valores iniciais e após tratamento estejam abaixo dos valores de referência, podemos observar que pacientes que usam BI apresentam diminuição considerável dos níveis de insulina sérica podendo no futuro ser utilizado como ferramenta para tratamento da resistência insulínica e até mesmo da diabetes mellitus tipo II.

### EFICACIA, SEGURIDAD Y TOLERANCIA DE DOS TIPOS DE BALONES INTRAGÁSTRICOS COLOCADOS EN LOS SUJETOS OBESOS: UN ESTUDIO COMPARATIVO

Robledo, F ; Garriga, M 1.

1 - Clinica B&S y Nuestra Señora del Pilar. Argentina.

**Introducción:** El balón intragástrico puede ser utilizado para la reducción de peso para la obesidad leve o moderada, o para bajar de peso como una opción previa o preoperatoria para obesidad morbida -super-obesidad.

El balón intragástrico es un tratamiento temporal para pacientes obesos. Son reservorios llenos de líquido que han demostrado eficacia y seguridad, y son ampliamente utilizados.

**Materiales y métodos:** Estudio prospectivo, doble ciego en 30 pacientes con Obesidad tipo 1 y el tipo 2 de la obesidad: 23 mujeres y 7 varones, 43,9 ± 10 años, 120.3 ± 17 kg, y el índice de masa corporal (IMC) de 44,2 ± 5 kg/m<sup>2</sup>, la colocación de 10 balones gástricos (Lexbal®). 20 balones intragástricos Allergan -BIB®). llenos con 700 ml de solución salina. Ambos Balones fueron colocados con sedación consciente y retirados con anestesia general a los 6 meses. Medicamentos intravenosos y orales se administran para controlar los síntomas durante 48-72 h. Los pacientes fueron enviados a casa con una dieta de 1.200 kcal, los suplementos multivitamínicos y los inhibidores de la bomba de protones por vía oral, y los pacientes fueron seguidos nutricionalmente mensualmente. Las complicaciones, los síntomas, el peso y la calidad de vida evaluadas por el Life Index (GIQLI) que se registraron cada 30/45 días.

**Resultados:** A los 6 meses los balones fueron retirados endoscópicamente, con una media de pérdida de peso (12,8 ± 8 vs 14,1 ± 8 kg), la pérdida de IMC (4,6 ± 3 vs 5,5 ± 3 kg/m<sup>2</sup>) no mostraron significativa diferencias entre ambos grupos. Al retiro de los balones, 1 balón Lexbal no se encontro en el estómago, y tres pacientes de BIB requirieron la extracción del globo por endoscopia. La tolerancia fue buena en ambos grupos, pero la eliminación temprana ocurrió en tres BIB\* (15%) debido a vómitos y deshidratación.

**Conclusiones:** Ambos balones lograron una pérdida de peso significativa con buena tolerancia en los pacientes obesos y no se observaron complicaciones graves con ninguno de los balones correlacionados (Lexbal®)- Allergan -BIB®)

### FISTULA AND STRICTURE OF GASTROJEJUNAL ANASTOMOSIS AFTER GASTRIC BYPASS: ENDOSCOPIC DILATION

Mello, FS 1; Campos, JM 1; Ferraz, AA 1; Alinho, HCAW 1; Pachu, E 1; Rolim, F 1.

1 - UFPE. Brasil.

**Introduction:** Roux-en-Y gastric bypass (RYGB) is one of the anti-obesity surgical techniques most widely used today. Gastrojejunal anastomosis stenosis and fistula are complications of this surgery, which includes endoscopy therapy or reoperation. Faced with isolated stenosis, the recommended treatment is dilation, but there is no consensus on the most appropriate therapy for these anastomotic fistulas.

**Objective:** to evaluate endoscopic dilatation on stenosis after RYGB in patients with and without anastomotic fistula.

**Patients and methods:** A retrospective and descriptive study was performed to evaluate complications in 75 patients undergoing RYGB, 59 with stenosis alone (Group 1) and 16 with stenosis associated to gastric fistula (Group 2), Clinics Hospital from Federal University of Pernambuco. Stenosis dilation has been proposed in these cases and the results were evaluated to determine method efficacy and safety in these surgical complications.

**Results:** Most patients were female (59/75), with a mean age of 36 years. Surgeries were performed by laparoscopy in 47 patients (62.6%). There was a mean 1.9 dilating sessions / patient in group 1 and 4.4 sessions in Group 2; symptoms complete relief were obtained through dilation alone or combined with other treatment in all patients in both groups.

**Conclusions:** Endoscopic dilation of anastomotic strictures proved to be an effective and safe method in patients with stenosis alone or combined with fistula after RYGB.

### ESTUDO DO PADRÃO QUALITATIVO DE INGESTÃO ALIMENTAR APÓS A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRAGÁSTRICO NO TRATAMENTO DA OBESIDADE

Paiva, SLM 1; Souza, TF 1; Marques, LM 1; Grecco, E 1; Nunes, GC 1.

1 - Hospital Estadual Mario Covas. Brasil.

**Introdução:** A técnica de colocação do Balão Intragástrico (BI) tem sido considerada alternativa de tratamento para pacientes obesos, com resultados satisfatórios em curto prazo, desde que haja modificação dos hábitos alimentares antigos e de estilo de vida.

**Objetivo:** Verificar modificação no padrão qualitativo de ingestão alimentar após a realização da colocação de BI.

**Métodos:** Estudo experimental, prospectivo, não controlado, descritivo com abordagem qualitativa, aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário São Camilo. Foram incluídos indivíduos com indicação de BI. Realizadas seis visitas (1/mês), com orientações nutricionais. Coletados dados antropométricos (peso, altura, cálculo IMC e circunferência da cintura). Na avaliação do padrão qualitativo de ingestão alimentar utilizou-se o registro alimentar e questionário de frequência alimentar. Realizou-se análise de perda de peso absoluta e de Perda de Peso em Excesso (PPE%). Na análise da qualidade da ingestão alimentar considerou-se o padrão de Diversidade e Variedade alimentar. Na análise estatística aplicou-se "t de student" para os dados paramétricos (nível de significância estatística 0,05). Na análise da adesão ao tratamento aplicamos o teste estatístico de Coeficiente de Correlação Parcial por Postos de Kendall (τ).

**Resultados:** Foram incluídos 38 pacientes (todos do sexo feminino), com idade de 32,13 ± 9,31 anos (18-43 anos). Perda de peso nos três primeiros meses foi significativamente maior. Houve ascendente constante de PP1% a PP3%, porém descendente de PP3% a PP4%, com aumento de PP4% a PP5%. Média da perda de peso obtida foi de 17,13 kg. Ao final do tratamento o consumo dos alimentos dos grupos de: Carnes, Leite, Queijo e Iogurte e dos feijões aumentaram para níveis do recomendado previamente. Houve melhora no padrão do consumo dos alimentos dos grupos do arroz, pão, massa, batata e mandioca, de Frutas, Legume e verduras. E, os grupos de óleos e gorduras, e dos Açúcares e Doces passaram a referência de não consumo em 87,5% e 75%, respectivamente.

**Conclusão:** Verificou-se uma perda de peso absoluta, e em excesso, de acordo com a literatura. Quanto à modificação no padrão alimentar qualitativo de ingestão alimentar após a realização do procedimento da colocação de balão intragástrico, verificou-se melhora para os padrões de variedade e diversidade, podendo-se considerar um procedimento eficiente no tratamento para obesidade.

### HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON DISPEPSIA

Dorribo, C 1; Ledesma, C 1; Nuñez, F 1; Pinasco, R 1; La Via, J 1; Balasini, C 1; Nardi, G 1; Donatelli, M 1; Regnasco, S 1; Saá, E 1.

1 - Hospital Pirovano. Argentina.

**Introducción:** La dispepsia es uno de los motivos de consulta más frecuente en la gastroenterología y es definida como el dolor o malestar persistente centrado en el hemiabdomen superior relacionado o no a la ingesta de alimentos. La evaluación endoscópica es útil para su estrategia diagnóstica y terapéutica.

**Objetivos:** Evaluar la epidemiología y los hallazgos endoscópicos en pacientes (pac) cuya videoendoscopia digestiva alta (VEDA) se solicitó por dispepsia en un Hospital de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. **Inclusión:** todos los informes endoscópicos de VEDAs de mayores de 18 años que consultaron por síntomas clínicos de dispepsia en el período comprendido entre 01/01/10 hasta el 31/12/12. Se consideraron variables epidemiológicas, síntomas, servicios que indicaron VEDA y diagnóstico endoscópico. Las variables se presentan como media y desvío estándar y promedio. **Resultados:** Se revisaron 2826 informes endoscópicos de los cuales se incluyeron 345 pac. Edad promedio: 44±14, sexo femenino: 217 pac (63%). Grupos etarios: <20:5 (1%), 21-40:82 (24%), 41-60:188 (55%), 61-80:65 (19%), >81:5 (1%). 256 pac (74%) presentaron VEDA patológica de los cuales 174 (50%) tenían como síntoma el dolor epigástrico. Servicios que indicaron la VEDA: gastroenterología 189 (55%), clínica médica 87 (25%), cirugía 60 (17%), otros 9 (2.61). Hallazgos endoscópicos predominantes: gastropatía congestiva y/o erosiva 171 (49%), hernia hiatal 22 (6%), esofagitis 17 (5%), gastroduodenitis 12 (3%), otros 34 (11%). Estudio normal: 89 pac (26%) **Conclusión:** En la población estudiada, los síntomas de dispepsia se presentaron mayormente en el grupo etario de 41- 60 años a predominio femenino, y el dolor en epigastrio fue el síntoma más referido. El 74% de los pac con dispepsia presentó VEDA patológica. Las patologías más frecuentemente halladas fueron: gastritis congestiva y/o erosiva, hernia hiatal, esofagitis y gastroduodenitis. Un 26% de los casos fueron normales. Si bien la asociación entre síntomas dispépticos y hallazgos endoscópicos aún no ha sido bien establecida, de los resultados obtenidos se destaca el rol fundamental que cumple la VEDA diagnóstica temprana ante síntomas gastrointestinales altos en pac mayores de 45 años.

### INGESTÃO CALÓRICA DURANTE TRATAMENTO COM BALÃO INTRAGÁSTRICO

Paiva, SLM 1; Marques, LM 1; Dib, RA 1; Grecco, E 1; Souza, TF 1; Rodriguez, TN 1.

1 - Hospital Estadual Mario Covas. Brasil.

**Introdução:** É bem descrito na literatura, que a dieta após a colocação do balão intragástrico (BI), deve compreender ao menos três fases. A primeira fase deve ser composta de dieta líquida com pequenos volumes e de fácil esvaziamento gástrico. A segunda fase é uma dieta mais elaborada, constituída de dieta pastosa com baixa quantidade de fibras e em pequenos volumes. A terceira fase é formada por dieta de consistência normal distribuída em cinco a seis refeições por dia e que seja abaixo de mil calorias diárias.

**Objetivo:** Avaliar a ingestão calórica após a colocação do BI nas duas primeiras semanas e após oito semanas, utilizando dieta líquida, pastosa e normal hipocalórica respectivamente.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, com análise de prontuários de uma clínica particular na cidade de São Paulo. Foram avaliados pacientes que retornaram ao consultório para consultas nutricionais. Durante as consultas os pacientes foram orientados a preencher o recordatório alimentar das últimas 24 horas, a fim de obter informações sobre a ingestão alimentar. Apenas 178 pacientes trouxeram as três fichas preenchidas nos três tempos determinados para este trabalho.

**Conclusão:** Pacientes com BI apresentaram grandes dificuldades na ingestão calórico/proteica até a segunda semana, pois apresentam sintomas variados como refluxo, azia, náuseas e vômitos. O primeiro mês é composto por dieta mais restrita, porém com maior perda de peso. Pacientes que usam o BI para perda de peso, ingerem em média menos de mil calorias diárias com a alimentação de consistência normal, conseqüentemente há uma perda de peso expressiva com esse método de emagrecimento.

### RECORRÊNCIA DO HELICOBACTER PYLORI APÓS COLOCAÇÃO DO BALÃO INTRAGÁSTRICO: AVALIAÇÃO DE 100 PACIENTES

Santos, FP 1; Paiva, SLM 1; Dib, RA 1; Rodriguez, TN 1; Grecco, E 1; Souza, TF 1.

1 - Hospital Estadual Mario Covas. Brasil.

**INTRODUÇÃO:** A infecção pelo *Helicobacter pylori* (Hp), afeta cerca de 60% da população mundial sendo sua grande maioria sido adquirida na infância. Com taxa de reinfecção baixa, sendo maior nos países em desenvolvimento, provavelmente devido as deficitárias condições de saneamento. A denominada recorrência da infecção pelo Hp é pouco estudada e é definida como sendo a detecção da bactéria em até 12 meses após sua erradicação. Em comum acordo com várias diretrizes para os pacientes em que apresentam indicação para colocação do Balão Intragástrico (BI) é necessário a realização de endoscopia digestiva alta prévia com pesquisa do Hp e, se este estiver presente, passa a ser mandatório o esquema antibiótico para sua erradicação. Atualmente não é considerada como fator de risco para infecção ou reinfecção a perda de peso exuberante.

**OBJETIVO:** Avaliar a recorrência do Hp após a retirada do BI.

**MÉTODOS:** Avaliar através de 100 pacientes, entre 18 e 62 anos, com mediana de 33 anos, que usaram Balão Intragástrico (BI), entre seis e nove meses, acompanhada pelo serviço de endoscopia do Hospital Estadual Mário Covas – Santo André (Brasil), se existe alguma correlação entre o BI e o Hp.

**RESULTADOS:** Dos 100 pacientes avaliados, o teste da urease positivou em 7% deles. Destes, 3% já apresentaram positividade em algum momento da vida e 4% já haviam realizado o tratamento efetivo previamente.

**CONCLUSÃO:** Concluímos que o uso do balão intragástrico ou a perda de peso por ele provocado, pode vir a ser fator de risco para reinfecção ou recorrência do Hp devendo ser pesquisado a presença da bactéria logo após a retirada do BI. No entanto, serão necessários estudos prospectivos com casuísticas maiores para definir a real correlação e incidência do *Helicobacter pylori* pós-retirada do Balão Intragástrico.

### MULTIPLAS FISTULAS GASTRO JEJUNAIS NA ERA DOS INIBIDORES DA BOMBA DE PROTONS

Caggiano, R 1; Souza, TF 1; Paiva, SLM 1; Grecco, E 1; Alves, LA 1; Hebara, DA 1.

1 - Hospital Estadual Mario Covas. Brasil.

**Introdução:** Anormalidades gastrointestinais são achados raros durante a endoscopia digestiva alta em adultos. Fistulas gastroduodenais que simulam múltiplos piloros podem ter causas congênicas ou adquiridas. Os casos adquiridos, geralmente resultam de ulcera péptica penetrante que cria uma fistula entre o antro e o bulbo duodenal. Reportamos um caso de três fistulas gastrojejunais em uma mulher jovem. **Caso Clínico:** Paciente feminina, 30 anos, compareceu ao ambulatório de endoscopia para realização de Endoscopia Digestiva Alta em virtude de dispepsia e dor epigástricas relacionadas a alimentação. Durante o exame, foram observados no em região prepilórica de antro, pequena curvatura, 03 orifícios, todos com comunicação com o bulbo duodenal, medindo entre 10 e 15mm, sendo um deles o piloro. **Discussão/Conclusão:** O caso de múltiplas fistulas gastroduodenais são raros, sendo uma complicação relativamente benigna das úlceras pépticas. Esses pacientes devem ser acompanhados clinicamente utilizando IBP durante longo período e pesquisa e erradicação de *Helicobacter pylori*. O procedimento cirúrgico pode estar indicado nos casos em que há deformidade com subestenose ou estenose associado a sinais e sintomas obstrutivos.

### RELATO DE CASO: PERDA DE PESO EM PACIENTE SUPEROBESO. ALTERNATIVA A CIRURGIA BARIÁTRICA: TRATAMENTO CLÍNICO, SEGUIDO DO IMPLANTE DE DOIS BALÕES INTRAGÁSTRICOS CONSECUTIVOS

Barrichello, S 1; Paiva, SLM 1; Souza, TF1; Grecco, E 1; Nunes, CG 1; Silva, M 1; Velner, A 1; Orrico, J 1.

1 - Hospital Estadual Mario Covas. Brasil.

**Introdução:** A técnica do Balão gástrico (BI) é considerada uma excelente estratégia para pacientes superobesos que não possuem condições ou não aceitam a cirurgia bariátrica. **Objetivo:** Relatar caso de estratégia de perda ponderal em paciente superobeso utilizando dietoterapia seguida do implante de BI. **Metodologia:** Estratégia de tratamento com dietoterapia mais exercícios físicos, implante do primeiro balão gástrico seguido do implante do segundo BI pós explante do primeiro. **Relato do caso:** Paciente com IMC inicial de 98,59 kg/m<sup>2</sup>. **Objetivo** perda de 10% do peso para realização de by-pass. Paciente evoluiu com perda ponderal de 20% do peso após a primeira fase que durou 4 meses de exercícios físicos e dietoterapia. Optou-se pelo BIG. No quinto mês após o implante do BIG, paciente apresenta perda de mais 14,2% do peso inicial, encontrando-se com 140 Kg. Dois meses após a retirada do primeiro BIG, outro balão intragástrico foi implantado na paciente, que após 6 meses apresentou perda de mais 22 Kg, quando foi realizado o explante do segundo balão, finalizando o tratamento com 118 Kg.

### REMOCIÓN ENDOSCÓPICA DEL ANILLO EN PACIENTES SOMETIDOS A DERIVACIÓN GÁSTRICA EN Y DE ROUX UTILIZANDO PROTESIS PLÁSTICA AUTOEXPANSIBLE

Magalhães Neto, GE 1; Campos, JM 1; Gomes, MD 1; Barreto, BLM 1; Calvalcanti, JP 1; Carvalho, MI 1; Ferraz, AA 1.  
1 – UFPE. Brasil.

**Antecedentes:** La colocación de un anillo en las derivaciones gástricas en Y de Roux esta asociada a intolerancia alimentaria post operatoria, cuyo tratamiento clásico ha sido la remoción de este quirúrgicamente. Este nuevo método método en colocar una prótesis plástica auto expansible, la cual induce la erosión gástrica del anillo, el cual es removido posteriormente por vía endoscópica, de forma mínimamente invasiva.

**Objetivos:** Analisar la eficacia y seguridad esta técnica de remoción de anillo posterior a una derivación gástrica en Y de Roux.

**Método:** Es un estudio prospectivo, longitudinal con una muestra de 41 pacientes con intolerancia alimentaria asociada a presencia de anillo, los cuales fueron tratados vía endoscópica entre el año 2007 y 2013. La edad promedio fue de 44, 1 años, el IMC media fue de 27 Kg/m<sup>2</sup>. El síntoma principal fue vómitos con aparición diaria en un 46.3%. El éxito terapéutico fue definido como la mejora de los síntomas después de la remoción de anillo. La colocación de la prótesis plástica se realizó bajo anestesia general vía endoscópica y guiada por fluoroscopia. Los pacientes fueron dados de alta 24 horas después del procedimiento, con indicación de dieta líquida e inhibidores de bomba de protones (IBP) que fueron prescritos durante toda la permanencia de la prótesis, la cual tuvo una media de 15, 3 días.

**Resultados:** La prótesis promovió la erosión completa del anillo en 24 pacientes (58.5%), permitiendo la remoción inmediata. Hubieron tres casos de migración de la prótesis con eliminación espontánea vía rectal. El efecto adverso más común fue vómitos (n=7). El seguimiento posterior fue de 6 meses donde no se encontró cambios significativos del IMC. El 78% de los pacientes fueron capaces de ingerir carnes rojas. **Conclusiones:** La remoción del anillo vía endoscópica con uso de prótesis demostró ser un procedimiento seguro y eficaz, con un 100% de anillos removidos y un 29,3% de eventos adversos leves (vómitos). Esta técnica es una alternativa adecuada para la remoción de anillo, evitando las intervenciones quirúrgicas y reduciendo la posibilidad de reganancia de peso.

### USO DE BALÓES INTRAGÁSTRICOS (BIG) COMO TRATAMIENTO AUXILIAR NAS FORMAS GRAVES DE OBESIDADE

Borges, AC 1; Barros, AAA 1; Costa, LJS 1; Rodrigues, NOB 1; Silva, CAL 1; Martins, FS 1; Ferreira, DPP 1; Pessoa, RRP 1.  
1 – HGCC. Brasil.

**Introdução:** A obesidade é doença crônica, grave e epidêmica. Indivíduos com obesidade mórbida têm índice de massa corporal (IMC) ≥ 40 kg/m<sup>2</sup>. A terapia mais eficaz é a cirurgia bariátrica, quando corretamente indicada. Segundo a Organização Mundial de Saúde uma perda de peso ≥ 10% reduz o risco cardiovascular desses pacientes. A finalidade dos balões intragástricos como tratamiento auxiliar é permitir redução de peso e, conseqüentemente, também do risco cirúrgico, especialmente em super obesos (IMC ≥ 50 kg/m<sup>2</sup>). **Objetivo:** Determinar as complicações e a eficácia a curto prazo relacionadas ao uso do BIG em pacientes com IMC ≥ 48 kg/m<sup>2</sup>. **Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, de junho/2011 a abril/2014, em pacientes super obesos inseridos em programa multidisciplinar de perda de peso e sem éxito con medidas conservadoras. Os dados foram coletados através de entrevistas e compilados no programa de análise estatística SPSS versão 20 da IBM. O critério de eficácia satisfatório foi a perda de peso ≥ 10%. **Resultados:** A idade média foi de 41 años. Apenas 26% não relataram comorbidades. Foram selecionados 23 pacientes (12 homes e 11 mulheres), dos quais 15 usaram o balão Heliosphere\* e 8 o Medicone\*. Os balões foram preenchidos com 600cc de ar ou 500-700 ml de solução salina e 10 ml de azul de metileno, respectivamente. Sua colocação se deu sob sedação profunda e a retirada com anestesia geral. O tempo médio de permanência foi 6 meses. A cirurgia bariátrica era indicada, idealmente, após 1 mês da remoção. Excluindo as cólicas, náuseas e vômitos transitórios, nenhuma complicação foi relatada por 82.6% dos pacientes. Dor abdominal importante ocorreu em 8.6% dos casos. Intercorrências graves, perfuração e insuficiência renal aguda, foram observadas em outros 8.6% dos pacientes. O tratamento foi interrompido precocemente em 02 casos. Parâmetros de obesidade antes da colocação dos balões: IMC médio 61.72Kg/m<sup>2</sup> ± 7.4Kg/m<sup>2</sup>, média do peso inicial 175 kg ± 33.1Kg e média do excesso de peso 104.7Kg ± 26.7Kg. Após a retirada dos balões: IMC médio 53.4Kg/m<sup>2</sup> ± 7.8Kg/m<sup>2</sup>, média de peso final 151,6Kg ± 31 kg e média do excesso de peso 80,3Kg ± 25,6Kg. A média de peso perdido equivale a 25,9Kg ± 10,2Kg. Esses valores correspondem a 26.8% ± 12.5% de peso médio perdido na amostra total. Em apenas 02 pacientes, houve redução ≤ 10%. **Conclusão:** Excluindo os sintomas comuns de adaptação aos BIG, nenhuma complicação foi relatada por 82.6% dos pacientes e em apenas 02 casos o tratamento foi suspenso. Os dados acima ratificam o bom perfil de segurança e tolerabilidade dos BIG. Em relação ao peso, obteve-se sucesso clínico em 91.4% dos pacientes com redução de peso ≥ 10%. Esse resultado comprova que a terapia com os BIG é eficaz em curto prazo.

### TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LAS COMPLICACIONES DE CIRUGÍA BARIÁTRICA. NUESTRA EXPERIENCIA

Luna Tirado, H; Seiguerman, J; Belloni, P; Belloni, R; Luna Tirado, L 1.  
1 - Hospital Español de La Plata. Argentina.

Se analizaron 30 casos que presentaron complicaciones derivadas de cirugía bariátrica y requirieron tratamiento endoscópico.

Fistulas gastrocutáneas en sleeve gástrico: 7

Estenosis del estoma gastroeyunal: 7. De manga gástrica: 1

Litiasis coledociana en by pass gástrico: 2. En sleeve: 2

Migración endoluminal de banda: 2

Hemorragia por úlcera marginal: 3. En fistula: 1

Úlcera marginal persistente con hilos o clips: 5

En los 7 casos de fistulas gastrocutáneas se colocaron stents expansibles. Dos con cobertura completa más clips, 2 con cobertura parcial y 3 con casi completa. Una paciente con stent de cobertura completa presentó ulceración en la curva mayor por decubito del extremo distal. En el segundo ocurrió migración y expulsión a los 15 días. Se colocaron nuevos stents. En todos los demás casos ocurrió deslizamiento del stent en al menos una ocasión requiriendo reposicionamiento. Se mantuvieron entre 30 y 60 días con cierre completo.

Las estenosis tardías del estoma gastroeyunal fueron dilatadas a 12 mm, 5 con balón y 1 con bujías. En dos casos se necesitó más de 1 sesión. En el séptimo la estenosis se presentó en el posoperatorio inmediato. El contraste a las 48 hs no mostró pasaje. Con un hilo guía se progresó catéter contrastando para demostrar paso al asa intestinal y sonda k108 para alimentación mientras transcurría el tiempo necesario para dilatar. La manga estenosada se dilató con balón de 18 mm, siendo necesarias dos sesiones.

Las litiasis coledocianas en pacientes con sleeve se trataron convencionalmente. En los by pass no se logró arribar a la papila con colonoscopia de 180 cm y la propuesta de trabajar a través de una gastrostomía no fue aceptada.

Las migraciones de banda gástrica son tratados con un accesorio de desarrollo artesanal, una cuerda serrucho para cortarla y permitir extracción.

Las hemorragias por úlcera marginal se trataron con escleroinyección. La originada en fistula fue tratado con hemoclips, con recidiva a las 12 hs y resolución quirúrgica.

En los las úlceras marginales persistentes se visualizaron hilos o clips que fueron removidos con pinzas o tijeras, con resolución en los controles a los 30 o 60 días.

**Conclusiones:** El manejo endoscópico de las complicaciones de la cirugía bariátrica no implica generalmente el empleo de técnicas que difieran de las habituales. Las dilataciones y procedimientos hemostáticos no son desafíos mayores. La colocación de endoprótesis no presenta dificultades aunque no contamos aún en forma general con stents apropiados y las migraciones son frecuentes. Afortunadamente el cierre de las fistulas ha sido precoz. La ejecución de CPRE en pacientes con sleeve no presenta inconvenientes. En los by pass se requieren procedimientos especiales que no siempre están disponibles. Proponemos una técnica con implementos artesanales para la extracción de bandas migradas.

### UTILIDAD DE LA VIDEOENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN MENORES DE 30 AÑOS

Tobal, F 1; Tobal, D 1; Laguzzi, J 1; Baldoma, V 1.  
1 - G.E.N.B.A. Argentina.

**INTRODUCCION** Los trastornos funcionales son la causa más común de síntomas digestivos altos en la población menor de 30 años. Sin embargo, la realización de estudios endoscópicos del tracto digestivo superior en este grupo etario aumenta año a año, en la gran mayoría de los casos por indicación de otros especialistas. El beneficio clínico de realizar estudios endoscópicos del tracto digestivo superior en menores de 30 años se encuentra escasamente estudiado en nuestro medio.

**OBJETIVO** Determinar el beneficio clínico de la videoendoscopia digestiva alta en menores de 30 años.

**P Y M** Estudio de corte transversal donde fueron incluidos consecutivamente pacientes menores de 30 años derivados a nuestro centro para la realización de Videoendoscopia Digestiva Alta (VEDA). Fueron excluidos del análisis aquellos pacientes que se realizaban el estudio por los siguientes motivos: Prequirúrgico de Cirugía Bariátrica, control de enfermedad celíaca (EC) conocida, anticuerpos positivos para EC, Disfagia y Melena.

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 pronóstico y/o calidad de vida del paciente. Todos los procedimientos fueron realizados con anestesia general y monitoreo a cargo del anestesta de nuestro centro.

**RESULTADOS** Fueron incluidos 151 pacientes (F/M 90/61, edad media (± DE) 24.3(± 3.9). Los principales motivos de solicitud fueron: Dolor epigástrico en 40, Dispepsia en 36, Pirosis en 27 y Síntomas sugestivos de EC (diarrea, anemia, pérdida de peso) con anticuerpos negativos o sin anticuerpos previos en 35. Se tomaron biopsias de segunda porción duodenal en todos los pacientes con síntomas sugestivos de EC y en aquellos pacientes con imagen endoscópica compatible con atrofia vellositaria.

En el 81% de los casos el estudio no mostró alteraciones. El rédito diagnóstico de la VEDA fue del 19%. Los principales diagnósticos fueron: Esofagitis erosiva en 10 pacientes (6 con pirosis, 2 con dispepsia y 2 con síntomas sugestivos de EC), Atrofia vellositaria en 7 (4 con síntomas sugestivos de EC y 3 con dolor epigástrico), y Antritis Congestiva en 7 pacientes.

**CONCLUSIONES** El escaso rédito diagnóstico de la VEDA observado en este estudio concuerda con las recomendaciones actuales. Muchos estudios podrían haberse evitado realizando análisis previos (ej anticuerpos enfermedad celíaca en pacientes con síntomas sugestivos) o tratamiento sintomático (ej, inhibidores de la bomba de protones en pacientes con pirosis) sin que eso hubiese cambiado el pronóstico del paciente. Sin embargo, el aumento de la demanda generada por otros especialistas plantea una dificultad operativa para no realizar estudios innecesarios.

### UTILIZAÇÃO DA COAGULAÇÃO COM PLASMA DE ARGÔNIO NO REGANHO DE PESO PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

Marques, LM 1; Paiva, SLM 1; Souza, TF 1; Grecco, E 1; Galvão Neto, MP 1; Martins, MP 1.

1 - Hospital Estadual Mario Covas. Brasil.

**Introdução:** O procedimento endoscópico é seguro e propicia uma revisão da anastomose e sua capacidade restritiva. Uma vez que o diâmetro da anastomose possui uma relação com o risco de reganho de peso após a cirurgia bariátrica, com gastroplastia e reconstrução em Y de Roux, estabelecendo-se como uma complicação pós-cirúrgica tardia. Coagulação com plasma de argônio é realizada com auxílio de um endoscópio flexível. Esse procedimento pode ser conduzido ambulatoriamente sob sedação. Para atingir o diâmetro pretendido, a anastomose deverá ser tratada circunferencialmente. O aumento inicial da restrição é dramática e, provavelmente, em grande parte devido ao edema que acompanha a resposta inflamatória. **Caso Clínico:** AAC, 45 anos, sexo feminino, submetida a cirurgia bariátrica com gastroplastia tipo Y de Roux, sem colocação de anel, em 2008. IMC inicial de 42 m<sup>2</sup>/kg, peso inicial de 137 kg, NADIR em 2 anos de 75 kg e IMC de 23 m<sup>2</sup>/kg, com reganho importante do peso até 105 kg, atualmente. Realizada terapêutica com plasma de argônio (argon plasma coagulation – APC) regulado a 2L/min e 70 w, realizada coagulação circunferencial com formação de halo de coagulação gástrico pré-anastomótico. Orientado dieta líquida por 2 semanas, evoluiu assintomática durante todo o tratamento, ao final de 4 meses a mesma se encontrava com perda de cerca de 87% do peso reganhado. **Conclusão:** O tratamento de reganho de peso, no pós-operatório tardio Cirurgia Bariátrica com gastroplastia em Y de Roux, com coagulação com plasma de argônio se mostrou efetivo, com baixa morbidade, boa aplicabilidade a nível ambulatorial. Devendo sempre reforçar o acompanhamento multidisciplinar dos pacientes para melhor manutenção da perda de peso e qualidade de vida.

### CÁPSULA ENDOSCÓPICA NA ESTRONGILOIDÍASE: RELATO DE CASO

Saul, C 1; Brum, H 1; Marinho, C 1; Souza, FC 2.

1 – Gastrocirúrgica. Brasil 2 - Hospital São Rafael. Brasil.

É apresentado o caso clínico de um paciente portador de hemorragia digestiva de causa obscura, já tendo sido investigado por diversos procedimentos e sem ter diagnóstico. Em seu tratamento inclusive diversas transfusões sanguíneas foram feitas em vista da anemia apresentada.

O exame endoscópico com a cápsula apresentou longos segmentos do intestino delgado com nítido padrão inflamatório inclusive com erosões e ulcerações. Foi feita a hipótese de enterite infecciosa e nova endoscopia alta motivou biópsias do duodeno cuja avaliação anatomopatológica mostrou a presença de infecção por strongyloides stercoralis.

O paciente fez tratamento específico com imediata regressão do quadro clínico.

As fotos endoscópicas da cápsula, mais expressivas, são apresentadas, assim também as fotos do antomopatológico e o diagnóstico do patologista.

A suspeita diagnóstica ter sido formulada pela cápsula representa o ineditismo da apresentação.

### UTILIDAD DE LA ENTEROSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SANGRADO DE ORIGEN OSCURO

Pizzala, JE 1; Abecia Soria, V 1; Rinaudo S 1; Manazzoni, D 1; Marcolongo, M 1; De Paula, JA 1.

1 - Hospital Italiano Bs As. Argentina.

**Introducción:** Los pacientes con sangrado oscuro oculto (SOO) o evidente (SOE), presentan un desafío diagnóstico. La enteroscopia por empuje (EPP) y la enteroscopia asistida por balón simple (EABS), son dos herramientas útiles su diagnóstico y tratamiento.

**Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de las historias clínicas informatizadas de un centro médico de tercer nivel, entre junio de 2012 y junio 2014, de los pacientes referidos a enteroscopia por empuje o asistida por balón simple, para diagnóstico y/o tratamiento de SOO y SOE. Se analizó el rédito diagnóstico y terapéutico de ambos procedimientos. **Resultados:** Se seleccionaron 41 pacientes con criterios de inclusión. El 59% eran hombres y la edad promedio fue de 66 años. El 71% de los estudios fueron solicitados por SOE y el 29% por SOO. Del total de pacientes con estudios previos (N: 31 / 75,6%): el 48% tenía una capsula endoscópica (CE) previa, el 36% enterotomografía (ET) y el 16% ambos estudios. El 100% de los pacientes con CE presentaban hallazgos en la misma, y solo el 40% tenía una ET previa con hallazgos. Se realizaron 51 enteroscopias en 41 pacientes, y el análisis se realizó sobre la inicial. El 56% (n: 23) eran EPP y el 44% (n: 18) eran EABS. El rédito diagnóstico global de la EPP fue del 56,5%. El rédito diagnóstico de la EPP con un estudio previo positivo fue del 87% y del 33% en los que se utilizó como estudio diagnóstico inicial. El rédito diagnóstico global de la EABS fue del 89%, y del 94% con un estudio previo positivo (solo una EABS fue realizada como estudio inicial). Las lesiones encontradas fueron en el 82% angiodisplasias y en el restante 18% se observaron: úlceras; tumores; pólipos y lesiones de Dieulafoy. Se realizó terapéutica con éxito en el 89% de los pacientes con enteroscopia positiva (en el 77% de los pacientes con EPP positiva y en el 100% de los que presentaban una EABS positiva). No se registraron complicaciones durante el seguimiento.

**Conclusiones:** El rédito diagnóstico de ambos métodos (EPP y EABS) fue aceptable, y se vio incrementado en los pacientes que presentaban un estudio previo positivo. Se destaca la importancia de realizar un estudio previo que permita realizar una enteroscopia dirigida mejorando así la capacidad diagnóstica y terapéutica de ambos métodos.

### INDICATIONS AND DIAGNOSIS OF VIDEO CAPSULE ENDOSCOPY PERFORMED IN AN OPEN ACCESS ENDOSCOPY CENTRE IN ARGENTINA

Spallone, L 1; Torrieri, C 1; Bosch, J 1; Zagalsky, D 1; García, ML 1; Bolino, MC 1; Cerisoli, C 1; Caro, L 1.

1 - Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica. Argentina.

**Introduction:** Video capsule endoscopy (VCE) is a diagnostic method used to explore the small intestine. It's diagnostic yield varies between 40 to 80% according to indications, quality of the procedures and studied population. Obscure gastrointestinal bleeding (OGIB), iron deficiency anemia (IDA) and diarrhea are some of the indications in which positive findings are more frequently found. The procedures suspensions generate patients discomfort and unnecessary expenses. Cancellation causes have not been reported yet. **Objectives:** 1. To estimate the frequency distribution of CE indications and respective findings. 2. Describe the causes for the cancelling the procedures. **Materials and Methods:** We evaluated CE reports performed in adults, between September 2004 and August 2013. **Exclusion criteria:** cancellation of the studies, missing data and retention of the CE for the first objective. **Design:** descriptive, retrospective and cross-sectional study. Colonic cleansing was performed with polyethylene glycol (PEG) with domperidone and/or simethicone. Given\* VCE was used. Indications were classified in signs, symptoms and suspicion or follow up of specific disease. Endoscopic diagnosis included vascular lesions, ulcers, erosions, polyps/ elevated lesions, neoplasms, red dots, lymphoid hyperplasia, bleeding without identifiable lesion. Reasons for cancelling the studies were recorded. **Ethics:** informed consent were signed before the study. **Statistical analysis:** VCCstat 2.0.package; 95%CI. **Results:** 1199 reports were reviewed; 182 patients were excluded. 51% (515/1017) were women, average age 58.83 ± 17.45 years, mean BMI: 26.41 kg/m<sup>2</sup>. 84% (554/1017) were outpatient procedures and 16% (167/1017) were performed in inpatients. The indications were registered as follows: signs (overt and occult gastrointestinal bleeding (OOGIB) and obscure and occult gastrointestinal bleeding (OOGIB)): 83%; symptoms (abdominal pain and diarrhea): 9% and specific disease suspicion or follow up (Familial Adenomatous Polyposis (FAP), Inflammatory Bowel Disease (IBD), Celiac Disease (CD) and other): 8%. According to the indications, most common diagnosis were: OoOGIB: vascular ectasia: 45% (95CI 40-50); ObOGIB: vascular ectasia: 46% (95CI 41-51); diarrhea: erosions 41% (95CI 28-55), abdominal pain: normal 39% (95CI 23-57), FAP: polyposis 83% (95CI 36-99), IBD: erosions 50% (95CI 27-72); CD: atrophic villi 33% (95CI 13-59). 2. Cancelled studies accounted 4,3% (95CI 3.2-5.6; 51/1077). The causes were inability to swallow 17.6% (95CI 8.4-30; 9/51), no fasting 43% (95CI 29-57; 22/51); miscellaneous 23% (95CI 13-27; 12/51) and patient's will 15% (95CI 7-28; 8/51). **Conclusions:** In our study, OOGIB and vascular ectasia were the most prevalent indication and diagnosis, respectively. Cancellation of the studies was very rare; its main reason is amenable to be solved with simple interventions.

### IMPROVEMENT OF ENDOSCOPIC TECHNIQUES FOR THE DIAGNOSIS OF CELIAC DISEASE. PROPOSAL OF ENDOSCOPIC CLASSIFICATION AND CORRELATION WITH HISTOLOGICAL FINDINGS

Bonato, MW 1; Kotze, LMS 2; Kotze, LR 2.  
1 - Unioeste; 2 - PUC PR. Brasil.

**Background and aims:** The purpose of this study was to evaluate the correlation between endoscopic aspects of the duodenal mucosa and histological findings for the diagnosis of celiac disease (CD) and detect patients' response to a gluten-free diet (GFD). **Patients and methods:** Study of 34,540 patients submitted to standard upper gastrointestinal videoendoscopy (UGE) at a Brazilian gastroenterology service between January 2000 and March 2010. Among patients >14 years, 2,384 cases of duodenitis were found, 109 of which suggestive of CD (1/317 routine UGEs). Including 80 females (73.40%; mean age: 35.16 years; range: 16-58) and 29 males (26.60%; mean age: 34.10 years; range: 15-62), the selected patients were submitted to lab tests, a second UGE and histological evaluation of the duodenum by chromoscopy (indigo carmine, 115x magnification, registered with an Olympus GIF-160Z). All 109 patients were confirmed as CD by UGE, histology and serological tests. After one year of GFD, only 85/109 patients (females n=64/75.30% versus males n=21/24.70%) were controlled. Our UGE and chromoscopy findings were compared with the histological classification of Marsh (0-4). UGE Type I: agglutinated villi not forming mosaic appearance versus Marsh 1; UGE Type II: agglutinated villi forming mosaic appearance with identification of villi versus Marsh 2; UGE Type III: agglutinated villi, mosaic appearance with absence of villi versus Marsh 3 and 4. **Results:** At the time of diagnosis correlations were: UGE I n=5 (5.8%): Marsh 2 n=4 (80%), Marsh 3 n=1 (20%); UGE II n=25 (29.4%): Marsh 2 n=4 (16%), Marsh 3 n=21 (84%); UGE III n=66 (64.7%): Marsh 2 n=4 (7.2%), Marsh 3 n=50 (90.9%), Marsh 4 n=1 (1.8%). After one year of GFD: normal UGE n=5 (5.8%): Marsh 1 n=2 (40%), Marsh 2 n=2 (40%), Marsh 3 n=1 (20%); UGE I n=44 (51.7%): Marsh 1 n=5 (11.1%), Marsh 2 n=23 (52.2%), Marsh 3 n=16 (36.3%); UGE II n=27 (31.7%): Marsh 2 n=6 (23%), Marsh 3 n=21 (77%); UGE III n=9 (10.5%): Marsh 1 n=1 (11.1%), Marsh 2 n=1 (11.1%), Marsh 3 n=7 (77%). **Conclusion:** Standard UGE with chromoscopy and image magnification can reveal areas for biopsy, thereby contributing to the diagnosis of CD. The endoscopic classification into types may be used in both diagnosis and control of CD patients. The endoscopy/histology correlation was stronger in advanced duodenal lesions, but may be of help in intermediate cases.

### SANGRAMENTO DE CAUSA OSCURA – RELATO DE CASO RARO

Cavalca, MJL 1; Costa, MS 1; Santaella, ACN 1; Rodriguez, TN 2; Parada, AA 2.

1 - Hospital Nove de Julho/ Hospital Ipiranga. Brasil. 2 - Hospital Nove de Julho. Brasil.

**Introdução:** Cerca de 3 a 5 % das hemorragias digestivas são de causa obscura podendo a origem ser o intestino delgado e menos comumente árvore biliar e pâncreas. **Relato do Caso:** RAS, 34 anos, com história de sangramento digestivo baixo, contínuo e de pequena monta a 25 dias, com repetidas transfusões sanguíneas. Durante as internações realizou duas endoscopias digestivas altas e uma colonoscopia sem sinais de sangramento. Reinternou devido queda de hemoglobina e persistência do sangramento, sendo submetido à enterografia por tomografia computadorizada que evidenciou discutiável espessamento do jejuno proximal com áreas murais lineares de maior impregnação do contraste de natureza indeterminada (lesão orgânica? alteração vascular?). Posteriormente foi realizada cápsula endoscópica em que se visualizou presença de sangue vivo em duodeno distal para jejuno proximal e no jejuno proximal havia angiectasia plana tipo Ib, com 2mm no maior eixo sendo o restante do intestino delgado e cólon com coágulos. Diante desse quadro foi solicitado enteroscopia anterógrada de duplo balão em que diagnosticou lesão ulcerada de bordas elevadas, medindo cerca de 2,5 a 3,0cm de diâmetro, com sangramento ativo e feito injeção de solução de adrenalina (1:10000), com redução significativa do sangramento. Durante a enteroscopia foi realizada biópsia cujo anatomopatológico foi de borda e fundo de úlcera com hiperplasia glandular de padrão reparativo sendo epitélio permeado por neutrófilos e crosta fibrino-leucocitária sem etiologia específica. Como não houve resolução total do sangramento, foi encaminhado à cirurgia. Paciente foi submetido à enterectomia com entero-enteroanastomose (duodeno/jejuno latero-lateral). O diagnóstico anátomo-patológico da peça cirúrgica foi de malformação arteriovenosa de intestino delgado (proliferação de vasos dilatados com parede tortuosa e congestos em submucosa com múltiplos focos de trombose em organização e extensa área de hemorragia recente de submucosa e camada muscular própria) sem indícios de malignidade. Paciente evoluiu com boa aceitação da dieta, parada do sangramento e estabilização dos padrões hemodinâmicos, recebendo alta no 14º dia de internação.

**Conclusão:** As causas de sangramento digestivo denominadas de origem obscura são de 3 a 5% de todas as hemorragias digestivas, no entanto de origem vascular como sendo causa não é comum.

### UNA CAUSA INUSUAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

Soria, M 1; Ospina, J 1; Del Valle, R 1; Bravo, G 1; Pitanga, H 1; Robles-Medrana, C 1; Robles-Jara, C 1.

1 - IECED. Ecuador.

**Introducción:** La hemorragia digestiva baja es una urgencia de manejo intrahospitalario, cuya incidencia se encuentra en ascenso, aumentando los gastos de salud y asociado a mayor mortalidad cuando se retrasa la realización de la colonoscopia, donde se sugiere siempre explorar el íleon. Los divertículos de intestino delgado se consideran una causa infrecuente de hemorragia, por lo que describimos un caso clínico.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una paciente de 71 años con antecedentes de infarto agudo del miocardio con angioplastia coronaria, dislipemia, hipertensión arterial, obesidad, insuficiencia renal crónica (en hemodiálisis trisemanal), crónico de aspirina, clopidogrel y omeprazol a dosis estándar, que ingreso por presentar enterorragia de 48 h de evolución, que se compensó con tratamiento multidisciplinario en terapia intensiva.

Se decidió realizar una colonoscopia con tecnología retroview en las primeras 24 horas del ingreso, evidenciándose como positivo divertículos en sigmoides sin signos de sangrado, lográndose ingresar al íleon terminal en retroflexión, puesto que no fue posible en visión frontal, evidenciándose divertículos en íleon terminal con signos de sangrado reciente pero no activo como causa de la hemorragia.

**Conclusiones:** Se considera infrecuente a la hemorragia diverticular del intestino delgado; los divertículos de intestino delgado son congénitos como el de Meckel y adquiridos, estos últimos son falsos divertículos sin capa muscular y que se encuentran en menor frecuencia a nivel del íleon, como en el caso presentado. Los divertículos duodenales y el de Meckel suelen ser asintomáticos, mientras que los de yeyuno e íleon evolucionan con mayor índice de complicaciones. Su tratamiento puede ser endoscópico o quirúrgico cuando no se puede acceder al intestino y en caso de hemorragia masiva.

### UTILITY OF ENDOSCOPIC TREATMENT FOR GASTROJEJUNAL ANASTOMOTIC STENOSIS IN LAPAROSCOPIC ROUX-EN-Y GASTRIC BYPASS

Sánchez, C 1; Coraglio, E 1; Caro, L 1; Cerisoli, C 1.

1 - Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica. Argentina.

**Introduction:** Obesity is one of the most prevalent metabolic disorders in western populations. The failure of long-term medical treatment is usually frustrating for the patient and for the physician. The Roux-en-Y gastric bypass (RYGB) is one of the bariatric procedures that offers better results. The gastrojejunal (GJ) anastomotic stricture is a common complication (4.73 to 27%) that may occur months to years after the surgery. Endoscopic hydrostatic balloon dilation is an effective intervention with a high success rate in symptoms' resolution. **Objective:** To evaluate the utility of endoscopic hydrostatic balloon dilation in symptomatic GJ anastomotic stricture. **Materials and Methods:** Adult patients with persistent food intolerance were included consecutively. The study took place in a gastroenterology outpatient clinic, between April, 2004 and March, 2012. **Design:** descriptive, retrospective and longitudinal study. Anastomotic stenosis <12 mm required dilation. The procedures were performed with a CRE balloon. The utility of the procedure was reported within symptoms resolution regardless of the number of dilations. Patients were stratified according to the number of procedures. **Statistical analysis:** VCCstat 2.0; 95%CI were calculated. **Results:** 5066 patients underwent RYGB. GJ anastomotic stricture was diagnosed in 304 (6%) patients. Food intolerance was reported between 8 and 1218 days postoperatively (mean 90.22 days). Symptoms' resolution was achieved in 303 patients (99.67%; 95%CI 98-1). Total dilations were 557; the majority required only one procedure (64.14%) and dilation requirement ranged from 1-13 per patient (mean 1.8). The average of balloon diameter used was 12.40 mm (range 6 - 20 mm). **Complications** were registered as follows: perforation 1,3% (95%CI 0,4-3,3; n: 4) and hematoma of the stoma 0.7% (95%CI 0,1- 2,4;n:2). **Conclusion:** Endoscopic balloon dilation is a useful therapy for GJ anastomotic stenosis after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass with very few complications.

## LINFOMA FOLICULAR DUODENAL CON METASTASIS A GANGLIOS CERVICALES

Garcete JA 1; Recalde, AC 1; González, JG 1.  
1 - Hospital Central de IPS Paraguay.

### Filiación:

Sexo: Masculino.

Edad: 35 años.

Profesión: Funcionario de mantenimiento de edificios.

No conocido portador de patología crónica.

Cuadro clínico: 6 meses de evolución de pesadez post prandial, y pirosis. No pérdida de peso, astenia, anorexia, náuseas, ni vómito.

Hemograma: Leve anemia Hmg 11,5 Normocrómica, normocítica.

Le solicitan Endoscopia digestiva alta.

Resumen del informe de endoscopia: Estómago: Puntillado eritematoso difuso de fondo, cuerpo y antro compatible con una gastritis crónica.

Duodeno: En segunda porción duodenal, adyacente al complejo papilar, se aprecia una lesión elevada de límites mal definidos, de aprox 4 cms de diámetro mayor, que abarca 50% de la circunferencia del órgano, con mucosa de superficie irregular e hipervascularizada. Se toman biopsias para descartar un proceso infiltrativo.

Informe anatomopatológico: Estómago: gastritis crónica, activa, de cuerpo y antro, con h. Pylori positivo.

Duodeno: mucosa duodenal con infiltrado linfoplasmocitario en lámina propia y denso infiltrado linfocítico intraepitelial. Se debe realizar tinciones de inmunohistoquímica para descartar proceso linfoproliferativo.

Inmunohistoquímica de la lesión duodenal: Linfoma no Hodgkin de linfocitos B maduros (cd 20 +) compatible con linfoma de tipo MALT.

Estudio complementarios: Se realiza barrido tomográfico de cuello torax y abdomen: Se evidencian varias adenopatías de hasta 14 mm en cadenas superficiales cervicales y profundas, así como en región sub maxilar bilateral.

Asimetría de glándulas parótidas, en la derecha se aprecia imagen de aspecto nodular, mal definida de 24 mm, que podría corresponder a una adenopatía.

Biopsia de la adenopatías cervicales y parótida derecha:

Microscopia: Arquitectura ganglionar borrada por patrón folicular. Los foliculos son de tamaño variable y están poblados por centrocitos mayoritariamente. No se ven histiocitos con cuerpos tingibles ni zonación.

Los mismos están compuestos por células B (CD20 +) Con expresión intensa de BCL- 2 + en los centros germinales.

Tinción Ki67 negativa repetidas veces.

Diagnóstico: LINFOMA NO HODGKIN DE TIPO FOLICULAR CON PATRON FOLICULAR, GRADO 2.

Disyuntiva diagnóstica: Linfoma MALT duodenal y Linfoma Folicular en ganglios cervicales?? El patólogo solicita nuevas muestras duodenales concluye que tenemos linfoma folicular en duodeno y región cervical

Tratamiento: Quimioterapia: R-CHOP

Endoscopia a los 1 año del diagnóstico: Desaparición de la masa duodenal.

## TUMOR NEUROENDÓCRINO DUODENAL MANEJADO ENDOSCÓPICAMENTE MEDIANTE RESECCIÓN CON BANDA A PROPÓSITO DE UN CASO. SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL DR. JUAN TANCA MARENGO.2014

Nieto, I 1; Hernández, L 1.

1 - SOLCA-Guayaquil. Ecuador.

Los tumores neuroendócrinos de tubo digestivo son neoplasias poco frecuentes, pueden ser funcionales es decir secretores de sustancias endócrinas o no funcionales, el diagnóstico requiere un alto grado de sospecha, pueden diseminarse a ganglios linfáticos regionales o dar metástasis a distancia. Los pequeños (< de 1 cm) pueden ser resecados endoscópicamente.

Se presenta el caso de una paciente de 54 años en quien se diagnostica endoscópicamente un tumor neuroendócrino en bulbo duodenal de 5mm, con estudio de extensión negativo y con la capa muscular propia respetada. Por las características de la lesión se trataría de un tumor neuroendócrino bien diferenciado, grado 1 y se decide tratamiento endoscópico de la lesión luego de confirmar diagnóstico histopatológico, ausencia de adenopatías y metástasis.

Se delimita la lesión con NBI y luego de inyección submucosa para elevar la lesión, se coloca una banda (liga) con el dispositivo endoscópico estándar de ligadura de várices, rodeando el nódulo antes mencionado.

Dos semanas después se procede a realizar control endoscópico observándose un lecho ulceroso en vías de cicatrización, se toma biopsias de los márgenes de la lesión, confirmando la ausencia de tumor.

## RESECCION ENDOSCOPICA DE LESIONES ADENOMATOSAS DE GRAN TAMAÑO NO AMPULARES DE DUODENO

Díaz, RF 1; Dutack, A 2; Villarroel, M 1; Benavides, J 1; Caballero, R 2; Monteverde, D 2; Panno, C 2; Colombato, L 1.

1 - Hospital Británico; 2 - Hospital Británico-Ceged. Argentina.

INTRODUCCION: Los lesiones no ampulares de duodeno son en su mayoría hallazgos endoscópicos incidentales. La prevalencia reportada varía de 0.3 a 4,6% de las endoscopias digestivas altas. Existe escasa información acerca de la proporción de adenomas. El tratamiento está indicado ante la sospecha de adenoma. La cirugía registra una morbimortalidad de 30%. El tratamiento endoscópico representa un desafío (particularmente en las lesiones más extensas) dada la delgadez y rica vascularización de la pared duodenal. La disección submucosa endoscópica (ESD) ofrece la posibilidad de resección con margen libre, con una tasa de complicaciones de 20 a 36%. La resección mucosa endoscópica (RME) es una alternativa con menor tasa de complicaciones

OBJETIVO: Comunicar las características clínicas, endoscópicas, histológicas, técnica de resección endoscópica y seguimiento a 3 meses de una serie de pacientes consecutivos con lesiones adenomatosas de duodeno

PACIENTES Y METODOS: Se analizaron 7 casos (5 mujeres; edad promedio 57a. (r: 49-75), tratadas entre 05/2012 y 05/2014), con lesiones de aspecto adenomatosas de duodeno, (clasificación de Paris). Las lesiones fueron resecadas con técnica de RME en "piecemeal" o en bloque, según sus características endoscópicas. Se utilizó ansa monofilamento en todos y electrocoagulación de bordes con plasma de argón ante la sospecha de resección incompleta. Se emplearon videoendoscopios (Fujinon-Fujifilm, procesador 4400 y Pentax EPK700) y unidades electroquirúrgicas (ERBE VD 200,ERBE, Tübingen, Germany y EMED ES 350,EMED, Markkleeberg, Germany). Se efectuó control endoscópico a 3 meses post-resección, con biopsia de cicatriz y/o electrofulguración con argón en caso de observar tejido residual. Se definió como hemorragia a la caída de Hbs>2g/L, y perforación a la solución de continuidad detectada por endoscopia, clínica o imágenes. Todos los casos contaron con colonoscopia

RESULTADOS: Los 7 casos fueron asintomáticos, el tamaño lesional medio: 21mm, (8, 15, 15, 15, 20, 35,40mm), 6 de crecimiento lateral, 1 lesión plana elevada tipo 0-IIa, adenomas 86%. RME "piecemeal" 6/7 y en bloque 1/7. Presentaron hemorragia 3/7casos (42%), todas controladas por vía endoscópica y correspondieron a lesiones extensas (35, 20,15mm), aunque sin significación estadística ( 2, Fisher P: 0.4). Se detectaron adenomas de colon sincrónicos en 86%. Un caso de 7 tuvo tejido residual a 3 m. No se registró perforación ni mortalidad.

CONCLUSION: En la experiencia inicial la RME resultó una terapéutica efectiva y segura, con un adecuado control endoscópico de las complicaciones y sin mortalidad. Se confirma la elevada asociación de lesiones duodenales y adenomas colónicos. Es necesario extender el seguimiento y mayor número de pacientes para confirmar los resultados presentados.

## ESTUDO COMPARATIVO E PROSPECTIVO SOBRE A LAVAGEM ECOGUIADA DE CISTOS PANCREÁTICOS COM ETANOL E IODOPOVIDONA

Barbosa, JC 1; Szejnfeld, J 2; Ardengh, JC 2; Hisatomi, GG 1; Micconi, D 2; Pardal, JC 2; Reis, J 2; Ribeiro, HS 2; Kemp, R 1; Santos, JS 1; Aragon, DC 3.

1 - HCFMRP; 2 - Hospital 9 de Julho; 3 - FMRP/USP. Brasil.

Introdução: A cirurgia de cisto pancreático associa-se a morbidade significativa. A lavagem ecoguiada de cistos pancreáticos é uma modalidade de tratamento minimamente invasiva. A injeção de álcool absoluto e paclitaxel, comumente usados, raramente causam efeitos sistêmicos. Baseado em relato da literatura sobre o uso de iodopovidona em cisto neoplásico pancreático, os autores compararam os resultados do uso da injeção ecoguiada de iodopovidona e álcool absoluto, em relação à ablação do cisto e ocorrência de eventos adversos.

Método: pacientes com cistos uniloculares no pâncreas de 1 a 8 cm foram tratados pela injeção ecoguiada de etanol ou iodopovidona. Estudamos a ocorrência imediata de eventos adversos, o diâmetro do cisto três meses após a injeção e a necessidade de nova lavagem no caso do cisto ter apresentado redução menor que 30% do seu tamanho inicial.

Resultados: A injeção de etanol a 99% foi feita em 14 pacientes, com média de injeção de 27,6 ml (10-80 ml) e de iodopovidona em 6 pacientes com média de injeção de 25,2 ml (2-50 ml). O tamanho médio dos cistos no grupo submetido à injeção de álcool foi de 4,7 cm (2,5 - 7,8) e no grupo iodopovidona foi de 4,5 (1,2 - 3,6) A média de sessões para o álcool foi de 1,4 (1-5) e iodopovidona foi 1. A dor foi o único evento adverso após a injeção de álcool 28,5% enquanto que não foi observado qualquer evento adverso após a injeção de iodopovidona. Após a injeção de álcool e iodopovidona houve ablação em 2/14 (14,2%), 5/6 (83,3%) e diminuição de mais de 50% do volume inicial em 57,1% e 16,6%, respectivamente.

Conclusão: Os resultados do presente estudo permitem concluir que a lavagem ecoguiada com iodopovidona apresentou maior taxa de ablação cística e menor ocorrência de dor. São necessários mais estudos prospectivos e randomizados, para que possamos afirmar, que a iodopovidona é a melhor forma de tratamento para a ablação de cisto pancreático.

**DOBLE STENT BILIO DUONDENAL**

Capriotti, A 1; Rastelli, L 1; Conosciuto, J 1; Elena, S 1; Tonn, EF 1; Basile, M 1; Laborada, MJ 1; Capriotti, A 1; Conosciuto, J 1; Tonn, F 1.  
1 - Hospital Privado de Comunidad Mar del Plata. Argentina.

La colocación de stents en el tracto gastrointestinal y pancreatobiliar, ha mostrado una gran eficacia en el drenaje de obstrucciones tanto malignas como benignas. La colocación endoscópica de un stent plástico fue descrita por primera vez en 1980. Desde entonces se han desarrollado una gran variedad de stents: plásticos, metálicos, cubiertos, descubiertos, y de diferentes calibre y longitud. Ninguno ha demostrado ser ideal para todos los pacientes, dependiendo fundamentalmente de las características del enfermo y su patología. Paciente de 68 años, que ingresa a nuestro servicio por cuadro de ictericia progresiva, asociado a coluria y acolia de 1 mes de evolución, sin fiebre ni dolor abdominal. Al examen físico, luce en regular estado general. En la analítica presento una bilirrubina total de 16, con 14 de directa, fosfatasa alcalina aumentada por 10, y transaminasas aumentadas por 2, el resto dentro de parámetros de normalidad.

Como antecedentes clínicos, cirugía de Milles por adenocarcinoma de recto (4 años previos a la consulta), con tratamiento neoadyuvante, y adyuvante con quimio y radioterapia. En el seguimiento postoperatorio, recurrió con metástasis hepáticas, que requirió metastasectomía quirúrgica y adyuvancia quimioterápica (2 años previos a la consulta).

Se realizó inicialmente una ecografía hepatobiliar, seguida de colangio RMI, que mostró una imagen redondeada heterogénea en hiato de Winslow, compatible con conglomerado ganglionar comprimiendo la vía biliar distal, y dilatación proximal. Siendo la sospecha un síndrome coledociano maligno, se decidió realizar colangiopancreatografía retrógrada endoscópica para colocación de stent biliar. En la endoscopia se evidenció una lesión estenosante en bulbo duodenal, compatible con infiltración neoplásica. La misma se pudo franquear, con colocación posterior de stent biliar con adecuado drenaje. Durante las primeras 24hs de control postendoscopia, desarrolló intolerancia oral, por lo que se decidió la colocación endoscópica de stent duodenal en la misma internación. La evolución del paciente fue favorable desde el punto de vista sintomático. Actualmente en seguimiento ambulatorio, con tratamiento paliativo satisfactorio.

El objetivo de los stents es tratar síntomas de lesiones irresecables, y/o paliarlos transitoriamente hasta la resolución quirúrgica definitiva. Los stents metálicos autoexpandibles han demostrado ser más eficaces que los plásticos en enfermos con expectativa de vida mayor a 3 meses. Son mayormente utilizados en enfermedades neoplásicas pancreatobiliares; y desde su introducción han mostrado una efectividad similar a la quirúrgica en el drenaje biliar, con menor tasa de complicaciones, menor días de internación, y mejor calidad de vida asociado a menor morbi-mortalidad; por lo que se han convertido en el tratamiento de primera línea para el tratamiento de obstrucciones neoplásicas.

## EP-102

**ANÁLISE DO TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DO ADENOCARCINOMA DA PAPILA DE VATER EM 15 PACIENTES**

Machado, NM 1; Maeda, SMF 1; Fachin, AV 1; Ferreira, MA 1; Angelotti, MV 1; Gonçalves Jr, I 1.  
1 – HEB. Brasil.

**INTRODUÇÃO:** Carcinomas da Ampola de Vater são tumores raros, perfazendo cerca de 0.2% de todos tumores malignos gastrointestinais. A cirurgia curativa pode ser feita em cerca de 50 % dos tumores da ampola, conquanto em pouco mais de 10 % dos casos no câncer do pâncreas. Devido a sua peculiar anatomia o aparecimento precoce do sintomas leva a uma maior possibilidade de ressecção quando comparado aos outros tumores pancreatobiliares.

Em recentes estudos a taxa de sobrevida após a ressecção em 5 anos varia de 33 a 68%.

**OBJETIVO:** Analisar os dados dos pacientes com carcinoma da papila de Vater submetidos à CPRE em nosso Serviço.

**MATERIAL E MÉTODOS:**

No período de novembro de 2003 a maio de 2014, foram realizadas 674 CPREs, em nosso Serviço. Desses pacientes encontramos 15 tumores da papila de Vater. Numa incidência de 2,2 % no grupo submetido à CPRE. Com relação à distribuição quanto ao sexo, 10 eram do sexo masculino e 5 femininos, uma proporção de 2 : 1. A idade variou de 44 a 82 anos, com média de 72,2 anos. De todos pacientes foram tomadas biópsias, sendo que em 1 paciente por 3 vezes e em outro paciente por duas vezes para se obter o diagnóstico histológico de adenocarcinoma.

Quanto a técnica:

10 Fístulo-papilotomias ( 1 insucesso, na drenagem da via biliar)

4 ( apenas biópsias ) ( ulcerados e infiltrativos sem possibilidade de palição endoscópica)

1 passagem prótese biliar plástica 10 Fr.

**RESULTADOS:** Obtivemos confirmação anatomopatológica em todos os pacientes, e a melhora da icterícia em 10 dos 15 pacientes (4 pacientes encaminhados diretamente para tratamento cirúrgico e 1 ocorreu falha da fístulo papilotomia para drenagem biliar), ou seja em 10 de 11 pacientes onde foi empregado o tratamento endoscópico.

**CONCLUSÃO:** Concluímos que os tumores da papila de Vater são relativamente pouco frequentes, e a palição endoscópica pode ser efetiva no alívio da icterícia nesses casos.

## EP-101

**COLESTASIS SECUNDARIA A METÁSTASIS DE CARCINOMA DE MAMA EN LA AMPOLLA DE VATER**

Caniggia, D 1; Kohan, M 1; Botto, CG 1; Cordero, H 1; Chio, U 1; Rivas, P 1; Samec, M 1; Alessio, C 1.  
1 - Hospital Alvarez. Argentina.

**Introducción**

La mayoría de las neoplasias malignas que asientan sobre la región ampular y periampular son adenocarcinomas. Las metástasis en dicha localización son hallazgos excepcionales, habiéndose reportado neoformaciones procedentes de melanomas, linfomas e hipernefomas.

Por su parte, el carcinoma de mama puede originar metástasis en cualquier órgano, siendo los pulmones, los huesos y el hígado los más frecuentemente afectados. El compromiso secundario del tubo digestivo es infrecuente y, en particular, la infiltración de la ampolla de Vater por metástasis de carcinoma de mama ha sido comunicado en raras ocasiones.

**Caso clínico**

Paciente de sexo femenino de 62 años con antecedente de carcinoma de mama, tratada con mastectomía izquierda más vaciamiento axilar y en tratamiento adyuvante con paclitaxel. Tras recibir 9 sesiones de dicha droga presenta plenitud epigástrica, decaimiento y coluria. Al examen se encuentra ictericia, con una masa cervical izquierda duro-pétreo y sin hallazgos en la palpación del abdomen. Laboratorio: Hematocrito 38%, Leucocitos 3400/mm<sup>3</sup>, Plaquetas 239000/mm<sup>3</sup>, Bilirrubina total 11mg/dl, TGO 356U/l (VN 41), TGP 455U/l (VN 41), FA 877U/l (VN 306) Quick 100%. Anti HAV total (+) e Ig M (-), HBs Ag (-), Anti HBc IgM (-), Anti HCV (-). Ecografía abdominal: Hígado con aumento de la ecogenicidad compatible con esteatosis. Vesícula distendida con moderada cantidad de barro biliar; colédoco de 1,1 cm con contenido ecogénico sugestivo de barro biliar. Páncreas normal. Colangio RNM: Vesícula con contenido hiperintenso compatible con barro biliar. Colédoco con diámetro máximo de 15 mm; en su tercio inferior y en región periampular, imagen nodular sólida de 21 x 15 mm. Páncreas y conducto de Wirsung normales. Se efectuó CPRE: Proceso infiltrativo que compromete el área papilar y peripapilar. Se canuló y opacificó la vía biliar, la cual presentaba un diámetro máximo de 25 mm y una estenosis de 2 cm a nivel de la desembocadura. Se colocó un stent plástico de 10 French por 7 cm. Se tomó biopsia de la papila.

A la semana del procedimiento, la bilirrubina era de 2,5 mg%, la TGO de 54 U/l y la TGP de 48 U/l.

La biopsia de la papila mostró mucosa duodenal infiltrada por proliferación atípica poco diferenciada. Inmunomarcación: CK7 (+); CK20 (-); Cromogranina (-); RE focalmente (+);

RP (-); Inmunofenotipo compatible con adenocarcinoma de origen mamario.

La biopsia del ganglio cervical presentó iguales características. Se inició tratamiento con capecitabina y radioterapia cervical.

**Conclusión**

La metástasis en la ampolla de Vater debe ser considerada en las pacientes con carcinoma de mama que se presentan con colestasis. Dado que esta condición es posible de tratamiento endoscópico paliativo, es importante diferenciarla del compromiso hepático secundario por dicha neoplasia.

## EP-103

**COMPLICACIONES GLOBALES EN CPRE: SERIE DE 3089 ESTUDIOS**

Jury, G 1; Lopez Fagalde, R 1; Jury, R 1; Ramccioti, G 1.

1 – CED. Argentina.

**Introducción**

La CPRE es un método endoscópico diagnóstico y terapéutico para la resolución de la litiasis coledociana y lesiones tumorales del árbol biliar. Habitualmente relacionado a complicaciones inherentes al método como pancreatitis aguda, hemorragia y perforación. Son pocos los estudios que evalúan las complicaciones globales como dolor, secundaria a la anestesia o cardiovasculares, que en las diferentes series varían del 1 al 45%.

**Objetivo**

Evaluación de las complicaciones globales en la realización de CPRE en nuestro medio.

**Material y métodos**

Se realizó una revisión retrospectiva de la base de datos en CPRE, en un centro de derivación, desde Agosto de 2005 a Abril de 2014. Se evaluaron 2257 pacientes, en los cuales se realizaron 3089 estudios. El 58% fueron de sexo femenino con un promedio de edad de 64 años. El 50% fueron ASA II. El 53 % de los pacientes se resolvieron de forma ambulatoria. La tasa de canalización fue del 96% y la utilización de infundibulotomía fue 654 estudios (21%). Las complicaciones evaluadas fueron: Pancreatitis aguda, hemorragia, perforación, cardiovasculares, anestesiológicas, colecistitis, migración de prótesis siendo las más frecuentes esta última en 76 pacientes (2,46%) y el dolor no pancreático (1,91%), de un total de 255 (8,25%). Las complicaciones mayores fueron 19 (0,61%) y la tasa de mortalidad dentro de la semana del procedimiento fue del 0,22% (7 pacientes).

**Conclusión**

La realización de CPRE no está exenta de complicaciones, en su mayoría leves, las que pueden tener un manejo clínico. Las complicaciones mayores en nuestra experiencia fue de solo el 0,61% lo que ayudaría a interpretar la baja frecuencia de las mismas dado que somos un centro de derivación especializado en endoscopia terapéutica.

### TUMOR NEUROENDÓCRINO (TNE) DA PÁPILA DUODENAL REMOVIDO POR ENDOSCOPIA

Neto, OM 1; Ribeiro, HS 1; Taglieri, E 1; Motta, G 2; Parada, AA 1; Kemp, R 2; Santos, JS 2; Ardengh, JC 1.

1 - Hospital Nove De Julho; 2 - HCFMUSP. Brasil.

#### Introdução

O TNE normalmente é encontrado no íleo, apêndice, cólon, reto e estômago. O acometimento da papila duodenal é raro e poucos casos de TNE dessa região foram relatados. O diagnóstico pré-operatório é desafiador porque na maioria das vezes a lesão é assintomática ou se manifesta com dor abdominal inespecífica. Além disso, eles são relativamente pequenos e localizados na mucosa ou submucosa. A endoscopia alta com biópsia profunda, a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica e ecoendoscopia são boas ferramentas para o diagnóstico. A melhor opção terapêutica é a cirurgia.

#### Objetivo

Relatar um caso de TNE da papila duodenal tratado com sucesso pela endoscopia.

#### Caso Clínico

Mulher de 44 anos com cólicas biliares intensas. Submetida a CPRE que revelou tumor papilar associado à fístula coledocoduodenal. Tratada com prótese plástica de 10F e biópsia que revelou TNE. A mesma foi submetida a CPRM que revelou dilatação do colédoco e nódulo de mais ou menos 2,0 cm na papila duodenal. O PET scan mostrou sinal na região da papila duodenal e a cromogranina A sanguínea foi de 2,6 U/L. A ecoendoscopia mostrou lesão sólida confinada a papila duodenal de 1,93 x 0,8 cm. Realizada remoção endoscópica com alça de polipectomia sem intercorrências. O anatomopatológico revelou TNE bem diferenciado com 2,1 cm (pT1). A paciente encontra-se em seguimento clínico e endoscópico.

### COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA SIN RADIACIONES EN EL TRATAMIENTO DE LA COLEDOCOLITIASIS DURANTE EL EMBARAZO

Chavez Rossell, M 1; Ramirez Garcia, J 2; Valverde Huaman, M 2.

1 - Hospital Arzobispo Loayza. USMP; 2 - Hospital Arzobispo Loayza. Perú.

Introducción: La Pancreatocolangiografía retrógrada endoscópica (CPRE), es el tratamiento de elección de la coledocolitiasis sintomática durante la gestación, con el riesgo de las radiaciones sobre el feto. Para superar esto, se ha descrito la CPRE sin fluoroscopia.

Objetivos: Reportar los 5 primeros casos y evaluar su seguridad y eficacia.

Pacientes y Métodos: Entre noviembre del 2012 y agosto del 2013, se realizaron 5 CPRE sin radiación en 5 gestantes con coledocolitiasis sintomática (2 colangitis en resolución y 3 pancreatitis agudas). La CPRE fue realizada bajo sedación profunda con propofol en 3 pacientes. En todos los casos se realizó la canulación selectiva del colédoco, en tres de ellos mediante la técnica de la aspiración biliar y en dos mediante el precorte con bisturí aguja. Después de la esfinterotomía, se exploró la vía biliar con balón y con canastilla.

Resultados: El promedio de edad de las pacientes fue 31.8 años (rango de 21 a 40 años). El promedio de edad gestacional fue de 14.4 semanas (rango de 7 a 26 semanas). No hubo complicaciones post CPRE, ni síntomas biliares al seguimiento. Los productos de la gestación nacieron a término.

Conclusiones. La CPRE es segura y efectiva durante el embarazo. Se han descrito diferentes técnicas de CPRE sin fluoroscopia, sin haberse reportado fallas en la extracción de los cálculos.

### COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA SIN RADIACIONES EN EL TRATAMIENTO DE LA COLEDOCOLITIASIS DURANTE EL EMBARAZO

Chávez Rossell, M 1; Ramirez García, J 1; Valverde Huaman, M 1.

1 - Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Perú.

Introducción: Hasta un 12% de las gestantes desarrollaran síntomas como colangitis y pancreatitis de graves consecuencias, tanto para el feto como la madre. La Pancreatocolangiografía retrógrada endoscópica (CPRE), es el tratamiento de elección de la coledocolitiasis sintomática, con la limitante del riesgo de las radiaciones sobre el feto. Para reducir esto, se ha descrito la CPRE sin fluoroscopia.

Objetivos: Reportar los 5 primeros casos y evaluar su seguridad y eficacia.

Pacientes y Métodos: Entre noviembre del 2012 y agosto del 2013, se realizaron 5 CPRE sin radiación en 5 gestantes con coledocolitiasis sintomática (2 colangitis en resolución y 3 pancreatitis agudas). Se analizaron retrospectivamente el cuadro clínico, pruebas de laboratorio, imágenes previas a CPRE (ecografía abdominal en todos los casos, colangioresonancia en 1 caso y Ecoendoscopia en 2 casos). La CPRE fue realizada bajo anestesia general con propofol en 3 casos, en uno con petidina y otro con lidocaína tópica únicamente. Posición decúbito lateral izquierdo. En todos los casos se realizó la canulación selectiva y profunda del colédoco, en tres de ellos mediante la técnica de la aspiración biliar (aspiración de líquido amarillo a través de catéter con guía hidrofílica y visualización de la bilis alrededor de la guía) y en dos de ellos por fistulotomía con bisturí aguja (needle knife). Después de la esfinterotomía, se exploró la vía biliar con balón y con canastilla. No se usó fluoroscopia en ninguno de los casos.

Resultados: El promedio de edad de las pacientes fue 31.8 años (rango de 21 a 40 años). El promedio de edad gestacional fue de 14.4 semanas (rango de 7 a 26 semanas) Tres pacientes habían sido colecistectomizadas previamente. No fue necesaria una segunda CPRE. No hubo complicaciones post CPRE, ni síntomas biliares al seguimiento. Dos pacientes requirieron colecistectomía post parto. Los productos de la gestación nacieron a término.

Conclusiones: La CPRE sin radiación, en manos experimentadas, es segura y efectiva durante el embarazo. En la literatura se describen diferentes técnicas de la CPRE sin fluoroscopia, sin haberse reportado fallas en la extracción de los cálculos o complicaciones mayores.

### ÉXITO DE LA CPRE EN LA RESOLUCIÓN DE LA COLEDOCOLITIASIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA

Torres-Ortiz, G 1; Gonzalez-Vivar, S 1; Calle, G 2.

1 - Universidad del Azuay; 2 - Hospital del IESS. Ecuador.

Introducción: La colangiografía retrógrada endoscópica es actualmente el método de elección para el tratamiento de la coledocolitiasis, entidad muy frecuente en nuestro medio. Objetivo: Determinar la tasa de éxito en la resolución de coledocolitiasis mediante colangiografía retrógrada endoscópica. Material y Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de una serie continua que incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis que fueron sometidos a esta técnica en los meses de enero de 2009 a septiembre de 2011 en el Hospital José Carrasco Arteaga de Cuenca, Ecuador. Resultados: Encontramos una tasa de éxito de 86%, de estos 61.2% fueron mujeres, y el 63.5% se encontraba entre 25 y 65 años de edad. El 6 % fueron extracciones fallidas, en este grupo el 66.7% son mayores de 65 años. Tuvimos 5.7% de complicaciones las cuales fueron colangitis (0.95%), pancreatitis (1.9%) y sangrado leve (2.85%). El cateterismo fallido (3%) y cálculos gigantes (2%), fueron las causas más frecuentes de extracciones fallidas. En el 100% de los pacientes se realizó esfinterotomía, el 25.7% requirió litotricia mecánica, el 17.1% se colocó prótesis temporal, en el 2.9% se utilizó litotricia extracorpórea y en el resto de pacientes el balón de extracción y canastilla fueron las técnicas más utilizadas. Conclusión: El éxito de la colangiografía retrógrada endoscópica para resolver coledocolitiasis en nuestro hospital es equiparable con los datos de otros hospitales en Latinoamérica. Igualmente sucede con la tasa de complicaciones.

### LITIASIS BILIAR DIFÍCULTOSA. ¿ESTÁ LA COLANGIOGRAFÍA ENDOSCÓPICA PREPARADA PARA ESTE DESAFÍO?

Curvale, C 1; Parenza, T 1; Hwang, H 1; Malaga, I 1; Nieves, H 1; De Maria, J 1; Ragone, F 1; Promenzio, E 1; Guidi, M 1; Matano, R 1.  
1 - Hospital El Cruce. Argentina.

**INTRODUCCION:** Las coledocolitiasis son habitualmente removidas durante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) mediante papilotomía (EPT), canastillas y/o balones convencionales. Sin embargo, 10-15% de los pacientes presentan lo denominado por Soehendra como "litiasis biliar difícil". **OBJETIVO:** Evaluar tasa de éxito y complicaciones del manejo endoscópico de la litiasis biliar difícil.

**PACIENTE Y METODO:** Desde el 1 de abril 2012 al 1 de abril 2014 se incluyeron en forma prospectiva pacientes que presentaron: litos mayores de 20mm, múltiples (> o = 3), intrahepáticos, impactados, asociados a estenosis biliar o alteraciones anatómicas. En caso de extracción fallida, se colocó un stent biliar plástico y se repitió el procedimiento en el lapso de 3-4 semanas. Fueron registradas las complicaciones tempranas y tardías.

**RESULTADOS:** 734 CPREs se realizaron en 24 meses. La coledocolitiasis fue el diagnóstico más frecuente (57,9%). 97 casos (22,8%) eran litiasis difíciles. La relación mujer/hombre fue 3/1. El rango de edad 18 a 95 años. Las características de las litiasis fueron: macrolitiasis en 73 casos (49 únicas y 24 múltiples), 11 litos impactados, 8 coledocolitiasis asociadas a estenosis biliar, 2 casos de macrolitiasis en pacientes con Billroth II, 1 caso de coledocolitiasis en paciente con hepaticoyeyunoanastomosis, 1 paciente con hepatolitis múltiple y otro con papila en tercera porción duodenal (que requirió manejo percutáneo). Se realizaron: 51 litotricías mecánicas, 26 dilataciones papilares post EPT con balones de 12-15-18mm y en 25 oportunidades se decidió colocar endoprótesis biliares plásticas de 10F. De los pacientes que se sometieron a un segundo procedimiento endoscópico, en 16 (64%) se logró la resolución completa mientras que 9 fueron derivados a cirugía. Se realizaron infundibulotomías en los 11 pacientes que presentaron litos impactados en la papila. La tasa de resolución final fue del 90,8%. Se registraron 5 complicaciones precoces (2 perforaciones, una hemorragia y 2 pancreatitis leves) y una tardía (colangitis). La tasa de complicaciones fue del 6,1%. No se registraron óbitos.

## EP-110

### ¿CUÁN ÚTILES SON NUESTROS MÉTODOS POR IMÁGENES EN EL DIAGNÓSTICO DE COLEDOCOLITIASIS?

Curvale, C 1; Guidi, MA 1; De MAria, J 1; Promenzio, E 1; Ragone, F 1; Malaga, I 1; Nieves, H 1; Parenza, T 1; Hwang, H 1; Matano, R. 1.  
1 - Hospital El Cruce. Argentina.

**INTRODUCCION:** La coledocolitiasis (CL) tiene alta prevalencia. Contamos con imágenes no invasivas del árbol biliar. Apoyados en ellas, la Asociación Americana de Gastroenterología (ASGE) plantea grados de probabilidad de CL relogando las colangiografías endoscópicas retrógradas (CPRE) al plano terapéutico. **OBJETIVO:** evaluar la efectividad de la ecografía y la colangiografía (CRMN) en el diagnóstico de CL. Se evaluará también la precisión de los grados de ASGE en la predicción de CL.

**METODO:** Estudio de corte transversal, retrospectivo y observacional. Se evaluó, entre 04/2012 y 04/2014, la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN), con intervalos de confianza (IC) del 95 %, de la ecografía y la CRMN para el diagnóstico de CL en relación a los hallazgos de las CPREs. Se evaluó la capacidad predictiva de CL de los grados de ASGE.

**RESULTADOS:** De las 907 CPREs, 48,84% tuvieron diagnóstico de CL. De las 337 ecografías en pacientes con CL, 172 visualizaron el lito (S 51%, IC 45,6 – 56,5%; VPP 81,9%, IC 75,9 – 86,7%) y 286 el lito y/o la dilatación de la VB (S 84,9%, IC 80,5 – 84,4%; VPP 72,8%, IC 68-77%). Entre los 202 ptes con CPRE normal, 159 contaban con ecografías previas. 121 descartaban de antemano la presencia de CL (E 76,1%; IC 68,6 – 82,3%) pero si tomamos en cuenta la dilatación biliar la E cae al 32,7 % (IC 25,6 – 40,6%). 60 ptes con CL en la CPRE tenían CRMN previa, en 54 de las cuales se observaron litiasis (S 90 %, IC 78,8 – 95,9%; VPP 71%, IC 59,3-80,6%). Entre los ptes con CPREs normales contamos con 25 CRMN de las cuales 22 diagnosticaban CL que no fueron halladas en los procedimientos endoscópicos (E 12%, IC 3,1 – 32,3%; VPN 33,3%, IC 9 – 69,1%). En cuanto a los grados de probabilidad de ASGE, hubo 269 ptes con ALTO grado, 88 con MEDIO y 2 con BAJO. Los hallazgos de litiasis por CPRE fueron 175 (65%), 29 (32,9%) y 0 (0%), respectivamente.

**CONCLUSION:** La ecografía obtuvo niveles óptimos de S y VPP sobretodo al utilizar signos indirectos de CL. Los bajos niveles de especificidad de la CRMN son atribuibles a los tiempos de espera para la realización de la CPRE. La probabilidad de CL de ASGE resultó acertada lo cual alienta su utilización como herramienta en la selección de los pacientes para la realización de CPREs terapéuticas.

## EP-109

### PNEUMOPERITONEO COMO COMPLICACIÓN DE TÉCNICA DE RENDEZVOUS

Benavidez, AC 1; Balderramo, DC 1; Bertola, SC 1; Gonzalez, RE 1; Higa, MA 1.  
1 - Hospital Privado de Córdoba. Argentina.

La canulación de la vía biliar en la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) puede fallar en torno a un 3-10% de los casos. Esto puede resolverse mediante la combinación de procedimientos radiológicos y endoscópicos, como la técnica Rendezvous. En esta técnica, un alambre de guía se pasa primero a través del catéter percutáneo en el tracto biliar y hacia abajo para el duodeno.

La guía a continuación, es recogida por un ansa endoscópica y retirada desde el canal de biopsia del duodeno. Así, un esfinterotomía se puede introducir en el conducto biliar común (CDB) junto con el alambre de guía. Después de la canulación, la papilotomía endoscópica y la extracción de los litos se puede realizar como un procedimiento estándar. Esta técnica es eficaz y segura con complicaciones ocasionales, incluyendo la pancreatitis, colangitis, la sepsis, fugas de bilis, y perforación retroperitoneal.

Los procedimientos (radiológicos y endoscópicos) se pueden realizar de forma simultánea o por separado. Menos complicaciones y estancias hospitalarias más cortas se han informado si ambos procedimientos se realizan simultáneamente. Se presenta un caso de fuga de aire a través de un tracto punción percutánea en la cavidad peritoneal, cuando ambos procedimientos se realizaron de forma simultánea por el tratamiento de una piedra CDB. Presentación de caso: Paciente de 79 años con APP de Hipotiroidismo, DBT e HTA que se presenta a la consulta por cuadro de dolor abdominal en epigastrio con irradiación hacia HD de varias semanas de evolución niega coluria, acolia e ictericia y fiebre. Los exámenes bioquímicos muestran alteración de enzimas hepáticas con un patrón de colestasis. En la eco abdominal se observa litiasis vesicular no complicada y dilatación de vía biliar. Se solicita Colangiografía donde se objetiva la presencia de 1 litos en cóledoco distal. Con estos hallazgos se programa ERCP +papilotomía bajo anestesia.

Durante el procedimiento se revela la presencia de un gran divertículo duodenal en el área papilar objetivándose la presencia de la misma en un borde interno de dicho divertículo. Se intenta canulación sin éxito por lo que se suspende el procedimiento. Posterior al fallido procedimiento la paciente desarrolla cuadro de sepsis por lo cual se traslada a UTI para manejo adecuado y realiza drenaje percutáneo. Cuando se consigue estabilizar a la paciente se programa un nuevo procedimiento con intento de resolver la obstrucción biliar.

En esa oportunidad como primer paso se procede al retiro del catéter percutáneo previo al pasaje de guía hacia duodeno con técnica Rendezvous observándose la salida de la guía del borde interno intradiverticular, como segundo paso se realiza canulación de vía biliar la colangiografía revela lito de 13 mm en tercio distal. La realización de la papilotomía se dificulta por la imposibilidad de visualizar a la papila. En ese momento de constata gran distensión abdominal lo cual dificulta mecánica ventilatoria. Ante la sospecha de perforación se decide colocar una prótesis biliar y finalizar procedimiento.

La paciente se traslada a sala de Tac donde se constata neumoperitoneo a punto de partida de trayecto de punción de drenaje externo. Se toma conducta expectante.

La paciente evoluciona satisfactoriamente es dada de alta al día 3 con enzimas normales tolerando dieta. **Discusión:** No hay consenso con respecto en cuanto a realizar los procedimientos juntos separados. Las complicaciones como neumoperitoneos sólo han sido reportadas en pacientes que tenían perforaciones duodenales causadas por papilotomía. En este caso el neumoperitoneo tiene como punto de partida el sitio de punción intrahepático por el cual pasaba el catéter; la insuflación endoscópica permitió la salida de aire hacia el peritoneo provocando la apariencia en el momento del estudio de una perforación. La pronta detección de esta situación y el manejo conservador fueron la clave para el buen resultado final. **Conclusión:** La descripción de las complicaciones inusuales tiene como objetivo mayor el aprendizaje. Este caso en particular sirve para planificar paso a paso procedimientos en forma simultánea.

## EP-111

### SINDROME DE LEMMEL: A PROPOSITO DE UN CASO

Guzman, J 1; De la Rosa, C 1; Clavo, M 1; Zuramay, C 1.  
1 - Hospital Dr. Miguel Perez Carreño. Venezuela.

La formación diverticular del tubo digestivo es una enfermedad frecuente, el duodeno constituye la segunda localización más frecuente de los divertículos en el tubo digestivo, generalmente se observan entre los 50 y 65 años, son más raros antes de los 30 años, pero pueden estar presentes en todas las edades y afectar a ambos géneros, con discreto predominio en las mujeres 1. Su sintomatología es vaga y ocurre en menos de 10% de los casos, esto debido a su ubicación retroperitoneal, pero cuando se presenta da síntomas y complicaciones como diverticulitis, obstrucción o perforación e incluso riesgo de generar condiciones graves pancreatobiliares, como ictericia obstructiva, colangitis y coledocolitiasis. Se ha descrito que estas lesiones pueden mimetizar neoplasias pancreáticas o causar pancreatitis como consecuencia de un aumento de la presión en un divertículo inflamado e infecciones bacterianas ascendentes por estasis de partículas de alimento y crecimiento bacteriano. Se presenta el caso de la paciente femenina de 91 años, quien refiere inicio de enfermedad actual en junio de 2013 cuando presenta dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho, tipo cólico, posteriormente tinte icterico en piel y mucosas, coluria y acolia, además de alzas térmicas no cuantificadas, acude a facultativo que evalúa y refiere a nuestro centro, donde se evalúa en el área de emergencia y se decide su ingreso. Antecedentes: hipertensión arterial controlada, colecistectomía laparoscópica (noviembre 2012). Antecedentes familiares no contributivos. Examen funcional: pérdida de peso de 3 kg con enfermedad actual, tinte icterico en piel y mucosas, coluria y acolia 2 meses previo a su ingreso. Examen físico: TA: 166/80 mmHg FC: 80 lpm FR: 19 rpm; regulares condiciones generales, afebril al tacto, deshidratada. Piel: tinte icterico en piel y mucosas. Abdomen: plano, ruidos hidroaerós presentes, blando, deprimible, dolor a la palpación en profunda en epigastrio, no se palpan tumoraciones ni viceromegalías. Laboratorios: Leucocitos 8.900 /mm3, hemoglobina 11,5 gr/dl, hematocrito 35,7%, plaquetas 347.000/mm3, TGO 163, TGP 117, fosfatasa alcalina 677, GGT 875, bilirrubina total 5,56, bilirrubina directa 3,78, sodio 133, potasio 4,3, cloro 99, PT 0,91, PTT 7-5.

Ultrasonido abdominal: dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas, hipotrofia renal bilateral, Colecistectomizada.

Colangiografía: 1.- Dilatación de vías biliares intra y extra hepáticas. 2.- Lesión hipodensa en relación a confluente biliopancreático que condiciona estenosis abrupta del cóledoco "en punta de lápiz". Ultrasonido Endoscópico: VESICULA BILIAR: ausente VIAS BILIARES INTRAHEPATICAS: dilatadas VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS: cóledoco 13 mm, de forma sigmoidea, sin imágenes ecogénicas en su interior. PAPILA: hipocogénica, 8,2 mm con cóledoco y wirsung en su interior, yuxtapapila impresión divertículo, PANCREAS: normal. HIGADO: ecogenicidad normal. Se concluye: 1.- Dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas. 2.- divertículo duodenal? EDS: 1.- FLEBECTASIA EN ESOFAGO 2.- ANGIODISPLASIA CUERPO GASTRICO 3.- GASTROPATIA EROSIVA ANTRAL 4.- DUODENOPATIA INESPECIFICA 5.- DIVERTICULOS (2) DUODENALES. En vista de mejoría clínica y paraclínica de la paciente y de evidenciar divertículos yuxtapapilares se plantea el diagnóstico de síndrome ictericoobstrutivo intermitente por relación con divertículos duodenales.

La ictericia obstructiva intermitente o también conocida como síndrome de Lemmel relaciona los divertículos periampulares con alteraciones del árbol biliar, como litiasis recurrentes, ictericia obstructiva, colangitis o pancreatitis. El mecanismo exacto aún no se ha definido bien, probablemente está relacionado con incremento de presión, inflamación, obstrucción mecánica, disfunción o espasmos del esfínter de Oddi que favorece el reflujo y el estasis biliar.

## PAPEL DA ECOENDOSCOPIA NO DIAGNÓSTICO DA PANCREATITE AUTOIMUNE

Reis, JS 1; Ardengh, JC 1; Pardal, JC 1; Ribeiro, HS 1; Venco, F 2.

1 - H9J, FMRP; 2 - H9J. Brasil.

Caso: Paciente masculino, 65 anos, com quadro de dor mal definida, recorrente em andar superior de abdome com irradiação para dorso, melhora com analgesia oral e jejum, com piora há cerca de 30 dias. Diagnóstico de pancreatite aguda sem etiologia definida, perda ponderal não mensurada e astenia. Como antecedentes pessoais, possuía o diagnóstico de DM tipo 2 (há cerca de 1ano), hipotireoidismo, negava tabagismo e etilismo. (amilase 289U/l e lipase 643U/l), enzimas colestáticas normais, transaminases normais, lipidograma normal. Exame ecográfico de abdome normal (vesícula sem cálculos). TC de abdome: pâncreas com aumento difuso, principalmente na cabeça. CEA, CA 19.9 e IgG4. CA 19.9: 250 mg/dl, CEA: normal, FAN: negativo, IGG4: 3430UI/l, ColangioRNM: Pâncreas aumentado, heterogêneo, forma "salsichoide". Ducto pancreático principal (DPP) irregular com algumas áreas dilatadas e algumas áreas de estenose. Ecoendoscopia: Pâncreas difusamente aumentado, heterogêneo, com imagens hipocogênicas em cabeça e cauda. DDP irregular. Linfonodos de características inflamatórias peripancreáticas. Biópsias PAAF (punção aspirativa por agulha fina): Pancreatite crônica, padrão auto-imune, atrofia acinar acentuada, permeação epitelial plasmocitária, exsudato eosinofílico, IgG4 positivo. Iniciada terapia com corticoide em dose recomendada na literatura ("ataque" com 40 mg/dia de prednisona e redução sistemática de 5mg a cada 2 semanas) obtendo-se melhora clínica importante, ganho de peso, disposição e queda nos níveis dos exames laboratoriais, nos primeiros 2 meses. Difícil controle do diabetes e alteração significativa no exame de densitometria óssea, foi iniciado azatioprina 5mg /kg na tentativa de se manter doses baixas de corticoide posteriormente. Além disso, em exames laboratoriais de controle, houve normalização dos níveis de enzimas pancreáticas. Marcadores para hepatite auto-imune: negativos. Nova colangioRNM: Pequena dilatação simétrica da via biliar intra-hepática, redução do calibre junto a confluência dos ductos principais. Pâncreas de dimensões reduzidas, heterogêneo, DPP de calibre preservado levemente irregular, pequenas dilatações de ductos secundários e terciários. Optou-se por otimizar a dose do corticoide, junto a azatioprina e iniciar ácido ursodesoxicólico dose plena. Após 3 meses, o paciente obteve remissão clínica e laboratorial. Discussão: Por ser um acontecimento relativamente recente, o diagnóstico de PAI muitas vezes não é aventado o que implica no atraso da instituição do tratamento clínico ou mesmo ocasionando procedimentos cirúrgicos desnecessários. Com efeito, deve-se pensar e investigar PAI (síndrome IgG4) naqueles pacientes, principalmente do sexo masculino e com mais de 50 anos, com quadros de pancreatite aguda/crônica de causa desconhecida e "massas" de cabeça de pâncreas.

## COMPLICACIONES Y RESULTADOS DE LA COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA TERAPÉUTICA EN UNA UNIDAD DE MEDIANO VOLUMEN

Ordoñez, JF 1; Orellana, P 1; Calle, G 2.

1 - Universidad del Azuay; 2 - Hospital del IESS. Ecuador.

La colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) es un procedimiento terapéutico para extensas patologías que se presentan en el árbol pancreatobiliar. El objetivo de nuestro estudio fue el medir las complicaciones ocurridas así como los principales variables de desenlace que definen el éxito del procedimiento.

Materiales y métodos: Es un estudio retrospectivo de una serie continua en un hospital considerado de tercer nivel y que en esas fechas tenía un volumen promedio anual de 90 procedimientos con fines terapéuticos. Se incluyeron todos los registros obtenidos de nuestra base de datos de endoscopia durante el periodo de Febrero de 2009-septiembre de 2011, se buscaron la tasa de morbilidad, mortalidad, canulación del conducto deseado, éxito del tratamiento y complejidad del procedimiento.

Resultados: se encontraron 220 procedimientos realizados por un endoscopista y sus expedientes médicos La tasa de complicaciones fue del 8,1% y mortalidad directa de 1% e indirecta de 0,5%. Las complicaciones fueron: hemorragia con 4.08%(n=9), colangitis con 1.36% (n=3), pancreatitis con el 1.36%(n=3) y perforación con el 1.36% (n=3). El 5.45% fueron complicaciones leves (n=12), el 1.36% (n=3) moderadas y el 1.36% (n=3) complicaciones graves. Se comprobó una canulación fallida del 6% (n=13) y en un 17% (n=38) los procedimientos fueron considerados fallidos. Sobre el nivel de complejidad la mayoría fueron de nivel I (n=100, 46%) y II (n=91, 42%), se presentó en menor cantidad de procedimientos de nivel III (n=26, 12%). Estadísticamente no se encontró una asociación de las complicaciones con las variables estudiadas. Conclusiones: Las tasas de morbilidad y mortalidad, éxito de canulación y del procedimiento presentan valores aceptables. Sin embargo creemos que se pueden mejorar aplicando cambios organizacionales y mejorando la logística en nuestro hospital.

## COLANGIOPANCREATOGRÁFIA ANTERÓGRADA ECOGUIADA (CPAE) É BOA ALTERNATIVA NOS CASOS DE INSUCESSO DA COLANGIOPANCREATOGRÁFIA ENDOSCÓPICA RETROGRADA (CPER)

Ribeiro, HS 1; Neto, OM 1; Taglieri, E 1; Neto, MMM 1; Motta, G 2; Parada, AA 1; Kemp, R 2; Santos, JS 2; Ardengh, JC 1; Lima, AG 3.  
1 - Hospital Nove de Julho; 2 - HCFMUSP; 3 - FSCSP. Brasil.

### Introdução

A CPER falha em determinadas situações, mesmo em mãos experientes. Anatomia pós-operatória alterada, divertículo e tumor periampular invasivo são causas de falha.

### Objetivo

Avaliar a CPAE para facilitar o acesso à via biliopancreática (VBP) com finalidade diagnóstica e/ou terapêutica.

### Método

Estudo retrospectivo de uma série de casos. Selecionamos os pacientes enviados para a realização da CPAE imediatamente após a falha da CPER (2000 a 2012). Realizamos punção do colédoco ou do ducto pancreático principal, injeção ou não de contraste e passagem de fio-guia, em seguida apreensão com o duodenoscópio e/ou drenagem imediata da VBP. Avaliamos a taxa de sucesso e as complicações.

### Resultados

A CPAE foi possível em todos os 15 casos (CAE (12) e PAE (3)). O rendez-vous foi tentado em 6/15 (40%). A taxa de sucesso foi de 3/3 (100%) tentativas na VB e em 1/3 (33%) na VP. A terapia ecoguiada ocorreu em 9 (coledocoduodenostomia [6] e hepatogastrotomia [3]). A primeira foi realizada com a interposição de dreno nasobiliar (1), PP 10F (4) e PM (1) a segunda com PP 10F (2) e prótese metálica (1). A melhora do quadro clínico ocorreu em 7/9 (77,8%). Ocorreram 2 complicações (13,3%): bacteremia (1) e hematoma retrogástrico (1) após falha na tentativa de rendez-vous pancreático.

### Conclusão

A CPAE é uma estratégia atraente para casos de falha da CPER. Ela pode ser realizada logo após sua falha, permitindo o rendez-vous a drenagem ecoguiada através da coledocoduodenostomia ou hepaticogastrotomia.

## CPRE Y ANESTESIA: NUESTRA EXPERIENCIA

Dolan, M 1; Amieva, L 1; Jury, G 1; Lopez Fagalde, R 1; Ramacciotti, G 1; Ruiz, N 1; Jury, R 1.

1 - CED. Argentina.

Introducción: La colangiografía retrograda endoscópica (CPRE), es uno de los procedimientos más complejos dentro de la gastroenterología siendo uno de los factores determinantes para su éxito una correcta sedación y monitoreo del paciente.

Objetivo: Demostrar la seguridad de la técnica de sedación utilizada por el servicio de anestesiología de nuestra institución describiendo eventos adversos durante y posterior al estudio.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo e individual. Se admitieron a nuestra institución 322 pacientes para la realización de CPRE a cargo de la unidad bilio-pancreática durante un período de 12 meses. El procedimiento se realizó en áreas de quirófano ambulatorio de nuestra institución. Se recolectó información específica de los pacientes, procedimientos y eventos adversos.

Se utilizó duodenoscopio Olympus serie 150, arco en c General Electric, y de acuerdo al diagnóstico del paciente se realizaron diferentes terapéuticas, en el 30% relacionadas con estenosis biliares y un 60% con coledolitiasis.

Todos los pacientes se los colocaban en decúbito prono o lateral, con monitoreo continuo de tensión arterial, oximetría de pulso, registro electrocardiográfico y oxígeno suplementario por cánula nasal.

La técnica anestésica empleada fue sedación profunda con propofol en bolo y luego mantenimiento administrada en bomba infusora marca Volumat la cual fue supervisada por anestesiólogos.

Resultados: En el período estudiado se realizaron CPRE en 322 pacientes. La edad promedio 69 años, con un rango 14-93 años. Sexo femenino 59% (191); sexo masculino 41% (131). En nuestra población analizada se registraron episodios de desaturación en 26 pacientes (8%), hipotensión 12 pacientes (3,8%), arritmia 12 pacientes (2,8%). El promedio de dosis bolo de propofol 1,61mg/kg, de mantenimiento 3,73 mg/kg/min.

### Análisis por subgrupos:

Grupo entre 14 y 40: 33 pacientes, desaturaron 2 (7,7%), hipotensión 2 (16,7%), arritmia 0  
Grupo entre 41 y 70: 142 pacientes, desaturaron 9 (34,61%), hipotensión 5 (45,5%), arritmia 5 (41,6%)

Grupo mayor a 71: 146 pacientes, desaturaron 15 (57,7%), hipotensión 5 (45,5%), arritmia 4 (33,3%)

En ninguno de los pacientes con afectos adversos se debió suspender el estudio, no se requirió intubación oro-traqueal de urgencia, ni se registraron casos de neumonía aspirativa post procedimiento.

Conclusión: Con los datos analizados podemos inferir que la sedación profunda con propofol es una técnica segura para la realización de CPRE con monitoreo estricto de los parámetros vitales a cargo del anestesiólogo, debiendo tener mayor precaución en los pacientes añosos, donde se evidencia mayor frecuencia de eventos inoportunos.

**HAMARTOMATOSIS BILIAR Y COLANGITIS: UN CASO DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO**

Caniggia, D 1; Kohan, M 1; Botto, CG 1; Chio, U 1; Cordero, H 1; Bustos Gibert, R 1; García Tascón, G 1.  
1 - Hospital Alvarez. Argentina.

**Introducción:** Los hamartomas biliares (o complejos de Von-Meyenburg) son lesiones hepáticas congénitas que resultan del fallo en la involución de los conductos biliares embrionarios. Forman parte del grupo de malformaciones de la placa ductal, como la enf. de Caroli, la poliquistosis hepato-renal y la fibrosis hepática congénita.

Consisten en dilataciones quísticas de conductos biliares intrahepáticos en el seno de un estroma fibroso y sin comunicación con la vía biliar (VB).

Suelen ser hallazgos incidentales en estudios de imágenes, son asintomáticos y de buen pronóstico. Su relevancia radica en la necesidad de diferenciarlos de las MTS hepáticas y de las otras malformaciones de la VB con pronóstico más desfavorable, especialmente en el contexto de un sind. coledociano.

**Caso clínico:** Varón de 53 años que ingresó por dolor en hipocondrio derecho, ictericia y coluria, sin hipotermia. Antec: Episodios recurrentes de dolor sin ictericia en el año previo e ingesta excesiva de alcohol.

EF: Ictericia, hipertrofia parotídea, dolor a la palpación en hipocondrio derecho, sin organomegalias. Lab: Hemog. normal, TGO 249 UI/l, TGP 135 UI/l, FA 1516, Bi 9,28mg/dl, alb 3,6 g/l, quick 70%,  $\gamma$  glob 0,93 g/l. Serología HBV y HCV (-), autoanticuerpos (-), CEA y CA 19-9 normales.

**Ecografía abd:** Hígado: múltiples microquistes. Vesícula: litos múltiples. VB intrahep. normal. Colédoco 8,2 mm. Páncreas y riñones s/p.

**Colangiografía:** Múltiples quistes < 1 cm, no pudiéndose establecer su dependencia con la VB. Vesícula: múltiples litos. VB intrahep. normal. Colédoco 15 mm con lito distal. Páncreas y riñones s/p.

**TAC:** Múltiples imágenes hipodensas hepáticas sin realce con contraste IV.

**CPRE:** Estenosis en colédoco distal de 2 cm; sobre ella, imagen (-) de 5 mm. No se rellenan los quistes hepáticos con el contraste. Se efectuó papilotomía y se colocó un stent. Ausencia de vórices esofágicas y gastropatía hipertensiva.

Citología del aspirado biliar (-) para células neoplásicas.

El paciente evolucionó favorablemente, normalizó el lab., pero a los 14 días reingresó con colangitis. Se efectuó colecistectomía, coledocotomía y colocación de tubo de Kehr. A los 30 días, en la colangiografía transKeher, se vio la VB expedita, buen pasaje a duodeno y falta de tinción de los quistes hepáticos. Se constató migración del stent.

Se efectuó PBH percutánea: Arquitectura hepática conservada, colestasis focal y congestión vascular sinusoidal.

**Conclusión:** El comportamiento de las imágenes hepáticas con el contraste IV permitió descartar MTS.

A diferencia de la enf. de Caroli, los quistes de la hamartomatosis no se comunican con la VB. Esta característica, que no pudo evidenciarse con la colangiografía, fue puesta de manifiesto con la inyección de contraste en la CPRE y la colangiografía transKeher, permitiendo la diferenciación entre estas 2 entidades con tan distinto pronóstico.

**EP-118****PRECORTE: ¿CUÁNTO SE UTILIZA? ¿CUÁNTO SE COMPLICA? ¿CUÁNTO RESUELVE?**

Curvale, C 1; Hwang, H 1; Guidi, M 1; De María, J 1; Promenzio, E 1; Ragone, F 1; Matano, R 1.

1 - Hospital El Cruce. Argentina.

**INTRODUCCION:** la canulación biliar selectiva, con técnicas estándar, varía entre el 80 y el 90 % dependiendo de la experiencia del endoscopista y la anatomía del paciente. En los años 80 se desarrollaron las primeras técnicas de precorte para mejorar las tasas de canulación cuando las maniobras habituales no resultan efectivas. El precorte ha evolucionado desde su creación y actualmente incluye tres técnicas básicas con múltiples variantes que dependen del paciente y el endoscopista.

**OBJETIVO:** evaluar la utilización, éxito y complicaciones de las técnicas de precorte en un servicio de endoscopia de tercer nivel.

**METODO:** estudio prospectivo de cohorte. Entre agosto de 2010 y abril 2014 se evaluaron las siguientes variables: tipo de precorte utilizado, tiempo de realización del mismo, tasa de canulación, tasa de éxito global, complicaciones y tasa de utilización de stent pancreático. Se calculó el valor de p con el Test de Chi2 y se consideró significativa cuando resultado < 0,05.

**RESULTADOS:** se realizaron 1263 colangiografías endoscópicas en 1057 pacientes con papila naïve con un éxito global de canulación del 95% (1004 ptes). 156 de estos pacientes (14,75%) requirieron 161 precortes: 151 infundibulotomías, 5 precortes estándar y 5 septotomías. El precorte se utilizó antes de los 8 min en 51 ptes (precorte temprano), después de los 8 min en 48 ptes (precorte tardío) y en 57 casos no se registró el dato. El éxito total de canulación con precorte fue del 89% (138 ptes). La tasa de éxito global del procedimiento fue del 95,1 %. Se utilizó stent pancreático en 29 pacientes. Se produjeron 4 pancreatitis leves (2,48 %) y 4 hemorragias (de las cuales una requirió manejo quirúrgico). Porcentaje de complicaciones: 5,12 %. No se produjeron decesos. El porcentaje de canulación y de complicaciones no presentó diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (p=0,077 y p=0,7916 respectivamente).

**CONCLUSIONES:** Existen varias opciones para lograr el acceso biliar pero 15 % de los pacientes requieren técnicas avanzadas de canulación como el precorte. Esta maniobra incrementa considerablemente el porcentaje de canulación y, realizado en un centro de tercer nivel, mostró elevada tasa de éxito sin aumentar la morbimortalidad.

**EP-117****LEVANTAMIENTO DE TODAS AS CPRES REALIZADAS NUM PERÍODO DE 12 MESES NO HOSPITAL ESTADUAL MÁRIO COVAS**

Souza, TF 1; Marques, LM 1; Paiva, SLM 1; Dib, RA 1; Rodrigues, TN 1; Grecco, E 1.

1 - Hospital Estadual Mario Covas. Brasil.

**Introdução:** A CPRE pode ser realizada para tratamento de diversas afecções das vias biliopancreáticas de etiologia benigna ou maligna. Inclui-se ampla possibilidade terapêutica que abrange desde a remoção de cálculos até a drenagem biliar paliativa com colocação de prótese metálica autoexpansível. As principais complicações decorrentes dos procedimentos terapêuticos da CPRE são: pancreatite, hemorragia, perfuração e colangite. Os índices variam de 1,6 a 9%. Atualmente, a intensão diagnóstica da CPRE tem sido paulatinamente substituída pela colangiopancreatografia por ressonância magnética, método não invasivo e com performance semelhante a CPRE. **Objetivo:** Realizar o levantamento dos dados epidemiológico, clínico e técnico referentes as CPRES realizadas ao longo de 12 meses no Hospital Estadual Mário Covas, no período de março de 2012 a fevereiro de 2013. **Resultados:** Foram realizados 536 exames de Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada (CPRE) em 458 pacientes no período de março de 2013 a março de 2014. O estudo apresentou uma maior prevalência de exames em pacientes do sexo feminino com uma porcentagem de 69%. A idade média dos pacientes submetidos a CPRE foi de 54,67 anos com um desvio padrão de 19,54, a principal via de acesso a via biliar se deu pela papila duodenal maior com 53,9%, seguida pela infundibulotomia com 24,3%, 14% por via de acesso prévia e 9,1% não obtiveram sucesso na cateterização da via biliar principal. As principais conclusões das CPRES foram a coledocolitíase (31,5%), barro biliar (25,2%) e estenoses benignas/malignas da via biliar (13,2%), com 8,8% de exames normais. As complicações intra procedimento encontradas foram 1,5% de sangramento e 0,7% perfuração. **Conclusão:** O exame de CPRE possui uma efetividade de 91% na cateterização da via biliar principal, sendo considerado um procedimento com alto grau de segurança e maior prevalência entre as mulheres devido a patologias das vias biliares (Coledocolitíase e Barro Biliar).

**EP-119****PREVENCIÓN DE PANCREATITIS POST-CPRE: ¿PRECORTE TEMPRANO O STENT PANCREÁTICO?**

Zagalsky, D 1; Guidi, M 2; Curvale, C. 2; Hwang, H 2; Lasa, J 1; De María, J 2; Promenzio, E 2; Ragone, F 2; Djivelekan, S 2; Iannicillo, H 1; Gonzalez, J 2; Matano, R 2.

1 - Hospital Posadas; 2 - Hospital El Cruce. Argentina.

**INTRODUCCION:** La pancreatitis es la complicación más temida de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). En los últimos años ha existido evidencia creciente de la utilidad de la colocación de stents pancreáticos para la prevención de pancreatitis. Algunos autores sostienen que un precorte temprano, ante la canulación dificultosa, reduciría el riesgo de pancreatitis post-CPRE (PPC). **OBJETIVO:** Comparar la efectividad entre el precorte temprano y el stent pancreático en la prevención de PPC en pacientes de alto riesgo.

**MATERIALES Y METODOS:** Estudio prospectivo, controlado, randomizado, multicéntrico. Se definió como paciente de alto riesgo aquel que cumplía con 1 de los siguientes criterios: sexo femenino, edad < 40 años, sospecha clínica de Disfunción del Esfínter de Oddi, antecedente de PPC, antecedente de PA, bilirrubina normal, diámetro del colédoco menor a 8 mm en estudios de imágenes previos, antecedente de pancreatitis aguda recurrente, ausencia de pancreatitis crónica.

**Criterios de canulación dificultosa:** intentos de canulación por más de 8 minutos, ingreso al conducto de Wirsung con guía hidrofílica > 0 = a 3.

Los pacientes de alto riesgo con canulación dificultosa fueron randomizados a la realización de precorte temprano (GRUPO A) o a la colocación de stent pancreático (GRUPO B). Se evaluó el desarrollo de PPC en ambos grupos.

**RESULTADOS:** Desde 11/2011 hasta 11/2013 se incluyeron 51 pacientes en la rama precorte y 50 pacientes en la rama stent. No se encontraron diferencias significativas en las características demográficas de los pacientes, en las indicaciones de los procedimientos ni en las terapéuticas aplicadas. Se realizaron 86 precortes: 51 en el grupo A y 36 en el grupo B (posterior a la colocación del stent pancreático). Se registraron 2 PPC en cada grupo (3,92 % Grupo A y 4 % Grupo B, p=NS), todas leves. Hubo 1 episodio de sangrado en el grupo A (1,96 %). Se produjo 1 perforación en el grupo A (1,96 %). No hubo diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las complicaciones. La tasa de éxito en la canulación fue 98 % en el grupo A y 96 % en el grupo B (p=NS). No se registraron decesos.

**CONCLUSION:** La utilización temprana del precorte en pacientes de alto riesgo con canulación biliar dificultosa no estuvo asociado a una mayor incidencia de PPC comparado con la colocación de stent pancreático como medida preventiva.

**QUISTE DE VÍA BILIAR: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Bracone, H 1; Ledesma, C 1; Romagnoli, N 1; Quijano, N 1; Donatelli, M 1; Pinasco, R 1; La Via, J 1; Regnasco, S 1; Saá, E 1.  
1 - Hospital Pirovano. Argentina.

**INTRODUCCION:** Los quistes de vía biliar son dilataciones congénitas que pueden presentarse individualmente o en forma múltiple a lo largo del árbol biliar. La incidencia se ha estimado en 1:100.000 a 1:150.000 por año. Un 95% se asocia a anomalía de la unión biliopancreática. La triada clínica de presentación es dolor abdominal, ictericia y masa en hipocondrio derecho; sin embargo una gran parte de los pacientes se pueden presentar con síntomas vagos o asintomáticos. La Colangiografía Endoscópica Retrógrada representa el gold estándar para el diagnóstico. Son lesiones con alto potencial maligno. El objetivo terapéutico es evitar las complicaciones y reducir el riesgo de carcinogénesis. **CASO CLINICO:** Paciente femenino de 46 años con antecedentes de colecistectomía laparoscópica, con múltiples consultas a distintos Centros de Salud por episodios de cólico biliar post colecistectomía laparoscópica. La paciente consulta asintomática, con laboratorio normal, con Colangiografía Endoscópica donde se evidencia litiasis coledociana con vía biliar intra y extra hepáticas levemente dilatadas. Se efectúa Colangiografía Endoscópica Retrógrada constatándose dilatación quística de la vía biliar extrahepática e intrahepática, con imagen de litiasis en su interior. Se realiza papilotomía y se extrae lito de 13 mm de diámetro. Se confirma quiste de vía biliar IV A de la clasificación de Todani. La paciente es operada realizándose resección completa de la vía biliar extrahepática, hepaticoyunoanastomosis en Y de Roux y segmentectomía hepática del segmento IV. El resultado anatomopatológico informó conductos biliares mayores compuestos por estroma fibroso con inflamación crónica. **CONCLUSION:** A pesar de ser una patología poco frecuente, representa un desafío diagnóstico debido a que el tratamiento oportuno disminuye el riesgo de carcinogénesis.

**TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA BILIAR APÓS RESSECCÃO DE TUMOR NEUROENDÓCRINO HEPÁTICO**

Teles, LD 1; Dutra, DAM 1; Leite, ABG 1; MOTA, VPLP 1; Cristóvão, CU 1; Almeida, RES 1; Libera Junior, ED 1.  
1 - UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo. Brasil.

T.L.P., sexo feminino, 18 anos, hígida, com história de dor em hipocôndrio direito e massa palpável nesta região ao exame físico. Ressonância magnética de abdome evidenciou volumosa massa hepática (20cm x 18cm x 13cm) nos segmentos 5, 8 e 4b, de aspecto cístico, multiloculado e com conteúdo hemorrágico, além de hipervascularizada com clareamento do contraste em fase tardia, sem dilatação das vias biliares. Realizada hepatectomia direita ampliada e o resultado do estudo anatomopatológico revelou neoplasia epitelial neuroendócrina bem diferenciada. No pós-operatório, paciente evoluiu com icterícia e formação de biloma. Realizada punção do biloma guiada por tomografia pela radiointervenção, tendo como complicação uma perfuração de alça do cólon e peritonite. Foi submetida a laparotomia exploradora para rafia do cólon, colostomia protetora e drenagem do biloma via percutânea. Paciente persistiu com alto débito pelo dreno percutâneo (800mL/dia). Realizada CPRE que mostrou extravasamento de contraste para fora da via biliar, a nível do hilo hepático, caracterizando uma fístula biliar. Não foi possível acesso à via biliar intra-hepática com fio-guia, sendo realizada esfinterotomia e colocada uma prótese plástica de 10 Fr x 7cm. Houve diminuição progressiva do débito nas primeiras 48hrs, e, em seguida, retorno ao débito pré-procedimento. Nova CPRE mostrou persistência da fístula biliar e desta vez foi realizada a passagem de fio-guia para a via biliar intra-hepática esquerda e colocada uma prótese biliar plástica de 10Fr x 15cm, que ocluiu o ponto da fístula. Observou-se redução significativa do débito pelo dreno nas primeiras 24 horas (20mL/dia), seguida de ausência de débito na primeira semana. Agendada nova CPRE após 2 meses, na qual foi retirada a prótese, injetado contraste na via biliar sob pressão (oclusão por balão) e não evidenciado extravasamento do contraste, nem imagens de falha de enchimento ou de estenose. Via biliar direita não contrastada (compatível com status pós-hepatectomia direita). Houve então fechamento da fístula após 2 meses com prótese biliar plástica. Foi retirado o dreno percutâneo na semana seguinte. Paciente evoluiu com resolução da icterícia e mantém níveis estáveis de fosfatase alcalina e gama-GT.

**SÍNDROME ICTERICO-OBSTRUCTIVO SECUNDARIO A LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS B PARACOLEDOCIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

De la Rosa, C 1; Guzman, J 1; Clavo, ML 1; Zuramay, C 1; Olmos, I 1.  
1 - Hospital Dr. Miguel Perez Carreño. Venezuela.

**Objetivo:** Presentar la experiencia de un caso de Linfoma No Hodgkin paracoleodociano con síntomas de síndrome ictero-obstructivo como manifestación poco frecuente. **Caso Clínico:** Paciente masculino de 50 años de edad, quien ingresa por un cuadro clínico compatible con síndrome ictero-obstructivo de 2 meses de evolución, se realiza Ultrasonido abdominal y tomografía abdomino-pélvica contrastada, con imágenes sugestivas de una probable lesión en la cabeza del páncreas y del proceso uncinado. Se solicita Colangiografía Endoscópica que concluye: 1. Litiasis vesicular. 2. Imagen nodular solida a nivel de la cabeza y proceso uncinado del páncreas, mal definida, de probable naturaleza neoplásica. 3. Dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas. 4. Descartar patología ampullar. Ante los hallazgos se indica Ultrasonido endoscópico que concluye, Colédoco de 1.3 mm en toda su extensión sin imágenes ecogénicas en su interior, una lesión por debajo de la confluencia espleno-portal e istmo pancreático hipocogénica, de bordes definidos, de 27 x32 mm no relacionada ni con páncreas ni con hígado; se indica punción aspirado con aguja fina guiada por Ultrasonido endoscópico, la cual reporta, fibrina, hemorragia e infiltrado por células redondas inflamatorias, nódulo fibroso, sin observar tumor. Se sugiere por lo tanto exploración quirúrgica para extraer tumor y drenaje de vía biliar. Se obtiene como hallazgos intraoperatorios, una lesión paracoleodociana de bordes definidos, con estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico compatible con Linfoma No Hodgkin de células B grandes. Paciente recibe quimioterapia en centro oncológico con evolución clínica satisfactoria.

**Discusión:** El Linfoma No Hodgkin de células B, es la forma más común de presentación de los Linfomas, su presentación es variable, y se encuentra relacionado con la evidencia de adenopatías causantes de síntomas de tipo obstructivo por compresiones extrínsecas. El diagnóstico se basa en los estudios anatomopatológicos, por lo que se hace necesario la toma de un espécimen suficiente y su inclusión en estudios de inmunohistoquímica. El Ultrasonido endoscópico se considera una herramienta diagnóstica de importancia ante las patologías hepatobiliares.

**SÍNDROME DE LEMMEL: DERRIBANDO MITOS**

Gonzalez, J 1; Curvale, C 1; Hwang, H 1; Guidi, M 1; De Maria, J 1; Ragone, F 1; Promenzio, E 1; Matano, R 1.  
1 - Hospital El Cruce. Argentina.

**Introducción:** Lemmel plantea en 1934 que la presencia de divertículos duodenales próximos a la papila de Vater puede favorecer el desarrollo de enfermedades pancreaticobiliares. Con el advenimiento de la colangiografía endoscópica se postula que esta condición aumentaría la tasa de fracasos en la canulación y el riesgo de complicaciones principalmente sangrado post-esfinterotomía.

**Objetivo:** Evaluar la frecuencia de esta entidad así como la tasa de canulación, éxito global del procedimiento y complicaciones en esta cohorte de pacientes. **Método:** estudio prospectivo y comparativo entre pacientes con divertículos periampulares y pacientes sin divertículos desde 2010 hasta 2014. Según su relación con la papila se clasificaron en: tipo I: papila intradiverticular, II: papila en el margen del divertículo o yuxtadiverticular, III: papila cercana al divertículo (< de 3 cm). Se utilizaron los test de Fisher y Chi2 para el análisis estadístico de los resultados. Se considero significativo un valor de  $P < 0,05$ .

**Resultados:** de 1057 CPRE realizadas en ese periodo, 48 tuvieron divertículos duodenales (4,54%), hubo un ligero predominio de mujeres (58,3%) y la edad promedio fue de 62,2 años. Los divertículos tipo II fueron los más frecuentes (85,4%).

No se hallaron diferencias significativas en cuanto a tasa de canulación, tasa de éxito global del procedimiento y complicaciones entre ambos grupos. Resulto significativa la presencia de colangitis como indicación del procedimiento en el grupo de ptes con divertículos duodenales ( $p < 0,01$ ) como así también la presencia de CPRES con resultado normal entre los ptes sin divertículos ( $p < 0,003$ ).

**Conclusiones:** nuestro análisis muestra datos similares a los publicados. En esta cohorte de pacientes, los divertículos periampulares favorecieron el desarrollo de infecciones en la vía biliar y no dificultaron la canulación ni aumentaron la tasa de complicaciones.

## AMPULECTOMÍA ENDOSCÓPICA DE TUMORES PAPILARES: RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PLATA

Carrica, SA 1; Epele, J 1; Baldoni, F 1; Bernedo, A 1; Tufare, F 1; Yantorno, M 1; Correa, GJ 1; Villaverde, A 1; Chopita, N 1.

1 - Servicio de Gastroenterología. HIGA General San Martín de La Plata. Argentina.

**Introducción:** Los tumores periampulares representan un grupo de neoplasias gastrointestinales infrecuentes. Aproximadamente el 95% de las lesiones de la ampolla de Vater corresponden a adenomas o adenocarcinomas. Estas neoplasias pueden ocurrir esporádicamente o en asociación a síndromes de poliposis hereditarias como la Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF). Los avances endoscópicos en colangiografía retrógrada endoscópica y ecoendoscopia han modificado el manejo de estas neoplasias en los últimos años.

**Objetivo primario:** Presentar resultados en ampulectomía endoscópica de tumores papilares. **Pacientes:** Se revisó la base de datos obteniendo 15 pacientes (hombres 8) con edad promedio de 51,2 años (rango 25-74) con tumores papilares a los que se les efectuó ampulectomía endoscópica entre diciembre de 2006 y noviembre de 2013. La forma de presentación más frecuente fue la ausencia de síntomas (53,3%), seguido por el dolor (40%), síndrome coledociano (13,3%) y la pérdida de peso (13,3%). El 40% presentaba PAF asociada.

**Métodos:** Todos los pacientes tenían ecoendoscopia previa y cumplían criterios para resección endoscópica. El procedimiento se realizó con duodenoscopia. La resección se realizó con asa en bloque con o sin inyección previa. A todos los pacientes se les intentó colocar prótesis pancreática de 5 Fr de 3 cm de longitud posterior a la resección asociado a esfinteropilotomía biliar.

**Resultados:** Se efectuaron 16 procedimientos en 15 pacientes. El estudio histopatológico de la lesión demostró displasia de bajo grado en 11 pacientes (73,3%), displasia de alto grado en 2 (13,3%), adenocarcinoma intramucoso en 1 y adenocarcinoma invasor en 1. El éxito terapéutico a corto plazo, definido como la ausencia de lesión en control a 30 días, fue del 86%.

Once pacientes se siguieron por 6 meses o más (promedio de 26,45 meses). En los pacientes que se siguieron por el tiempo señalado se registraron 3 recaídas (27%), y uno de esos casos remitió con terapia ablativa (coagulación con argón plasma). El éxito en seguimiento por más de 6 meses fue del 81,8% (9/11).

El sangrado inmediato fue la complicación mayor más frecuente (2%), siendo controlada con inyección con esclerosantes. No se registraron casos de pancreatitis aguda (PA). En el seguimiento 1 paciente presentó adenocarcinoma invasor y recibió quimioterapia debido a criterio de inoperabilidad.

**Conclusiones:** La ampulectomía endoscópica es una opción segura y de probada eficacia, con buenos resultados a corto y largo plazo. La colocación de prótesis plástica de páncreas como profilaxis de PA es determinante para evitar esta complicación.

## ESTENOSIS POSQUIRÚRGICAS BILIARES: "INDENTACION" EN EL COLANGIOGRAMA FINAL COMO PREDICTOR DE REESTENOSIS (REPORTE DE DOS CASOS)

Malaga, I 1; Curvale, C 1; Hwang, H 1; Guidi, M 1; De Maria, J 1; Ragone, F 1; Proenzio, E 1; Matano, R 1.

1 - Hospital El Cruce. Argentina.

### INTRODUCCIÓN:

Las estenosis biliares benignas post quirúrgicas (EBBPQ) se presentan en el 0,2 al 0,5% de los pacientes luego de la colelap. Actualmente su manejo inicial es endoscópico con colocación de múltiples stent plásticos. Otra opción es la utilización de stent metálicos autoexpandibles (SEMS).

### CASO 1:

Mujer de 29 años con antecedentes de colelap. Derivada por coledocolitiasis residual a la que se le realizan 2 colangiografías endoscópicas (CPRE), en la que se evidencian cístico remanente de implantación baja (en "caño de escopeta"), estenosis en coledoco medio y múltiples litos por encima de la misma. Luego de reiterados ingresos al cístico, se resuelve con dilatación biliar, litotripcia mecánica, y colocación de stent plástico de 10 F. Cepillado negativo para atipia, marcadores tumorales negativos y tomografía normal. Al mes se realiza nueva CPRE con intención de ingreso a protocolo de Roma. Debido a múltiples ingresos al cístico, se decide colocar SEMS totalmente cubierto por 8 semanas. Pasado este lapso de tiempo, se retira el mismo, evidenciando resolución de la estenosis pero con "indentación" en el colangiograma. En control al mes, se evidencia patrón de colestasis, motivo por el cual se realiza colangiogramía que evidencia re-estenosis. Por lo que se decide colocar nuevamente SEMS por 6 meses. Al retiro del mismo no se observa estenosis en el colangiograma. Actualmente continúa en seguimiento 4 meses posteriores al procedimiento sin evidencia de colestasis.

### CASO 2:

Mujer de 34 años con antecedentes de colelap derivada por colangitis. Se realiza CPRE evidenciando estenosis coledoco medio y múltiples litos en coledoco inferior que se extraen. Se coloca stent biliar plástico de 5 F debido a la imposibilidad de dilataciones superiores. Cepillado negativo para atipia, marcadores tumorales negativos y tomografía normal. Al mes, debido a la imposibilidad de ingreso a protocolo de Roma, se coloca SEMS totalmente cubierto por 6 meses. El colangiograma final muestra resolución de la estenosis pero "indentación" en coledoco medio. Debido a patrón de colestasis al mes, se realiza colangiogramía que evidencia re-estenosis. Por lo que se decide colocar nuevamente SEMS por 6 meses. Al retiro del mismo, se observa leve impronta hilar a 1 cm de la bifurcación y otra en coledoco medio (ya existente). Se plantea ingreso a protocolo de Roma para resolución de las dos alteraciones del calibre biliar.

### CONCLUSIÓN:

El tratamiento con SEMS en EBBPQ es una opción ante la imposibilidad de realizar protocolo de Roma. Un correcto colangiograma al final del tratamiento es imprescindible en busca de signos predictores de re-estenosis ("indentaciones"). Futuros estudios son necesarios para evaluar el manejo de las mismas en el sitio de la estenosis, como así también las causadas por las copas de los SEMS.

## PAPILECTOMIA PARA O TRATAMIENTO DE ADENOMA TUBULO VILOSO

Machado, NM 1; Maeda, SMF 1; Fachin, AV 1; Ferreira, MA 1; Angelotti, MV 1; Mota, FP 1; Gonçalves Jr, I 1.

1 - HEB. Brasil.

**INTRODUÇÃO:** adenomas da papila de Vater são lesões displásicas glandulares adenomatosas que surgem na papila ou suas margens. Tecido adenomatoso tem sido encontrado em mais de 90 % dos espécimes ressecados de Adenocarcinoma ampular, sugerindo que estas lesões tem um potencial pré maligno. Em séries de autópsias a prevalência do adenoma ampular é estimada em 0.04% a 0.12%. Estas lesões podem ocorrer de forma esporádica, ou no contexto da Polipose Adenomatosa Familiar .

**OBJETIVO:** Relatar o caso de um paciente com adenoma tubular da papila de Vater submetidos à CPRE sendo realizada a papilectomia em nosso Serviço .

**MATERIAL E MÉTODOS:** R.C., masculino, 68 anos, encaminhado para tratamento endoscópico, com diagnóstico de adenoma tubular da papila de Vater, com atipias de baixo grau. O paciente foi submetido a CPRE e em seguida realizada a papilectomia e introdução de prótese biliar plástica de 10 Fr.

**RESULTADOS:** O paciente evoluiu após o procedimento com dor abdominal difusa e aumento da amilase sérica ( 1.300 un/ml), com melhora do quadro já no segundo dia e alta no 3o. dia de internação. A anatomia patológica evidenciou Adenoma túbulo viloso, com atipias leves.

**CONCLUSÃO:** Os adenomas da papila de Vater são pouco frequentes em nosso meio, e o tratamento endoscópico pode ser empregado, não isento de complicações.

## IS SPHYNCTERECTOMY AND PLASTIC STENT PLACEMENT FOR 8 WEEKS EFFECTIVE FOR THE TREATMENT OF BILIARY LEAKS: RESULTS OF A PROSPECTIVE STUDY IN A TERTIARY SINGLE CENTER

Robles-Medrandá, C 1; Soria, M 1; Del Valle, R 1; Bravo, G 1; Pitanga, H 1; Ospina, J 1; Robles-Jara, C 1.

1 - IECED. Ecuador.

### BACKGROUND

Bile duct injury after laparoscopic surgery continues to be a problem. Various endoscopic methods have been used (sphincterectomy alone, plastic stents, nasobiliary tube drainage) for the treatment of these patients. However, an optimal endoscopic intervention is not well established and many results are based on a retrospective data, and 7 to 10 days is considered enough for biliary leak resolution.

### AIM

To determine the efficacy of endoscopic treatment with sphincterectomy and plastic stent placement during 8 weeks for the treatment of acute biliary leaks after surgery.

### METHODS

After approval by the ethics committee and signing of an informed consent, a single-center, prospective

study was performed in consecutive patients with biliary leaks from Oct-2010 to Sept-2012. An acute biliary leak after surgery was defined as the presence of biloma during the 15 days after surgery. Inclusion criteria: presence of biloma demonstrated by radiological examination and acceptance to participate. Exclusion criteria were: age<18 years; pregnancy, coagulopathy, patients with previous endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) studies with sphincterectomy or Roux-en-Y gastric surgery. Patients were submitted to ERCP with sphincterectomy and plastic stent placement, and biliary injury was classified in accordance to Neuhau's classification. The stent was removed 8 weeks after treatment to determine the successful of the treatment.

### RESULTS

33 consecutive patients with biloma were included. The mean age was 55 years-old (range: 23-86), being 17 males (51%) and 16 females (49%). The leak was detected in the cystic duct in 15/33 (45.5%) patients, Luschka duct leaks in 8/33 (24%) patients and common bile duct leak (injury) in 10/33 (30.3%) patients. The treatment was successful performed in all patients. No complications after procedure were observed. After 6 weeks a good response was observed in 30/33 patients (90.9%) (Neuhau's: A1, A2). 2 patients (6%) required surgery treatment because persistence of the leak and 1 patient (3%) required percutaneous drainage by radiology. In 2 (6%) patients with injury of the common bile duct, stenosis of the bile duct was observed, and treated by ERCP. The length of hospitalization was 7.1 ± 3.1 days.

### CONCLUSION

ERCP associated to sphincterectomy and plastic stent placement is effective for acute bile leaks. However, persistence of the leak could occur in 10% of patients after 8 weeks and additional treatment is needed.

### RECIDIVA DE PSEUDOQUISTE PANCREATICO TRAS DRENAJE MEDIANTE CISTOGASTROSTOMÍA

Parenza, T 1; Salim, N 1; Curvale, C 1; Guidi, M 1; Matanó, R 1; De María, J 1; Ragone, F 1; Promenzio, E 1; Hwang, HJ 1; Málaga, I 1; Nieves, H 1.  
1 - Hospital El Cruce. Argentina.

**Introducción:** El Pseudoquiste Pancreático (PQP) es una de las complicaciones frecuentes de la Pancreatitis Aguda. El drenaje transmural endoscópico es el acercamiento terapéutico de elección para los PQP sintomáticos (sin evidencia de conexión al conducto pancreático) al tener una alta tasa de éxito a largo plazo, ser menos invasivo que la cirugía y evita la colocación de drenajes externos con el riesgo de fistulas al exterior. El mismo puede realizarse de forma segura tanto a nivel gástrico o duodenal según su localización y no se requiere guía ecoendoscópica excepto ante PQP que no protruyen pared digestiva, pacientes con hipertensión portal o coagulopatía.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 40 años de edad con antecedente de Pancreatitis Aguda Severa en el año 2013. Una TAC 3 meses después del episodio agudo informa Pseudoquiste de 80x70mm en cuerpo pancreático. Paciente asintomático. A los 6 meses del cuadro agudo comienza con saciedad precoz y en ocasiones epigastria postprandial. Nueva TAC informa crecimiento de pseudoquiste a 150x104mm con compresión y desplazamiento de antro gástrico.

Mediante endoscopia se realiza drenaje transmural gástrico con dilatación con balón 10mm y colocación de stent doble pigtail de 10F. A las 2 semanas se evidencia una reducción franca por ecografía (22x11mm). Un mes más tarde reaparecen los síntomas iniciales. Se realiza RNM para evaluar PQP y Wirsung, observándose recidiva del pseudoquiste con crecimiento a 105x60x50mm) y otros menores de aprox 20mm en cuerpo pancreático, sin evidencia del stent de drenaje.

#### Conclusiones:

La tasa de recurrencia de un PQP tras un drenaje exitoso en la bibliografía publicada es de un 10-15% de no mediar desconexión completa del páncreas distal. El seguimiento clínico del paciente es fundamental y la migración del stent debe sospecharse ante recurrencia sintomática. Su crecimiento -tras un drenaje inicial exitoso- debe atribuirse en primera instancia a una conexión con el conducto de Wirsung previamente no identificada, necesitando en dicho caso de un drenaje transpapilar. La eficacia entre el drenaje transmural aislado versus combinación de drenaje transmural con drenaje con stent transpapilar desde un inicio es aun discutida. A la fecha no existe una recomendación formal sobre cómo realizar el seguimiento tras la colocación de un drenaje de PQP transmural y si es necesario confirmar la permanencia y funcionalidad mediante algún método diagnóstico. Es importante explicarle al paciente previo al procedimiento que puede requerirse de más de una sesión endoscópica para la erradicación definitiva del pseudoquiste.

### LA IMPORTANCIA DE LA VISUALIZACIÓN COMPLETA DEL INTESTINO DELGADO EN LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA Y SU RELACION CON LA EFECTIVIDAD DIAGNÓSTICA

Blanco-Velasco, G 1; Ramos-González, R 1; Gallardo Cabrera, VE 1; Tun-Abraham, A 1; Paz-Flores, V 1; Blancas-Valencia, JM 1.  
1 - CMN Siglo XXI, IMSS. México.

**Introducción:** La cápsula endoscópica es una técnica relativamente nueva para el estudio del intestino delgado. Se han identificado diferentes factores de riesgo para que una cápsula tenga una visualización incompleta del intestino delgado, como son pacientes hospitalizados, diabetes mellitus, hipotiroidismo, antecedente de cirugía intestinal y retraso en el tránsito gástrico.

**Objetivo:** El motivo de este estudio es ver la importancia del retraso en el tránsito gástrico para la visualización completa del intestino delgado y la repercusión que esto tiene para la efectividad diagnóstica de la cápsula endoscópica.

**Material y Método:** Se realizó una revisión retrospectiva de las cápsulas endoscópicas colocadas en el Servicio de Endoscopia del Centro Médico Nacional Siglo XXI, de agosto del 2008 a diciembre del 2013. Se excluyeron del estudio aquellas cápsulas que no llegaron a colon. En todos los estudios incluidos se observó el tiempo en que la cápsula llegó a duodeno, si la cápsula arribó a colon y si fue útil para el diagnóstico final del paciente. Para las variables demográficas se utilizarán promedios y porcentajes con desviación estándar. Se realizará análisis estadístico para las variables cualitativas con Chi cuadrada.

**Resultados:** Se realizaron 110 estudios de cápsula endoscópica de los cuales se excluyeron a 6, 5 por presentar una estenosis no franqueable y uno por tener colestomía total. En 78 cápsulas (75%), la primera imagen duodenal fue en menos de una hora y en 26 (25%) posterior a una hora. De las 78 cápsulas que llegaron a duodeno en menos de una hora, 8 (10.2%) no llegaron a colon, mientras que de las otras 26 cápsulas, 8 (30.7%) no llegaron a colon, con una p con tendencia a ser significativa de 0.017. De las 104 cápsulas incluidas en este estudio, 88 (84.6%) lograron una visualización completa del intestino delgado, de estas 31 (35.2%) no fueron útiles para el diagnóstico final del paciente, mientras que las 16 que tuvieron una visualización incompleta, 7 (43.7%) no fueron útiles, p= 0.351.

**Conclusiones:** En nuestro estudio, las cápsulas con tránsito gástrico menor a 60 minutos lograron una visualización completa del intestino delgado mayor a aquellas cápsulas con un tránsito gástrico mayor a 60 minutos con tendencia a ser significativa. Sin embargo, la utilidad de las cápsulas endoscópicas con visualización completa del intestino delgado no fue significativamente mayor que aquellas con visualización incompleta.

### MAYOR INCIDENCIA DE COMPLICACIONES ASOCIADAS AL USO DE STENTS METÁLICOS TOTALMENTE CUBIERTOS EN PATOLOGÍA BILIAR

Soria, M 1; Del Valle, R 1; Ospina, J 1; Bravo, G 1; Pitanga, H 1; Robles-Jara, C 1; Robles-Medrande, C 1.  
1 - IECED, Ecuador.

**Introducción:** La utilización de los stents metálicos ha sido ampliamente aplicada en la patología biliar maligna y actualmente se ha introducido en la patología benigna teniendo mejores resultados en éstas últimas que los plásticos, sin embargo sus complicaciones son muy variables en las distintas series.

**Objetivo:** Describir las complicaciones tempranas y tardías de los stents metálicos totalmente cubiertos y no cubiertos utilizados en la patología biliar.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal, descriptivo de los pacientes a quienes se les colocó stents metálicos por patología biliar benigna y maligna, desde Marzo 2010 hasta Marzo del 2014, describiendo sus características demográficas y complicaciones.

**Resultados:** A 102 pacientes se les colocó stents metálicos, el 56% (n=57) eran varones, 44% (n=45) mujeres, edad media de 66± 13 años (rango: 26-92 años). Utilizando Chi cuadrado se analizó la edad y sexo con respecto a la presencia de las complicaciones. El sexo femenino se asoció a mayor incidencia de complicaciones sin significancia estadística OR 2.1 (IC 95% 0.6-7.0) p 0.2451, los menores de 50 años tuvieron mayor incidencia de complicaciones OR 5.3 (IC 95% 1.4-20) p 0.0086.

Las complicaciones se presentaron en el 17% (n=17) del total, de las cuales la más frecuente fue la pancreatitis en el 65% (n=11) (10% severa, asociada a stent totalmente cubierto), seguida de crecimiento tisular intrastent 12% (n=2), atascamiento por barro 12% (n=2), migración 6% (n=1), perforación 6% (n=1).

Las causas más frecuentes de la colocación de los stents fueron los tumores pancreatobiliares 100% (n=64) en los no cubiertos; 76% (n=9) en los parcialmente cubiertos; 30% (n=8) en los totalmente cubiertos. Otras causas incluyeron fuga biliar 8% (n=1), pancreatitis crónica, 8% (n=1), pancreatitis autoinmune pseudotumoral 8% (n=1) en los parcialmente cubiertos y estenosis post-colecistectomía 27% (n=7), colangitis por otras causas 23% (n=6), pancreatitis autoinmune pseudotumoral 4% (n=1), pancreatitis crónica 12% (n=3), tumor duodenal submucoso 4% (n=1) en los totalmente cubiertos.

**Conclusión:** La complicación más frecuente asociada a la colocación de stents metálicos fue la pancreatitis que en su mayoría se evidenció en los totalmente cubiertos, la edad menor de 50 años se asoció a un mayor índice de complicaciones.

### RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA DE ACUERDO AL TIEMPO DE TRÁNSITO EN INTESTINO DELGADO

Blanco-Velasco, G 1; Ramos-González, R 1; Gallardo-Cabrera, VE 1; Tun-Abraham, A 1; Paz-Flores, V 1; Blancas-Valencia, JM 1.  
1 - CMN Siglo XXI, IMSS. México.

**Introducción:** Algunos artículos muestran que las tasas de visualización incompleta del intestino delgado varían entre 20 y 30%, por este motivo, se ha considerado el uso de procinéticos para acelerar el tránsito gástrico e intestinal. Sin embargo, otros artículos han sugerido que una cápsula endoscópica que ha transitado más tiempo en el intestino delgado se asocia a un aumento en su capacidad diagnóstica, ya que a mayor duración del tránsito, mayor es el número de imágenes que se obtienen.

**Objetivo:** Evaluar el rendimiento diagnóstico de la cápsula endoscópica en base al tiempo de estancia en intestino delgado.

**Material y Métodos:** Se realizó una evaluación retrospectiva de los estudios con cápsulas endoscópicas SB de pacientes con hemorragia de origen obscuro evidente colocadas entre abril del 2009 y mayo del 2013, en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Ciudad de México. Se excluyeron del estudio a todas las cápsulas endoscópicas que no permitieron una visualización completa del intestino delgado, así como aquellos en los que el sangrado se ubicó fuera del intestino medio. Los estudios incluidos en el análisis se dividieron en dos grupos (>4 hr. y <4 hr. en intestino delgado). Para las variables demográficas se utilizarán promedios y porcentajes con desviación estándar. Se realizó análisis estadístico para las variables cualitativas con Chi cuadrada.

**Resultados:** Se realizaron un total de 54 procedimientos con cápsula endoscópica de intestino delgado de los cuales se excluyeron del estudio a 16 (13 por no observar la totalidad del intestino delgado: 24%). De los 38 restantes, en 25 cápsulas el tránsito intestinal fue menor de 4 horas, encontrándose la causa de la hemorragia en 14 estudios (56%), mientras que en 13 cápsulas el tránsito intestinal fue mayor de 4 horas identificando la causa del sangrado en 10 (77%), con diferencia significativa entre ambos grupos (p = 0.004).

**Conclusiones:** Nuestro estudio demostró que una cápsula endoscópica con un tránsito intestinal menor de 4 horas tiene un menor rendimiento diagnóstico en comparación con las de más de 4 horas, poniendo en duda la utilización de procinéticos y laxantes. Será necesario realizar más estudios con un mayor número de cápsulas endoscópicas para confirmar estos resultados.

### ENTEROSCOPIA DE DOBLE-BALÓN CONTRA MONO-BALÓN. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Blanco-Velasco, G 1; Ramos-González, R 1; Gallardo-Cabrera, VE 1; Tun-Abraham, Amina 1; Castañeda-Romero, B 1; Hernández-Mondragón, O 1; Paz-Flores, V 1; Blancas-Valencia, JM 1.  
1 - CMN Siglo XXI, IMSS. México.

**Introducción:** El intestino medio es la porción del tubo digestivo que se encuentra entre el ángulo de Treitz y la válvula ileocecal. Este únicamente puede ser valorado por cápsula endoscópica y la enteroscopia. La enteroscopia asistidas por balón son las técnicas de enteroscopias más utilizadas a nivel mundial. Existen diversos estudios que comparan al enteroscopia de mono contra doble-balón observando que los resultados obtenidos pueden ser contradictorios.

**Objetivo:** Comparar la técnica de mono contra la de doble-balón observando el máximo avance logrado y el tiempo necesario para realizar el estudio.

**Material y métodos:** Se incluyeron a todos los pacientes a los que se les realizó una enteroscopia de julio del 2009 a julio del 2012 en el Servicio de Endoscopia del Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. Se excluyeron del estudio a los pacientes a los que se les realizó enteroscopia de empuje o transoperatoria, así como aquellos en los que no se avanzó del ángulo de Treitz vía anterógrada o de la válvula ileocecal vía retrograda ya sea por problemas técnicos o porque se encontraron lesiones significativas previo a las regiones señaladas. **Resultados:** Se realizaron un total de 103 enteroscopias, utilizando el enteroscopia de doble-balón en 53 pacientes y el mono-balón en 50 pacientes. se excluyeron 2 pacientes de doble-balón y 3 de mono-balón, quedando 98 enteroscopias, 51 de mono-balón y 47 de doble-balón. La duración media de la enteroscopia mono-balón fue 92.5 minutos y la del doble-balón fue de 86.15 minutos ( $p = 0.193$ ). La media del máximo avance del mono-balón fue de 185.63 cms y del doble-balón 202.45 ( $p = 0.378$ ). Se subdividieron las enteroscopias comparando mono-balón anterógrada contra doble-balón anterógrada, así como mono-balón retrograda contra doble-balón retrógrada sin encontrar diferencias significativas en todos las subdivisiones. En ninguno de las enteroscopias se reportaron complicaciones graves. Para valorar los datos arrojados por ambos tipos de enteroscopia, se realiza análisis estadístico con porcentajes y frecuencias, así como prueba de T de Student para las variables cualitativas con desenlace cuantitativo.

**Conclusión:** Ambas técnicas demostraron ser seguras e igualmente efectivas para el estudio del intestino medio.

### DRENAJE ENDOSCÓPICO DE LA VESÍCULA BILIAR EN PACIENTE CON COLECISTITIS AGUDA. PRESENTACION DE UN CASO

Cabrera, PM 1; Torres, A 1; Adi, J 1; Pacual, A 1; La Salvia, D 1; Victoria, R 1; Koll, I 1; Viñuela, C 1; Jorge, O 1; Salomone, S 1; Milutin, C 1.  
1 - Hospital Lagomaggiore. Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** En más del 90% de los casos, la colecistitis aguda es causada por la obstrucción del ducto cístico o cuello de la vesícula por cálculos. El manejo convencional es la colecistectomía de emergencia o urgencia. El manejo conservador se reserva para pacientes en los que por su condición médica la cirugía se contraindica. Retrasos en la cirugía pueden llevar a sepsis y muerte, por lo que el drenaje urgente de la vesícula es lo apropiado. En la actualidad se han descrito métodos no quirúrgicos de drenaje como lo son el drenaje percutáneo y endoscópico. El drenaje vesicular transhepático percutáneo es el más establecido y ha sido realizado desde 1970. Otra opción es la aspiración percutánea transhepática sin colocación de catéter. El drenaje endoscópico incluye el drenaje vesicular transpapilar con drenaje nasobiliar o stent vesicular transpapilar. **OBJETIVO:** Presentar el caso de una paciente con colecistitis aguda y shock séptico a la que se le realizó drenaje endoscópico con catéter nasovesicular. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 19 años, cursando puerperio inmediato, que ingresa por presentar, luego de accidente doméstico con estufa de gas, quemaduras AB y B en cara, tórax y miembros, que comprometen el 20% de la superficie corporal total. En Servicio de Terapia Intensiva de Quemados es tratada con curaciones locales, antibioticoterapia sistémica e intervenciones quirúrgicas de lesiones cutáneas, presentando buena evolución. Dieciséis días posteriores al ingreso, comienza con fiebre, taquicardia, taquipnea e insuficiencia respiratoria aguda requiriendo además asistencia respiratoria mecánica. Se interpreta como neumonía nosocomial y se indica antibioticoterapia correspondiente. En horas subsiguientes permanece febril, inestable hemodinámicamente, necesidad de uso de vasopresores, disfunción orgánica múltiple y aparición clínica de ictericia. **Análisis:** Hto 29.6%; GB 15.750/mm<sup>3</sup>, NS 76%, NC 3%, L 20%, Mon 1%; PLT 99.000/mm<sup>3</sup>, VSG 46 mm, BT 65,30 mg/L; BD55,4 mg/L; TGO 34 UI/L, TGP 30 UI/L, FAL 564 UI/L, GGT 62 UI/L, amilasa 38 UI/L. **Ecografía abdominal:** vesícula biliar con paredes en el límite de la normalidad, litiasica. Vía biliar extrahepática levemente dilatada sin observarse imagen compatible con cálculo en la misma. Debido a la condición clínica y por sospecha de colecistitis aguda litiasica, se realiza CPRE dada la no posibilidad de realización de colecistostomía percutánea. Se ingresa con endoscopia de visión lateral hasta duodeno. Se enfrenta papila, se canula la misma y al inyectar medio de contraste, se visualiza vía biliar levemente dilatada. Se realiza papilotomía observándose salida de bilis clara. Se pasa canastilla sin evidencia de cálculos. Al contrastar cístico se tiñe vesícula biliar que se encuentra completamente ocupada por cálculos. Se deja drenaje nasovesicular, se aspira bilis enviando muestra a cultivo y se indican lavados reglados. Posterior al procedimiento, la paciente presenta rápida mejoría clínica y de laboratorio encontrándose afebril, sin requerimientos de inotrópicos. Del cultivo del líquido biliar se aísla *Stenotrophomonas maltophilia* sensible solamente a trimetoprima sulfametoxazol, se rota a dicho antibiótico. Luego de 72 hs pasa a sala común a la espera de colecistectomía. **CONCLUSIÓN:** La importancia del drenaje endoscópico en pacientes que no pueden someterse a drenaje percutáneo es que puede disminuir las complicaciones no solo de hematoma y peritonitis biliar; sino también, neumotórax y diseminación de células tumorales en casos de colecistitis secundaria a cáncer vesicular. En el caso presentado, se logró el drenaje vesicular endoscópico con éxito y sin complicaciones relacionadas al método, por lo tanto creemos que si bien son necesarios estudios randomizados para definir el rol del drenaje endoscópico y drenaje percutáneo, el primero es una alternativa en pacientes con colecistitis aguda en quienes el drenaje percutáneo está contraindicado o sea anatómicamente imposible.

### PLUMMER-VINSON SYNDROME: A CASE REPORT

Cruz, RL 1; Sousa, FSC 1.  
1 - Hospital Regional do Gama. Brasil.

#### INTRODUCTION:

The Plummer-Vinson syndrome, also called Patterson-Kelly syndrome is disease of unknown etiology, associated with chronic iron deficiency anemia and characterized by cervical dysphagia due to the growth of an esophageal web. Although it is currently a rare syndrome, its recognition is important because it denotes a risk factor for malignant neoplasm of the esophagus. May also present with sore throat, weakness, splenomegaly, and atrophic glossitis koilonychia. Most often affects adult female, usually middle-aged and rarely children.

#### CASE DESCRIPTION:

We report the case of a 32 year old female, with asthenia and high dysphagia related to the intake of solid foods for about two years and hypermenorrhea story several years ago. Underwent endoscopy, which showed membranous stenosis of the esophagus situated 14 cm from the upper dental arch and the unbridgeable 9.8 mm device. Esophagogram performed with barium contrast, which revealed the presence of membrane in the cervical esophagus with severe dilatation upstream. In addition, there were changes in the blood count compatible with iron deficiency anemia is diagnosed Plummer-Vinson syndrome. The patient received iron replacement, evolving with improved symptoms.

#### DISCUSSION:

The case described refers to a patient's gender and age consistent with a history of dysphagia, chronic iron deficiency anemia probably related to hypermenorrhea. The appearance of dysphagia in this patient leads us to the hypothesis of Plummer-Vinson syndrome, which can be confirmed by blood count (anemia microcytic, hypochromic and low ferritin) and by observation of the esophageal membrane endoscopic or contrast examination of the esophagus. Initial treatment is clinical, as in our case. Refractory patients may benefit from endoscopic dilation of the membrane region. Clinical follow-up is very important because the literature demonstrates increased risk of developing squamous cell carcinoma of the esophagus.

#### NOTES:

Reason that justifies sending the case (rare situation to communicate).