EO-001

ENTEROSCOPIA DE DOBLE BALÓN: A 2 AÑOS DEL COMIENZO DE LA TÉCNICA.

R Matano, J De María, M Guidi, E Promenzio, F Ragone, H Nieves, I Malaga
Hospital El Cruce Alta Complejidad, Argentina.

Introducción. El estudio del intestino delgado resulta un desafío ya que los métodos diagnósticos actuales no logran dar una respuesta definitiva, siendo la enteroscopia de doble balón (edb) una alternativa válida con eventual potencial terapéutico.

Objetivo. Evaluar la eficacia, utilidad y seguridad de la enteroscopia de doble balón para el diagnóstico y tratamiento de patología de intestino delgado en Argentina.

Pacientes. Estudio prospectivo de un único centro. Marco: centro hospitalario de referencia de alta complejidad en red de derivación con otros hospitales de menor complejidad en el período comprendido de octubre 2010 a mayo 2012.

Se estudiaron pacientes derivados a este centro de mayor complejidad, que fueron evaluados por hemorragia de origen oscuro, diarrea crónica, patología biliopancreática, enfermedad celíaca refractaria o complicada, síndrome de poliposis.

Se utilizó la vía anterógrada o retrógrada según manifestación clínica o estudios previos como vce, tid, tac y se evaluaron indicaciones, tiempo de estudio, hallazgos y complicaciones.

Resultados. Se realizaron 51 procedimientos de dbc en 37 pacientes consecutivos con sospecha de enfermedad del intestino delgado o con patología biliopancreática con cirugía de derivación previa. Edad media 53 años (rango 4-87), hombres 18 y mujeres 19. Fueron anterógradas 32 y 19 retrógradas. En 7 ptes se utilizaron ambas vías. Por último se realizó en 11 ptes + de 1 procedimiento. Tiempo de duración medio: 50 min y 105 min. Inserción media por vía oral: 250 cm. Inserción por vía anal: 200 cm. Anestesia utilizada: general con intubación. Posición del paciente: decúbito lateral y decúbito dorsal. Todos los procedimientos fueron realizados en el área de endoscopia dedicada a procedimientos fluoroscópicos. Equipo utilizado: edb fujinon fn 450 p de 200 cm largo. Los pacientes tenían realizada veda y colonoscopia. Todos los pacientes recibían preparación del id el día previo con ayuno de 12 hs y preparación colónica estándar para la vía retrógrada. Indicaciones: poliposis: sme, peutz-jeghers, hdo oculta y evidente, anastomosis biliodigestiva, diarrea crónica, enfermedad celíaca refractaria o complicada, otros: tumor del id, suboclusión intestinal. Los efectos adversos fueron leves y transitorios predominando en la vía anterógrada (vómitos y distensión) y 1 paciente presentó arritmia.

Conclusiones.

Estos datos precoces sugieren que la dbc es una técnica efectiva en el diagnóstico y en el tratamiento de las enfermedades del intestino delgado. La edb es una técnica útil, la cual permite una adecuada evaluación y terapia endoscópica de lesiones del intestino delgado. La edb es clínicamente útil para realizar o confirmar diagnósticos, influir en la decisión terapéutica y llevar a cabo intervenciones terapéuticas, incluyendo la hemostasis endoscópica, poliplectomía y dilatación de estenosis

EO-003

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA LESIÓN DE DEILUFAFOY: 7 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE COMUNIDAD.

D Manazzoni, D Jimenez Larriva, JE Pizzala, G Bohbouth, CA Macías Gómez, JA De Paula
Hospital Italiano Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La lesión de Deilafouy (LD) es una causa infrecuente pero importante de hemorragia digestiva alta (HDA). Corresponde al 1 a 2% de todos los episodios agudos de HDA, aunque su real incidencia se desconoce ya que su diagnóstico suele ser difícil.

Objetivo: Describir las características clínicas, evaluar el éxito del tratamiento endoscópico, la tasa de resangrado, la necesidad de cirugía de urgencia y la mortalidad en pacientes con HDA debido a la LD.

Materiales y Métodos: Se revisaron retrospectivamente los registros electrónicos de 1437 video endoscopias digestivas altas (VEDA) realizadas de urgencia por HDA entre Enero de 2004 y Diciembre de 2011, con el fin de seleccionar para el estudio aquellas en las que se diagnóstico LD como causa de sangrado. Todas las endoscopias fueron realizadas dentro de las 12 horas de admisión hospitalaria y fueron llevadas a cabo por un endoscopista en formación supervisado por un endoscopista con experiencia.

Resultados: Durante el período referido se realizaron 1437 VEDA de urgencia por HDA, de las cuales 28 (1.95%) tuvieron diagnóstico endoscópico de LD. La relación hombre/mujer fue de 1,3 y la edad media de 65,7 (13 a 89 años). Los síntomas más frecuentes fueron melena (50%), hematemesis (17,9%) y la combinación de ambos (14,3%). En 17 pacientes (61%) la LD se localizó en el 1/3 superior del estómago, en 8 (29%) en duodeno y en 3 (10%) en el 1/3 medio del estómago sobre la curvatura menor. Once pacientes (39,3%) habían sufrido al menos un episodio de HDA con estudios endoscópicos normales (sangrado digestivo de origen oscuro). La hemostasia inicial fue lograda en 26 pacientes (92,9%), los dos restantes (7,1%) debieron ser sometidos a cirugía de urgencia. La tasa de resangrado fue del 23% (6 pacientes), 5 de los cuales fueron tratados exitosamente en forma endoscópica. La hemostasia definitiva se logró en el 89% de los pacientes (25 de 28). Todos los pacientes fueron tratados con doble terapéutica endoscópica, excepto uno que fue tratado sólo con hemoclip. No pudimos encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes tratamientos endoscópicos (adrenalina más: termocoagulación o polidocanol o clip; polidocanol más termocoagulación y sólo hemoclip). Dos pacientes murieron debido a la hemorragia (7,1%), uno de los cuales la familia no se operó por negativa de la familia debido a la edad avanzada y comorbilidades de la paciente. En aquellos pacientes en los que se logró hemostasia definitiva, ninguno presentó resangrado durante un período de seguimiento, el cual tuvo una media de 38,4 meses (6 a 72 meses).

Conclusión: Nuestro estudio muestra que la LD es una causa rara y difícil de diagnosticar de HDA. Debe ser tenida en cuenta como diagnóstico diferencial en pacientes con HDA de origen oscuro. Estas lesiones pueden ser manejadas satisfactoriamente por endoscopia con una alta tasa de éxito a corto y largo plazo

EO-002

RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE PÓLIPOS COLÓNICOS GRANDES: NUESTROS RESULTADOS EN EL SEGUIMIENTO A 2 AÑOS

M Kohan1, C Gimenez Villamil1, G Orbe1, M Panunto1, D Lowenstein1, MC Soccini1, P Srulovich1, C Ceno2

1 Servicio de Gastroenterología y Videoscopia Digestiva del Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento., Argentina. 2 Laboratorio de Anatomía Patológica, Argentina.

Introducción

La polipectomía endoscópica (PE) es fundamental en la prevención del cáncer colorrectal. El perfeccionamiento de las técnicas de resección ha permitido extirpar pólipos de mayor tamaño evitando la necesidad de cirugía.

Objetivos

-Analizar las características macroscópicas, histológicas y la ubicación de los pólipos colónicos grandes (>1 cm) resacados endoscópicamente y las complicaciones del método.

-Evaluar la eficacia de la resección en los pacientes con displasia de alto grado (DAG) y con neoplasia invasora (NI) considerando la recidiva y la necesidad de cirugía.

Materiales y métodos

Se incluyeron prospectivamente los pacientes con resección de 1 ó más pólipos grandes. Se consignó edad y sexo de los pacientes y las características de los pólipos. Se registró si la resección había sido PE convencional o mucosotomía, en bloque o por fragmentos. El material se analizó histológicamente. Los adenomas fueron evaluados según la Clasificación de Viena.

Se analizó por separado la evolución de pacientes con adenomas categoría 4; 5.1 y 5.2 según una pauta preestablecida de VCC de control.

Resultados

Entre el 15/1/2010 y el 14/2/12 se efectuaron 1338 PE en 1136 pacientes: 200 pólipos (15%), extraídos en 180 pacientes, fueron >1cm (82 mujeres y 98 hombres, rango de edad 30 a 91 años, promedio 62,5 y mediana 63,5).

Ubicación de los pólipos: ciego 16 casos, ascendente 17, áng. hepático 4, transversos 3, áng. esplénico 2, descendente 35, sigma 75, recto 45 y yuxta-anal 2. Tamaños: 1 cm: 79 casos; 1,5 cm: 50; 2 cm: 29; 3 cm: 28; 4 cm: 9 y 5 cm: 5. Pólipos sésiles 110 y pediculados 90. De los primeros, 40 fueron resacados por mucosotomía y el resto por PE convencional. Resección en bloque 157 y en fragmentos 43.

Histología de 184 pólipos: 170 (92,4%) adenomas: 117 cat. 3 (68,82%); 37 cat. 4 (21,76%); 10 cat. 5.1 (5,89%) y 6 cat. 5.2 (3,52%). Se descartaron 2 casos por coexistir con un cáncer de colon. Otros 2 tenían 1 adenoma cat. 4 y otro cat. 5.2 y 2 casos tenían 2 adenomas cat. 4.

Complicaciones: 1 hemorragia, 1 perforación y 1 sind. pospoliplectomía.

De los 47 pacientes con adenomas con DAG y con NI, 11 se perdieron de seguimiento y 2 fallecieron por otras causas. De los 34 restantes, 6 (17,6%) fueron operados (3 de cat. 4 por recidiva; 1 de cat. 5.1 y 2 de cat. 5.2 por infiltración de la base de resección). Un paciente con adenoma 5.1 y otro con adenoma 5.2 presentaron recidiva en el control y fueron retratados por PE. En 26 casos (18 cat 4; 5 cat 5.1 y 3 cat 5.2) no se observaron recidivas en 2 años de seguimiento. La resección endoscópica fue efectiva en el 76,5% de los casos. La tasa de recidiva fue del 14,7% (3 casos con adenomas categ 4; 1 con adenoma 5.1 y otro 5.2)

Conclusiones

-La mayoría de los pólipos colónicos grandes resacados fueron adenomas localizados en sigma y recto. La prevalencia fue levemente mayor en hombres.

-La resección endoscópica resultó eficaz y segura para los pólipos colónicos > 1 cm.

-En los pólipos con DAG y NI, la resección endoscópica fue efectiva en el 76,5% de los casos, con una tasa de recidiva del 14,7%.

EO-004

¿QUE FACTOR DE RIESGO DEL PACIENTE PRESENTA DIFERENCIA ENTRE HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS DE ULCERA PÉPTICA CON FORREST DE ALTO RIESGO Y CON BAJO RIESGO DE RESANGRADO?

R Ferreyra

Hospital Nacional Alejandro Posadas, Argentina.

Introducción:

La HDA tiene una mortalidad global de aproximadamente el 10-14%. Dado el costo económico de la hospitalización, y con el fin de reducir la estadía hospitalaria, se han identificado una serie de factores clínicos y endoscópicos que permiten conocer qué pacientes son de riesgo elevado de recidiva y/o persistencia de la hemorragia, que precisan ser ingresados en unidades de cuidados críticos; así como identificar aquellos que son de bajo riesgo, que pudieran ser dados de alta desde el propio servicio de urgencias hospitalario, o ser ingresados en una unidad de hospitalización durante aproximadamente 48-72 h.

Objetivo:

Analizar pacientes endoscopizados por hemorragia digestiva alta, con diagnóstico de ulcera péptica y relacionar los factores clínicos de riesgo, con el Forrest hallado en la endoscopia.

Materiales y métodos:

Estudio observacional transversal. Se extrajeron los variables de la base de datos de 1913 endoscopias por Hemorragias digestivas altas, entre septiembre de 2005 a mayo de 2012, en pacientes que presentaron signos endoscópicos de ulcera péptica; agrupados según la clasificación de Forrest en: Grupo I, los de alto riesgo de resangrado (Forrest IA, IB, IIA, IIB) y grupo II, los de bajo riesgo resangrado (Forrest IIC, III).

Se compararon las variables de factores de riesgos (divididas en sub-grupos) con los dos grupos antes consignados: Edad agrupados en sub-grupos según Rockall (<60, 60 Y 79, >79), SEXO, Origen del paciente en el sistema de salud (guardia, Otros hospitales, Internados), Forma de presentación (melena, hematemesis), Horas desde el momento de la percepción del signo, a la endoscopia (<24 y >24), Estado hemodinámico (Compensados, Descompensados), Enfermedad Asociada (si no), Internado por otra patología (si-no), Fallas graves (si-no).

Resultado:

Se encontraron que para los dos grupos I y II, la mayor cantidad de pacientes, fueron iguales para cada sub-grupo de los factores de riesgo analizados: Edad: <60 (I=44,89/II=47,33), Sexo: masculino (I=72,24/II=71,14), Origen del paciente en el sistema de salud: guardia (I=48,16/II=47,61), Forma de presentación: melena (I=52,65/II=65,82), Horas desde el momento de la percepción del signo a la endoscopia: <24 (I= 75,1/II= 54,06), Estado hemodinámico: Compensados (I=51,42/II= 80,67), Internado por otra patología: No (I=72,65/II=76,75), Fallas graves: No (I=88,97/II=89,63). En cambio al Factor de riesgo analizado de Enfermedad Asociada presenta diferencia: Si (I=55) y No (II= 60,78).

Conclusiones:

Queremos destacar el rol fundamental de las enfermedades asociadas (cardiopatías, neuropatías, nefropatías, etc.) como factor de riesgo significativo para presentar riesgo endoscópico de resangrado. Por consiguiente también fueron los que mayormente recibieron tratamiento endoscópico de acuerdo a las guías de tratamiento internacionales. Además encontramos que la relación del factor tiempo (< 24 o > 24 horas) no difería entre los dos grupos, como supuesta evolución temporal de los diferentes estadios diagnósticos de ulcera péptica.

EO-005**TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LESIONES COLORRECTALES DE GRAN TAMAÑO**

JE Pizzala, PR Daffra, IC Oría, D Jiménez Larriva, MP Giménez villamil, D Manazzoni, MD Matoso, L Agoff, JA De Paula, CA Macías Gomez
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Las lesiones planas, planas extendidas lateralmente y los pólipos sétiles de colon mayores a 2cm plantean la discusión sobre si actualmente pueden ser exitosamente tratados por resección mucosa endoscópica con una tasa de éxito aceptable, bajo número de recurrencia y complicaciones.

Objetivo: Comparar la tasa de éxito terapéutico, recurrencias y complicaciones utilizando la resección mucosa endoscópica (RME) entre lesiones menores o iguales 2cm y mayores a 2cm.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los registros electrónicos de las RME realizadas en un hospital universitario. Se evaluaron en forma comparativa las variables previamente citadas entre las lesiones menores o iguales a 2cm y mayores a 2cm.

Resultados: Se analizaron 699 procedimientos de los cuales el 93% (648) fueron realizados en lesiones menores o iguales de 2cm y el 7% (51) en mayores. La distribución topográfica de las lesiones mayores a 2cm (L>2) fue similar a las menores a 2cm (L<2). De las L>2, el 44% eran lesiones planas, 47% extendidas lateralmente, 9% pólipos sétiles. El 38% se reseco en varios fragmentos "piecemeal". De las L>2, el 61% eran lesiones adenomatosas (el 26 % pólipo-cáncer, el 24% displasia de alto grado y el resto displasia de bajo grado). Se resolvieron en una sola sesión de tratamiento endoscópico el 72%, con dos o más procedimientos el 14%, requirieron cirugía el 12% y en el 2% se extendió fuera del colon. Durante el análisis no hubo diferencia significativa entre el tamaño y el riesgo de sangrado (6% L<2 vs 12% L>2), de perforación (0,3 L<2 vs 0% L>2). Si se encontró una diferencia significativa en la tasa de lesión residual/recurrencia ($p < 0,0001$) y en la frecuencia de síndrome post polipectomía ($p < 0,011$).

Conclusiones: La tasa de recurrencia y de síndrome post polipectomía fue significativamente mayor en el grupo de lesiones mayores a 2cm. Sin embargo en nuestra serie, este tipo lesiones colorrectales de gran tamaño, fueron tratadas en forma efectiva y segura.

EO-007

SEDACIÓN/ANALGESIA EN 4183 VIDEOCOLONOSCOPIAS. DIFERENCIAS EN LA TOLERANCIA AL PROCEDIMIENTO, EN LLEGADA A CIEGO Y COMPLICACIONES ENTRE SEDACIÓN CON MIDAZOLAM-FENTANILO VS PROPOFOL Y SEDACIÓN POR ENDOSCOPISTA VS ANESTESIOLOGO
AM Bosco
Hospital Nacional "Prof. Alejandro Posadas", Argentina.

Introducción: La sedo-analgésia es suministrada a pacientes que asisten rutinariamente a videocolonoscopia (VCC) y las más utilizadas son la sedación consciente y la sedación profunda. Se discuten ventajas y desventajas de los distintos agentes para realizarla y hay muchas guías prácticas en la sedoanalgesia por endoscopistas en un esfuerzo para el control de costos y mejorar la productividad. La sedación convencional con benzodiazepinas y opioides se sustituye por el uso de propofol, debido a su acción hipnótica ultracorta, vida media plasmática corta y la recuperación más rápida de sedación y sin complicaciones mayores en endoscopia gastrointestinal.

Objetivos: -Comparar tolerancia al procedimiento, llegada a ciego y complicaciones en la sedación/analgesia, entre: 1.- la sedación con midazolam-fentanilo vs la sedación con propofol. 2.- La administrada por asistentes de endoscopia, supervisados por endoscopistas vs anestesiólogos.

Material y métodos: Estudio transversal observacional. Se analizaron 4183 VCC realizadas sucesivamente con sedación, entre enero 2006 y diciembre 2011. Los datos fueron extraídos de la base de datos de VCC. Se transformaron las variables nominales en dicotómicas o categóricas según el caso. Variables analizadas: edad, sexo, anestesiólogo, estudio completo, intolerancia al procedimiento, tipo de sedación (midazolam-fentanilo, propofol administrado por asistentes de endoscopia, propofol por anestesiólogo), complicaciones. Primero se corroboró que la variable edad se distribuía normalmente con test de Shapiro-Wilk discriminado por grupos. Test de diferencias de proporción para la distribución de sexo, test de proporciones. Se realizó un test no paramétrico de ANOVA, un factor a efectos fijos, Test de Kruskal-Wallis para analizar la VCC con propofol por endoscopista vs sedación con propofol por anestesiólogo.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas, en edad y sexo. Hubo mayor intolerancia entre los que recibieron midazolam-fentanilo (El test de diferencia de proporciones entre la intolerancia y la sustancia utilizada, fue significativo: p value 0.0039), la diferencia significativa para tolerancia se encontró entre los que recibieron propofol y el resto (P value >0.0001). No hubo diferencias de tolerancia entre los que recibieron propofol con o sin anestesiólogo. Se completaron proporcionalmente más VCC cuando se realizó con propofol (P value < 0.0001). Analizando las complicaciones cuando la medicación fue suministrada por anestesiólogo o no (Test de delta $p = 0.01207$ con un P value = 0.0401) siendo ligeramente mayor los pacientes que se complicaron y recibieron medicación por anestesiólogos. Las complicaciones fueron leves en ambos grupos.

Conclusiones: En nuestro centro el propofol utilizado por asistentes de endoscopia en VCC permite una mayor tolerancia y llegada a ciego que la medicación convencional con midazolam-fentanilo y un mínimo de complicaciones leves. No se hallaron diferencias con la sedación administrada por anestesiólogos.

EO-006**EVALUACIÓN PROSPECTIVA DE LA CALIDAD EN 1.583 COLONOSCOPIAS CONSECUTIVAS.**

F Cassella, JL Fernández, A Wonaga, G Arnao Dellamea, L Di Paola, R Ubeira Salim, L Viola
Centro Integral de Gastroenterología, Buenos Aires, Argentina.

Introducción. El cumplimiento de estrictos estándares de calidad es imprescindible para evaluar la eficacia de la colonoscopia. **Objetivo.** Determinar si diferentes parámetros relacionados con dicha calidad mejoran la capacidad de detectar neoplasias (adenoma y/o cáncer). **Pacientes y métodos.** Como parte de un programa destinado a mejorar el rendimiento de las colonoscopias que se realizan en nuestro centro, estudiamos prospectivamente los 1.583 estudios realizados en un período de 12 meses (febrero de 2011 a enero de 2012). Consignamos la tasa de llegada a ciego y la de detección de adenomas. Luego analizamos la limpieza del colon (escala de Boston promedio y Boston > 6 vs. Boston < 6), el horario de realización del estudio (temprano o tardío dentro de un mismo turno) y la procedencia de los pacientes (de nuestro centro con instrucciones sistemáticas al hacer la indicación vs. derivados por médicos externos) como factores asociados a la detección de neoplasias. Utilizamos la prueba de chi cuadrado para el análisis estadístico de las variables dicotómicas y la prueba de *t* de Student para el de las variables continuas, considerando significativa una $P < 0,05$. Como medida de asociación consideramos la odds ratio (OR) con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC 95%). **Resultados.** Se llegó a ciego en 1.534 estudios (96,9%). Detectamos neoplasias en 427 de ellos (adenomas en 406 y cáncer en 21) (27,0%). La edad promedio fue 60,4+10,1 años en los pacientes con neoplasias y 55,5+11,8 años en los pacientes sin ellas ($P = 0,44$). Eran varones 231 pacientes con neoplasias (54,1%) y 549 sin ellas (47,5%) ($P = 0,02$). El promedio de la escala de Boston fue 6,65+1,50 en los casos con neoplasias y 6,43+1,67 en aquellos sin ellas ($P = 0,017$). Detectamos neoplasias en 333 de 1174 (28,4%) casos con score de Boston > 6 y en 91 de 406 (22,4%) con score < 6 [$P = 0,02$, OR 1,37 (IC 95% 1,04-1,80)]. Excluimos del análisis de la preparación 3 pacientes no evaluables por tener un tumor infranqueable de recto. En hora temprana detectamos neoplasias en 255 de 916 casos (27,8%) y en hora tardía en 172 de 667 (25,8%) [$P = 0,39$, OR 1,11 (IC 95% 0,88-1,40)]. Tuvieron neoplasias 191 de 618 (30,9%) pacientes procedentes de nuestro centro y 236 de 965 (24,5%) pacientes externos [$P = 0,006$, OR 1,38 (IC 95% 1,10-1,74)]. **Conclusiones.** Las tasas de llegada a ciego y de detección de neoplasias en nuestro centro fueron las internacionalmente aceptadas. Una adecuada preparación, precedida de una instrucción sistematizada para realizarla, aumenta significativamente la chance de detectar neoplasias.

EO-008

UTILIZACIÓN DE LA ESFINTEROTOMÍA ENDOSCÓPICA MÁS DILATACIÓN CON BALÓN DE GRANDES VOLÚMENES EN EL TRATAMIENTO DE LA LITIASIS COLEDOCIANA DIFÍCIL

HJ Hwang, M Guidi, J De María, J Viscardi, F Ragone, E Promenzio, R Matano
Htal El Cruce, Argentina.

Introducción: aproximadamente 10 a 15 % de las litiasis coledocianas pueden ser difíciles en su extracción con técnicas convencionales de CPRE de esfinterotomía (EPT). En la última década ha comenzado a utilizarse una nueva técnica combinando la EPT y dilatación con balón grande de 12 a 20 mm de diámetro para la extracción de litiasis mayores de 15 mm, litiasis múltiple, presencia de divertículo periampular grande y/o colédoco distal fino. Varios estudios han demostrado una mayor eficacia terapéutica y menor tasa de complicaciones.

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 difícil (cálculos gigantes y/o múltiples).

Métodos: análisis retrospectivo comparativo del manejo de litiasis difícil (cálculos > 20 mm de diámetro y/o múltiples) mediante CPRE desde agosto de 2010 hasta abril de 2012 (20 meses). Se realizó la comparación del primer tratamiento con CPRE entre la EPT convencional (grupo A) y la EPT más dilatación con balón grande (grupo B), y se analizaron las siguientes variables: éxito del procedimiento, éxito de la extracción completa de los cálculos, uso de litotripsia mecánica y complicaciones.

Resultados: se incluyeron en el grupo A: 54 procedimientos (57,4% litiasis múltiple y 42,6% lito gigante); y en el grupo B: 26 estudios (23% litiasis múltiple y 77% lito gigante). El éxito del procedimiento y de la extracción completa de los cálculos en este primer estudio fueron: en el grupo A 98,1% y 74,1%, en el grupo B 100% y 84,6%, respectivamente, sin diferencias estadísticas significativas. Se colocó stent plástico de 7 o 10 Fr en el grupo A el 26% y grupo B el 15,4%, sin diferencias estadísticas significativas. Comparando solamente las litiasis gigantes, se observó que el éxito de extracción de los litos en el primer CPRE fue en el grupo A 60,8% y grupo B 85% ($p = 0,099$). También se observó que se utilizó litotripsia mecánica más frecuentemente en el grupo A 52,2% que en el grupo B 15% ($p = 0,023$). Con respecto a las complicaciones hubo en el grupo A 3,7% (1 perforación, 1 colangitis) y grupo B 5,7% (1 pancreatitis leve, 1 colangitis). No hubo ningún óbito en ambos grupos como consecuencia de la CPRE.

Conclusiones: la combinación de la EPT y dilatación con balón de grandes volúmenes para el tratamiento de la litiasis difícil es igualmente efectiva y segura como la EPT sola. El tratamiento combinado se asoció con menor frecuencia en la utilización de la litotripsia mecánica.

EO-009**ESTUDIO PROSPECTIVO ACERCA DE LA PREVALENCIA DE METÁSTASIS GANGLIONARES Y RECURRENCIA POSTOPERATORIA EN PACIENTES CON RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA COLÓNICA COMO TRATAMIENTO DE PÓLIPOS NEOPLÁSICOS DEL COLON.**

L Pereyra, M Bun, C Fischer, N Panigadi, R González, J Mella, M Medrano, B Vizcaino, M Amante, G Casas, N Rotholtz, S Pedreira, D Cimmino, L Boerr Hospital Alemán, Argentina.

Introducción: La histología maligna y la resección endoscópica incompleta de pólipos neoplásicos colónicos son indicaciones de resección quirúrgica. Conocer la prevalencia de metástasis ganglionares y la recurrencia postoperatoria, así como la morbimortalidad del procedimiento quirúrgico permite optimizar el manejo de estas lesiones.

Objetivo: Determinar la prevalencia de metástasis ganglionares y recurrencia postoperatoria en pacientes sometidos a colectomía laparoscópica como tratamiento de pólipos neoplásicos y conocer la morbimortalidad del procedimiento quirúrgico.

Materiales y métodos: Desde junio del 2003 hasta febrero del 2011, fueron incluidos prospectivamente pacientes sometidos a una colectomía laparoscópica como tratamiento de pólipos colónicos neoplásicos (carcinoma in situ o adenocarcinoma). Se consignaron las características demográficas de los pacientes y los hallazgos endoscópicos. Se identificaron características histológicas desfavorable en los pólipos (grado de diferenciación, invasión linfovascular y budding). El seguimiento se realizó con videocolonoscopia anual y CEA, ecografía o tomografía computada dependiendo de la estadificación tumoral. Se midió como desenlace primario a la presencia de metástasis ganglionares en las piezas quirúrgicas y a la recurrencia local o a distancia en el seguimiento. El desenlace secundario fue la morbimortalidad del procedimiento utilizando la escala STROC. Se realizó análisis de regresión logística para identificar predictores independientes del desenlace primario.

Resultados: Se incluyeron un total de 88 pacientes. 51% eran hombres y la edad promedio fue de 65 años (rango 40-95). En cuanto a los pólipos, el tamaño promedio fue de 22mm (rango 5-60) y la morfología más frecuente fue: 0-1s (sésil) 38% y 0II-a (plana elevada) 30%. 82% de los pólipos presentaban carcinoma-in-situ y 18% adenocarcinoma. En estos últimos la profundidad de invasión fue sm3 47%, sm1 30% y sm2 20%. En cuanto a figuras histológicas desfavorables: 20% presentaban pobre diferenciación y solo 6% invasión linfovascular. En 50% de los pacientes se había realizado una resección endoscópica con intención curativa del pólipo, de estas solo en 9% se había logrado una resección completa que todas presentaban invasión de la submucosa (indicación final de cirugía). La prevalencia de metástasis ganglionares en las piezas quirúrgicas fue de 0% en pólipos con carcinoma in situ y de 7% en los pólipos con adenocarcinoma. La recurrencia local postoperatoria ocurrió solo en un paciente con adenocarcinomas T1sm3 N0 (7%). Con respecto al procedimiento quirúrgico, el promedio de internación fue de 4,9 días, con una morbilidad de 17%. El 6% de las complicaciones requirieron reoperación. La mortalidad fue del 1,1%. En análisis univariado no encontramos predictores independientes de los desenlaces medidos.

Conclusión: La baja tasa de metástasis ganglionares en pólipos con histología favorable en relación a la no despreciable morbimortalidad de la colectomía, sustenta el intento endoscópico curativo de las lesiones tempranas.

EO-011**MANEJO PALIATIVO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE LOS TUMORES HILIARES**

J Viscardi, M Guidi, HJ Hwang, J De Maria, E Promenzio, F Ragone, X Taype, R Matanó hospital el cruce, Argentina.

Introducción: Los tumores hiliares (TH) son neoplasias de mal pronóstico y muchos pacientes fallecen dentro del primer año del diagnóstico. Si bien la cirugía es el estándar para el tratamiento curativo, en la mayoría de los casos el objetivo será el tratamiento paliativo. El drenaje biliar endoscópico (DBE) y el drenaje biliar percutáneo (DBP) son 2 técnicas poco invasivas validadas. No se conoce con certeza cuál es el abordaje de elección. Varios estudios han demostrado que DBE puede resultar dificultoso en tumores Bismuth III y IV, por el riesgo elevado de colangitis post procedimiento.

Objetivo: reportar la efectividad y las complicaciones del DBE y del DBP en el manejo paliativo de los TH.

Métodos: análisis retrospectivo descriptivo observacional del manejo de TH en el Hospital de Alta Complejidad "El Cruce", desde octubre de 2008 a marzo de 2012. El grupo A representó a los pacientes abordados mediante DBE, mientras que el grupo B incluyó a los pacientes con DBP. Se analizaron las siguientes variables de los grupos tratados con DBE y DBP: tasa de drenaje efectivo por grupos y análisis según la clasificación de Bismuth, tasa de reintervenciones, sobrevida, complicaciones y muerte asociada al procedimiento.

Resultados: se incluyeron en el grupo A: 40 pacientes y 52 procedimientos (1,3 estudios/pte); y en el grupo B: 22 pacientes y 28 intervenciones (1,27 estudios/pte). El éxito total por grupos fue en el primero del 85% y en el segundo del 90,9% (p=0,788). 5 pacientes (4 TH Bismuth IV) requirieron abordaje combinado DBE-DBP. El éxito total sumando ambos métodos fue del 95,16%. 12 pacientes del grupo A fueron tumores Bismuth IV, cuya efectividad fue del 58,3%. Por su parte en los 11 pacientes Bismuth IV abordados por DBP, la efectividad fue del 81,8% (p=0,442). La sobrevida global en el grupo A alcanzó los 7,9 meses, mientras que en el grupo B fue de 4,8 meses. Con respecto a las complicaciones, en el grupo A alcanzaron un 11,5%: 4 colangitis (3 en tumores Bismuth IV), 1 HDA y 1 absceso hepático. En el grupo B sólo se presentó 1 colangitis (2,94%). No hubo diferencia significativa entre los grupos (p=0,411). Solamente en el grupo A hubo 1 óbito asociado al procedimiento.

Conclusiones: Tanto el drenaje biliar endoscópico como el percutáneo son métodos efectivos en el tratamiento paliativo de los TH. En nuestra experiencia, los TH Bismuth IV tuvieron una mejor resolución mediante DBP, si bien no hubo diferencia significativa con DBE. En Centros de derivación de patología biliar, es necesario disponer de ambas técnicas de abordaje para el manejo de los pacientes con TH.

EO-010**UTILIDAD DE LA ECOENDOSCOPIA EN EL MANEJO DEL PSEUDOQUISTE DE PANCREAS**

H Imhof, A Pierini, L Gianinetti, L Pierini, E Burlando Clinica de Nefrología, Urología y Enf. Cardiovasculares, Argentina.

Introducción: Los pseudoquistes agudos, representan más del 75% de las colecciones líquidas pancreáticas. El drenaje endoscópico transmural 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

Materiales y Métodos: Pacientes sometidos a quistogastrostomía o quistoduodenostomía endoscópica en el período enero 2007 a enero del 2012 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: 25 pacientes fueron sometidos a drenaje endoscópico en el período estudiado. Grupo A: 15 pacientes. Grupo B: 10 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. 21 procedimientos fueron quistogastrostomías 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 objetivamos 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.

EO-012**RESULTADOS DE LA COLOCACIÓN DE STENTS AUTOEXPANDIBLES EN EL TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN COLORRECTAL NEOPLÁSICA.**

ME Bun, J Mella, L Pereyra, SM Lencinas, N Rotholtz, C Peczan, D Cimmino Hospital Aleman, Argentina.

Antecedentes: La obstrucción colorrectal aguda por patología maligna es una situación frecuente que requiere clásicamente un tratamiento quirúrgico de urgencia y se asocia a altas tasas de morbimortalidad. El uso de stents autoexpandibles como alternativa en el tratamiento de estos cuadros constituye una opción válida.

Objetivo: Evaluar eficacia y seguridad de la colocación de prótesis autoexpandibles en el tratamiento de obstrucciones colorrectales neoplásicas.

Material y métodos: Entre junio de 2005 y febrero de 2012 se evaluaron en forma consecutiva pacientes con obstrucción colorrectal de causa neoplásica para la colocación de stent autoexpandible. Se incluyeron pacientes con obstrucción neoplásica colorrectal primaria y secundaria. Se realizó técnica de colocación combinada radioscópica-endoscópica. Se evaluaron variables demográficas, causa y topografía de la obstrucción, éxito en la colocación, éxito clínico y complicaciones. Se comparó la población según la obstrucción fuera de tipo intrínseca (grupo I) o extrínseca (grupo II).

Resultados: Se realizaron 17 procedimientos en 16 pacientes. La edad promedio fue de 69,4 años. 11 pacientes fueron hombres. En 13 casos la obstrucción se localizó en colon (8 sigmoideas, 3 ángulo esplénico, 1 ángulo hepático, 1 descendente), en 1 en la unión rectosigmoidea y en 2 en recto medio. 11 pacientes presentaban cáncer colorrectal como causa de la obstrucción (9 en estadio avanzado). De ellos, en 5 se colocó el stent como puente a la cirugía. En 5 casos la obstrucción fue por neoplasias extracolónicas avanzadas. En 10 pacientes (grupo I) la obstrucción fue por lesión intrínseca del colon y en 6 (grupo II) por compresión extrínseca.

La colocación del stent fue exitosa en el 88,2% (15/17) de los procedimientos. El tiempo promedio del procedimiento fue de 42 minutos. No se registraron complicaciones durante el procedimiento. 3 pacientes fueron perdidos durante el seguimiento y no fueron incluidos en el análisis del éxito clínico como tampoco los pacientes en los que no se logró colocar el stent. El seguimiento promedio fue de 9,2 (2-26) meses.

El éxito clínico fue del 72,7% (8/11). 5 pacientes fallecieron por progresión de la enfermedad sin síntomas obstructivos y en 3 casos se logró el puente a la cirugía en forma programada sin ostomía. 3 pacientes presentaron obstrucción que requirió una intervención quirúrgica. Dos pacientes presentaron migración del stent. El éxito en la colocación fue superior en los pacientes con obstrucción intrínseca de colon (100% grupo I vs 67% grupo II p=0,04 pearson uncorrected). El éxito clínico fue también superior en este grupo (87,5% grupo I vs. 50% grupo II) aunque no en forma significativa (p= 0,15).

Conclusiones: La utilización de stents autoexpandibles constituye una alternativa eficaz y segura en el tratamiento de la obstrucción colorrectal neoplásica con el objetivo de paliar síntomas y/o como puente a la cirugía. Tanto el éxito clínico como en la colocación podría ser superior en los casos de obstrucción colónica de causa intrínseca.

EO-013

TRATAMIENTO CONSERVADOR EN PERFORACIONES IATROGÉNICAS DE COLON

L. Schmunck, R Barros, V Macarrone, M Erijimovich, S Carrica, A Villaverde, P Cura, R Belloni, N Chopita
HIGA San Martín de La Plata, Argentina.

Introducción: La videocolonoscopia es el estudio de elección para vigilancia del Cáncer de Colon, como también lo es en el tratamiento de lesiones precursoras. No obstante, es una práctica que posee riesgo de complicaciones siendo la perforación la más temida. Tradicionalmente se ha propuesto a la cirugía como opción terapéutica en estos casos. Actualmente, con el avance de nuevas técnicas endoscópicas, es posible resolverlas durante el mismo procedimiento disminuyendo así la morbilidad asociada a la cirugía. **Objetivo:** Evaluar la eficacia del tratamiento conservador de las perforaciones iatrogénicas de colon.

Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo. Se incluyó a todos los pacientes con perforación de colon luego de colonoscopia diagnóstica y/o terapéutica, en un período de 2 años (Junio de 2010 a Mayo de 2012) y se evaluó respuesta al tratamiento conservador (médico y/o endoscópico). Todas las perforaciones fueron constatadas mediante tomografía.

Resultados: En el período de 2 años se realizaron 3.424 colonoscopias (2.558 diagnósticas y 866 terapéuticas), hubo un total de 12 pacientes (6 hombres y 6 mujeres) con perforación intra procedimiento (tasa de perforación total 0,35%), de las cuales 2 fueron luego de procedimientos diagnósticos y 10 luego de procedimientos terapéuticos, con un tasa de perforación de 0,078% y 1,15% respectivamente. La media de edad fue de 71,75 (rango 54-84). De las perforaciones post terapéuticas (n=10), 8 sucedieron luego de mucossectomías, 1 luego de Dissección submucosa y 1 luego de polipectomía. 8 de las lesiones extraídas (80%) eran mayores a 2 cm, con una media de 3,7 cm (rango 1-6).

El 50% de todas las perforaciones se diagnosticaron al momento del estudio, realizando terapéutica inmediata con clips, y el 50% restante en un transcurso de tiempo de 2 a 6 hs luego del procedimiento. En estos últimos, el síntoma predominante fue el dolor abdominal que se presentó en 4 de 6 pacientes. Se realizó tratamiento antibiótico endovenoso (Ciprofloxacina 400 mg cada 12 hs más Metronidazol 500 mg cada 8 hs) como única medida terapéutica en 4 pacientes evolucionando de manera satisfactoria. Los 2 restantes requirieron tratamiento quirúrgico.

Del total de 12 pacientes, 10 recibieron tratamiento conservador siendo satisfactorio en 9 de ellos, mientras que 1 caso, en donde el tratamiento endoscópico con clips no fue eficaz, requirió intervención quirúrgica. Además hubo 2 pacientes que presentaron fracaso del tratamiento antibiótico y necesidad de cirugía posterior.

La tasa de mortalidad fue de 8,33% (1/12 casos) correspondiente a una perforación secundaria a la toma de biopsias en un paciente al que se le diagnosticó colitis pseudomembranosa.

Conclusiones: La perforación iatrogénica de colon está mayormente asociada a resecciones de lesiones grandes (mayores de 2 cm). De acuerdo a nuestros resultados, el tratamiento conservador en el diagnóstico temprano de las perforaciones iatrogénicas de colon es una opción válida y recomendable.

EO-015

PROTESIS AUTOEXPANDIBLES DEL TUBO DIGESTIVO : EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD.

JC De Maria1, I Malaga1, FJ Ragoni1, E Promenzio1, M Guidi1, HS Nieves1, RF Matanó2

1 SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA, HOSPITAL EL CRUCE, Argentina.
2 JEFE DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA, HOSPITAL EL CRUCE, Argentina.

Introducción : La colocación endoscópica de prótesis autoexpandibles del tubo digestivo, tuvo un gran crecimiento en los últimos años, teniendo como principal indicación el tratamiento paliativo de las estenosis malignas.

Objetivos : Describir nuestra experiencia inicial en la colocación de prótesis autoexpandibles, sus principales indicaciones y complicaciones.

Materiales y métodos : Se realizó un estudio observacional retrospectivo donde se incluyeron 76 pacientes recibidos para colocación de prótesis del tubo digestivo en el término de 3 años (1/4/2009 al 1/5/2012) en los cuales se colocaron 81 prótesis. Se recolectaron datos demográficos (sexo y edad), datos clínicos (indicación, éxito del procedimiento y complicaciones inmediatas del procedimiento).

Resultados :

Se colocaron 33 prótesis esofágicas en 32 pacientes, la edad promedio fue de 57,7 años y el 40,6 % fueron hombres. La indicación más frec. en 26 pacientes 81,25% fue el cáncer de esófago avanzado. En 3 de ellos coexistía fístula esófago-bronquial. En un paciente se colocó una 2da prótesis por crecimiento tumoral. Todos tuvieron expansión completa. Se observó como complicación inmediata empiema en 1 paciente con evolución favorable, migración distal en otro paciente que se recolocó con éxito y 1 óbito por IAM no vinculado al procedimiento.

Se colocaron 9 prótesis enterales en 9 pacientes, la edad promedio fue de 61 años y el 44,4% fueron hombres. La indicación más frec. fue la obstrucción duodenal por cáncer de páncreas avanzado en 6 pacientes (66,6%), obstrucción antro-pilórica por cáncer gástrico avanzado en 2 pacientes y dehiscencia de anastomosis biliodigestiva en la restante. Todos tuvieron expansión completa. No se observaron complicaciones inmediatas.

Se colocaron 5 prótesis colónicas en 4 pacientes, la edad promedio fue de 73 años y el 50% fueron hombres. La indicación en 4 de ellas fue de cáncer de colon avanzado y en una de ellas se colocó una 2da prótesis por fístula colo-vesical. En todos los pacientes el procedimiento fue exitoso. Todos tuvieron expansión completa. No se observaron complicaciones inmediatas.

Se colocaron 34 prótesis biliares autoexpandibles en 33 pacientes, la edad promedio fue de 66 años y el 45,5% fueron hombres. Las indicaciones más frecuentes fueron neoplasia de vía biliar en 17 pts. (51,5 %), neoplasia de páncreas avanzada en 13 pts (39,3%), 3 pts. con ampuloma (9%) y un paciente con estenosis benigna de la vía biliar al que se le colocó un stent autoexpandible transitorio. En un paciente con neoplasia de la vía biliar se colocó una segunda prótesis. Todos los procedimientos fueron exitosos con expansión completa.

Como complicación inmediata, un paciente donde se colocó simultáneamente una prótesis biliar y enteral, presentó una perforación duodenal con mala evolución y óbito. (5,26 %)

Conclusiones : En nuestra experiencia inicial, las prótesis autoexpandibles constituyen la primer alternativa en el manejo paliativo de la patología neoplásica avanzada, con alta efectividad, baja tasa de complicaciones y disminución en la utilización de recursos.

EO-014

EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD ENDOSCOPICA DE URGENCIA EN LAS CONSULTAS POR CUERPO EXTRAÑO

EV Parra Wirth, MG Porfilio Gultarte, OA Sosa, FA Vinuesa, MG Luzuriaga
Hospital escuela de Agudos "Dr. Ramon Madariaga", Argentina.

OBJETIVOS: Describir las características poblacionales de las endoscopias realizadas por sospecha de cuerpo extraño. Evaluar el diseño de intervención de la unidad endoscópica de urgencia según el tiempo entre consulta y la realización de la endoscopia. Analizar los hallazgos endoscópicos.

MATERIALES Y METODOS: Se incluyeron las consultas de urgencia, pediátricas y de adultos, por sospecha de cuerpo extraño gastroesofágicas y rectocolónicas que requirieron intervención de la unidad endoscópica de urgencia. Se realizó análisis de frecuencia con respecto al tipo de endoscopia, hallazgos endoscópicos y maniobras realizadas para la resolución de cada caso.

RESULTADOS: Período Noviembre 2010 – Mayo 2012. Se realizaron 201 estudios endoscópicos en 194 pacientes, 197 (98%) son Videoesndoscopia digestiva alta (VEDA) y 4 (2%) son video colonoscopia (VCC). Características: 117 (58,2%) son del sexo masculino. Edad media 33,5 (1 – 84 años), del grupo pediátrico son 40 (19,9%).

El tiempo entre la consulta al servicio de emergencia general y el procedimiento endoscópico tuvo una media de 10,52 horas (Rango: 4 - 12 hs).

En los casos que requirieron VEDA la presentación más frecuente de consulta fue la disfagia (74,6%) y sialorrea 30 (14,9%). Se realizó diagnóstico de presencia de cuerpo extraño en 93 casos (46,3%). El tipo de cuerpo extraño con más frecuencia fueron los biológicos no punzantes 29 (14,4%) - bolo alimentario y hueso de pollo-, y los metálicos no punzantes 26 (12,9%) -monedas y pilas-, siendo las pilas un grupo de especial atención en el pediátrico. Los objetos punzantes se presentaron en 40 (19,9%) casos -Espinas de pescado, prótesis dentaria, huesos punzantes, clavos-. En 86 casos (42,8%) se logró extracción exitosa en un solo procedimiento. En 6 casos (3%) requirieron una segunda VEDA y 1 caso requirió una tercera VEDA para obtener la extracción del cuerpo extraño.

Se evidenció lesión en la VEDA en 78 (38,8%) siendo las más frecuentes la erosión 50 (24,9%) y la ulcera 40 (19,9%). La localización de las lesiones fue en el tercio superior del esófago en 60 (29,9%) y en faringe 22 (10,9%).

Las VCC fueron 4, que consultaron por dolor abdominal. En todas hubo diagnóstico de cuerpo extraño con lesión más frecuente en recto 3 (75% de las VCC) con extracción de exitosa en todos los procedimientos.

Se presentó complicación en un solo caso que requirió cervicotomía. No hubo óbitos en esta serie.

CONCLUSIONES: Hubo intervención endoscópica temprana en todas las consultas en las que participo la unidad. El manejo endoscópico fue exitoso en la extracción del cuerpo extraño en la totalidad de los hallazgos, logrando esto con un solo procedimiento en la mayoría de los casos. Un caso requirió maniobra combinada endoscópica – quirúrgica. El sistema de aviso y de interconsultas diseñado por el servicio de gastroenterología fue respetado en todas las consultas por cuerpo extraño en las salas de urgencias, pediátricas y de adultos, asegurando la evaluación temprana por parte de los endoscopistas.

EO-016

USO DE PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES (SEMS) COMO TRATAMIENTO DE LESIONES ESOFÁGICAS BENIGNAS: ¿ES UNA BUENA INDICACIÓN?

A Redondo, ES Bianchi, G Correa, H Martinez, V Gonzalez, F Tufare, N Chopita, J Epele, P Chavero, V Grillo
HIGA San Martín de La Plata, Argentina.

Introducción: Las prótesis metálicas autoexpandibles (SEMS) son utilizadas para el tratamiento paliativo de las estenosis esofágicas malignas. Su indicación en lesiones benignas quedaría reservada para estenosis refractarias o recurrentes, perforaciones esofágicas espontáneas o iatrogénicas, fugas anastomóticas y fístulas traqueo-esofágicas. Existen limitaciones para su uso como la alta tasa de migración, hiperplasia y el riesgo de recurrencia. En las perforaciones esofágicas, disrupción en anastomosis y fístulas traqueo-esofágicas de diagnóstico tardío (mayor a 24 horas), el tratamiento quirúrgico tiene alta morbilidad, por lo que podría tener beneficio el manejo conservador con SEMS.

Objetivo: Evaluar la eficacia del uso de SEMS en estenosis esofágicas refractarias y recurrentes, perforaciones, fugas espontáneas o iatrogénicas y fístulas traqueo-esofágicas de etiología benigna.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio prospectivo observacional entre Junio 2008 y Febrero de 2012 que incluyó 14 pacientes en los que se colocaron SEMS siendo el diagnóstico estenosis refractarias 36% (n:5), fuga de anastomosis quirúrgica 21% (n:3), fístulas traqueo-esofágicas 29% (n:4) y perforación esofágica espontánea 14% (n:2). Se colocaron SEMS totalmente cubiertas en los 14 pacientes, siendo la longitud media de 12 cm. El tiempo promedio de tratamiento fue de 3 semanas. En los pacientes con estenosis refractaria y recurrente se evaluó la mejoría de la disfagia, del performance status y del estado nutricional, siendo el tiempo de seguimiento de 8 semanas. En los pacientes con diagnóstico de fuga, perforación o fístula se les realizó un estudio contrastado para certificar el cierre completo, luego de la colocación del SEMS y en la extracción del mismo. Se denominó falla del tratamiento al requerimiento de otras terapéuticas para el cierre completo durante el seguimiento. Se aplicó como método estadístico análisis univariado de las variables.

Resultados: De un total de 5 pacientes con estenosis refractarias, 3 (72%) presentaron mejoría de la disfagia, del estado nutricional y reducción en la escala de performance status a las 8 semanas. El éxito en el cierre de las perforaciones, fístulas y fugas al momento de colocación del SEMS fue del 100% (n: 9). 2 (22%) pacientes requirieron tratamiento quirúrgico durante el seguimiento. La tasa de complicaciones global fue de 71% (n: 10), siendo de mayor incidencia las relacionadas a estenosis 60% (n:6) y 40% fueron leves (reflujo y dolor).

Conclusiones: La utilización de SEMS totalmente recubiertas es una opción válida para el tratamiento de lesiones esofágicas benignas. En las estenosis esofágicas, han demostrado una alta eficacia y si bien el riesgo de complicaciones es elevado, su utilidad queda reservada para pacientes con criterios de refractariedad o recurrencia. En perforaciones, fugas o fístulas la utilización de SEMS podría tener beneficios significativos como terapéutica.

EO-017**ROL DE LA MUCOSECTOMÍA ENDOSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE LA NEOPLASIA ASOCIADA AL ESÓFAGO DE BARRETT**

DG Cimmino, EJ Gómez, LA Boerr
Hospital Alemán, Argentina.

Introducción. La metaplasia intestinal del esófago distal es una condición preneoplásica que se conoce como Esófago de Barrett (EB). Tiene un riesgo anual del 0,5 % de desarrollar adenocarcinoma de esófago (ACE). El grado de displasia es el mejor indicador del riesgo de desarrollar un ACE y la displasia de alto grado (DAG) se asocia con el riesgo más alto. Sin embargo sabemos que la interpretación del grado de displasia tiene dos debilidades: 1) error de muestreo y 2) variabilidad interobservador. Por lo tanto pensamos que la Resección Endoscópica Mucosa (REM) es fundamental para la correcta estadificación de estos pacientes.

Objetivo. El objetivo de presentación de esta serie de casos es compartir con la comunidad médica la experiencia en REM de neoplasias relacionadas a EB de un Servicio de Endoscopia perteneciente a un hospital de comunidad de la República Argentina.

Materiales y métodos. Se revisaron en forma retrospectiva las historias clínicas de pacientes que presentaban diagnóstico de EB y fueron sometidos a REM en el Servicio de Endoscopia Digestiva del Hospital Alemán entre los años 2006-2012. Se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas y cualitativas.

Resultados. En 8 pacientes, se realizaron 10 procedimientos endoscópicos debido a 9 neoplasias y un caso de EB familiar, obteniéndose 33 fragmentos para estudio. Tres pacientes fueron mujeres y cinco hombres, con edades comprendidas entre 49 y 80 años.

Tabla 1.

Nº de paciente	1	2	3	4	5	6	7	8
Edad (años)	69	80	54	49	56	54	63	53
Sexo	M	H	H	H	M	H	H	M
Clasificación de Praga	C3 M0	C0 M3	C5 M0	C0 M2	C6 M0	C1 M2	C1 M2	C5 M7
AP Biopsia inicial	Mi+DAG	Mi+DAG	Mi+DAG	Mi	Mi+DBG	Mi+DAG	Mi+DAG	Mi+DAG
Procedimiento	CAP	CAP	CAP	CAP	Bandas	CAP	CAP	Bandas
Nº Fragmentos	12	3	5	2	4	1	4	2
AP REM	Mi+DBG	Mi+DBG	Mi+ACE	Mi	Mi+DAG	Mi	Mi+DAG	Mi+DAG
Nº Procedimientos	3	1	1	1	1	1+2 ARF	1	1
Complicaciones	No	No	No	No	No	No	No	No
Necesidad de cirugía	No	No	Si	No	No	No	No	No
Seguimiento (meses)	65	8	59	68	22	7	4	11

Abreviaturas. AP, Anatomía Patológica; MI, Metaplasia Intestinal; DBG, Displasia Bajo Grado; DAB, Displasia Alto Grado; ACE, AdenoCarcinoma de Esófago; CAP, Técnica con capuchón; Bandas, Técnica con bandas; ARF, Ablación por RadioFrecuencia.

Conclusiones. En nuestra serie, la REM cambió la estadificación anatomopatológica inicial en más de la mitad de los casos, con la consiguiente modificación de la conducta terapéutica.

EO-019**COLANGIOSCOPIA POR OPERADOR ÚNICO EN RECEPTORES DE TRANSPLANTE HEPÁTICO CON COMPLICACIONES BILIARES.**

D Balderramo1, O Sendino2, JM Bordas2, G Martínez-Pall3, C Rodríguez de Miguel2, R Miquel4, M Navasa5, J Llach2, A Cárdenas2

1 Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Hospital Privado, Centro Médico de Córdoba, Argentina., Argentina. 2 Unidad de Endoscopia Digestiva, Instituto de Enfermedades Digestivas y Metabólicas. Hospital Clínic. Barcelona, España., España. 3 Departamento de Anestesiología. Hospital Clínic. Barcelona., España. 4 Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Clínic. Barcelona., España. 5 Unidad de Transplante Hepático, Instituto de Enfermedades Digestivas y Metabólicas. Hospital Clínic. Barcelona., España.

Introducción:

La estenosis de la anastomosis biliar (EAB) es la complicación biliar más frecuente posterior al trasplante hepático (TH). Habitualmente se puede tratar con colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Una limitación de esta técnica es la imposibilidad de observar y obtener muestras de la vía biliar bajo visión directa. Hay poca información acerca de la utilidad de la colangioscopia en pacientes con TH que requieren CPRE por complicaciones biliares.

Objetivos:

Los objetivos de este estudio prospectivo fueron: a) valorar la viabilidad de la realización de colangioscopia en pacientes con TH con complicaciones biliares, b) describir las características colangioscópicas e histológicas de las complicaciones biliares posterior al TH y analizar su utilidad en el manejo de las mismas.

Métodos:

Se incluyeron los pacientes adultos (edad >18 años) receptores de TH de donante cadavérico con complicaciones biliares e indicación de CPRE en el periodo de 06/2009-06/2011. Los pacientes se dividieron en Grupo 1: receptores de TH con EAB y Grupo 2: receptores de TH con otras complicaciones biliares (litisias, fuga biliar). En todos los pacientes incluidos se realizó colangioscopia (Spyglass Direct Visualization system) evaluando diferentes características pre-establecidas a nivel de la anastomosis biliar y se tomaron biopsias de la misma.

Resultados:

Se incluyeron 16 pacientes: 12 en el Grupo 1 y 4 en el Grupo 2. En todos los pacientes incluidos se pudo realizar la colangioscopia. El tiempo total medio de la colangioscopia fue de 26,8 ± 10,1 minutos. En el Grupo 1 se observaron dos patrones colangioscópicos a nivel de la estenosis biliar: patrón A (edema y eritema) y patrón B (edema, ulceración y esfácelo). En los pacientes del Grupo 2 se observó una mucosa pálida con escaso eritema a nivel de la anastomosis biliar. La colangioscopia mostró litiasis no observadas en el colangiograma inicial de la CPRE en 5 (33%) pacientes. El estudio histológico de la EAB mostró inflamación intraepitelial e infiltrado estromal, sin evidenciar diferencias entre patrón A y patrón B. No se observaron alteraciones significativas en las biopsias de pacientes del Grupo 2. Los pacientes del Grupo 1 con patrón B requirieron un periodo de tratamiento con prótesis biliar más prolongado que los con patrón A (457 vs. 153 días, P=0,02). Además, los pacientes con patrón A presentaron una mejor respuesta y resolución de la EAB con tratamiento endoscópico comparados a los de patrón B (66% vs. 11%, P=0,13). Un paciente en el Grupo 1 presentó colangitis como complicación del procedimiento.

Conclusiones:

La colangioscopia es un procedimiento que se puede realizar en receptores de TH y permite una adecuada visualización y toma de muestra biliar a nivel de la anastomosis biliar. La colangioscopia identificó dos patrones visuales que pueden ayudar a predecir la evolución del tratamiento endoscópico de las EAB en pacientes con TH. El estudio histológico de la EAB no mostró diferencias entre dichos patrones.

EO-018**INCIDENCIA DE SANGRADO DE LAS ANGIODISPLASIAS COLÓNICAS INCIDENTALES**

IC Oría, JE Pizzala, VH Abecia, AR Talamazzi, S Carrión, JR Dávalos, E Varela, JA De Paula, CA Macías Gomez

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Aunque el sangrado es una complicación conocida de las angiodisplasias colónicas, la incidencia de sangrado de las angiodisplasias colónicas incidentales (ACI) es aún desconocida.

Objetivo: Investigar retrospectivamente la incidencia de sangrado de las ACI.

Materiales y Métodos: Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes a quienes se realizó videocolonoscopia entre Agosto 2004 y Marzo 2010. Las ACI fueron definidas como lesiones halladas en pacientes sin historia de sangrado gastrointestinal (hematoquecia, melena, anemia ferropénica o sangre oculta en materia fecal positiva). Los pacientes con historia de neoplasia colónica, enfermedad inflamatoria intestinal o radiación externa al abdomen fueron excluidos. Se analizaron los datos demográficos y se determinó la incidencia de sangrado durante el seguimiento.

Resultados: De 28.534 pacientes a quienes se realizó videocolonoscopia, 468 (1,64%) presentaron angiodisplasias colónicas, de las cuales 122 eran incidentales (0,4%) y en todas ellas se había realizado una videocolonoscopia completa hasta el ciego. La edad media de los pacientes fue 66,4 ± 10,9 DS y el índice mujer/varón : 2/1. La localización más frecuente fue el ciego y la válvula ileocecal. La indicación más frecuente de colonoscopia fue para screening. Durante el seguimiento 5 pacientes fallecieron por causas ajenas al sangrado y 15 se perdieron al control. Los restantes 102 pacientes con ACI fueron seguidos por un período medio de 3,02 años. 2 pacientes sangraron y requirieron hospitalización y tratamiento endoscópico de urgencia (Incidencia de sangrado: 5,6 episodios de sangrado/1000 pacientes año [95%IC 1.40- 22.39]). Ambos pacientes habían sido anticoagulados luego del diagnóstico de ACI. Ninguno de los restantes 100 pacientes con ACI sangró durante el seguimiento y solo uno de ellos recibió anticoagulación.

Conclusión: Durante un corto periodo de seguimiento, la incidencia de sangrado por angiodisplasias colónicas incidentales fue baja y probablemente relacionada a la terapia de anticoagulación. Los pacientes con ACI que requieren anticoagulación deben ser estrictamente controlados.

EV-001**MIOTOMIA ENDOSCÓPICA (POEM) PARA EL TRATAMIENTO DE LA ACALASIA**

A Nieponice, F Ciotola, A Ditaranto, D Lowenstein, R Garcés, C Fuxman, C Bilder, A Badaloni, F Nachman

Fundación Favalaro, Argentina.

Introducción: El tratamiento terapéutico standard para la acalasia es la Miotomía de Heller por vía laparoscópica asociada a un procedimiento antirreflujo. El advenimiento de la cirugía transorifical y el consiguiente desarrollo de nuevo instrumental hicieron posible la realización de la Miotomía en forma endoscópica. Realizada en los primeros pacientes hace 3 años en Japón, hoy existen reportes sobre 300 casos a nivel internacional y ninguno en nuestro medio. Nuestro grupo multidisciplinario integrado por cirujanos, endoscopistas y expertos en motilidad comenzó a desarrollar el método en estudios preclínicos para evaluar factibilidad y puesta a punto del método en el ámbito local y así poder traducirlo a los pacientes.

Objetivo: En este video se presenta la primera experiencia preclínica en Argentina de una Miotomía esofágica completa, por vía endoscópica.

Material y método: Utilizando un cerdo de 80kg en posición supina, se realizó una incisión mucosa de 2cm ubicada 20cm proximal a la unión esófago gástrica (UEG). Se abordó el espacio submucoso creando mediante disección por electrocauterio, un túnel entre el plano mucoso y la capa muscular interna hasta pasar 3 cm la UEG. Luego se realizó una miotomía de la capa muscular interna, comenzando 5 cm por debajo de la incisión mucosa, utilizando un electro bisturí diseñado especialmente para este procedimiento. Se realizó manometría antes y después del procedimiento para constatar el descenso en la presión del esfínter esofágico inferior.

Resultados: se completó la Miotomía con éxito sin observarse perforaciones o complicaciones mayores como sangrado o neumoperitoneo. El estudio manométrico mostró una clara disminución en la presión del EEI.

Conclusiones: se ha logrado reproducir en el medio local la metodología descrita por los grupos internacionales que fueron pioneros en esta técnica. El procedimiento resultó factible con una dificultad técnica que requiere entrenamiento avanzado en endoscopia intervencionista. La posibilidad de llevar este método a la práctica clínica permitirá disminuir la morbilidad asociada a los procedimientos quirúrgicos. La interacción entre cirujanos y gastroenterólogos es esencial para el desarrollo del método.

EV-002**EXTRACCIÓN POR VÍA ENDOSCÓPICA DE FITOBEZOAR DE GRAN TAMAÑO**

C Santi

CLÍNICA PRIVADA DEL BUEN PASTOR, Argentina.

Introducción: el fito bezoar es una concreción de fibras vegetales. Afecta con mayor frecuencia (70%) al sexo masculino, favorecido por la ingesta de determinados alimentos, alteración del vaciamiento gástrico y cirugía gastrointestinal. Los fito bezoares de pequeño tamaño pueden disolverse con métodos enzimáticos o extracción por endoscopia; los de gran tamaño se resuelven por vía quirúrgica.

Paciente de 51 años, sexo femenino, sin antecedentes patológicos, consulta por epigastria y vómitos de 24 horas de evolución. Laboratorio y ecografía abdominal normal. Se indica omeprazol y proquinéticos. Luego de 15 días persiste con dispepsia por lo que se solicita videoendoscopia digestiva alta. VEDA: imagen redondeada de 5 cm, verdosa, móvil, durópétrea, compatible con fito bezoar. Se decide su extracción por vía endoscópica. Se toma con un asa de polipectomía pero debido a su gran tamaño no se logra el paso a nivel del cardias. Tampoco logra fragmentarse con corte por su consistencia. Se procede a colocar un sobretubo desde la boca hasta el estómago. Se realiza una tracción del asa de polipectomía contra el sobretubo fragmentando el fito bezoar. Luego se extraen los diferentes fragmentos a través del sobretubo. Luego del procedimiento evolutivo asintomática. Dos semanas después se realiza nueva endoscopia de control la cual es normal.

Comentario: la paciente tenía una alimentación balanceada sin ingesta excesiva de fibras y tampoco presentaba enfermedades predisponentes que alteraran el vaciamiento gástrico. La colocación del sobretubo fue fundamental en la extracción del fito bezoar por vía endoscópica evitando el tratamiento quirúrgico.

EV-004**TRATAMIENTO DEL ESOFAGO DE BARRETT CON DISPLASIA DE ALTO GRADO POR ABLACIÓN CON RADIO FRECUENCIA**E Alava, G Osorio Gonzalez, C Rafaelli, S Stupnik, M Golub, R Gerlach, P Viúdez
Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich", Argentina.

INTRODUCCIÓN: El esófago de Barrett es una entidad premaligna cuyo riesgo global de transformación al carcinoma esofágico varía entre el 0,5 al 1% anual; cuando se detecta la presencia de displasia de alto grado el riesgo se incrementa al 16-59% en el término de 5 años.

La ablación por radiofrecuencia es una técnica endoscópica basada en la lesión térmica de los tejidos que permite la eliminación completa de toda la mucosa con metaplasia intestinal.

OBJETIVO: Presentar un caso de esófago de Barrett con displasia de alto grado tratado con ablación por radiofrecuencia.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente masculino de 79 años de edad que consulta por presentar episodios de acidez y regurgitación alimentaria de varios meses de evolución, con antecedentes de coronariopatía y angioplastia en el año 2002.

Se realiza una video-gastroscopia que muestra una esofagitis grado B por lo que recibe tratamiento con omeprazol 40 mg/día; en el control endoscópico a los 60 días se evidencia una hernia hiatal y tejido heterotópico (MESE C0M2) por lo cual se toman biopsias escalonadas. La anatomía patológica describe una mucosa esofágica con metaplasia intestinal completa e incompleta y displasia de alto y bajo grado con acantosis e hiperplasia de las células basales.

Se realiza tratamiento de ablación por radiofrecuencia con un catéter HALO 360 System; el procedimiento fue bien tolerado y luego del mismo se indicó dieta, omeprazol 80 mg/día y sucralfato 30 ml/día.

A los 3 meses se efectúa un control endoscópico, realizándose cromatografía con azul de metileno que muestra una mucosa esofágica de características normales, no observándose áreas de tejido heterotópico. Las biopsias escalonadas mostraron epitelio escamoso de características típicas y ausencia de metaplasia intestinal.

DISCUSIÓN: La introducción de técnicas endoscópicas para el tratamiento de la displasia y el cáncer temprano esofágico ha sido uno de los avances más significativos de la última década. El uso de la termoablación por radiofrecuencia es una opción alternativa al tratamiento quirúrgico, siendo un método sencillo y eficaz lográndose la desaparición de la metaplasia y disminuyendo así el riesgo del desarrollo de carcinoma; sin embargo la recurrencia con otros métodos térmicos es del 20-25% a los 5 años no existiendo en la actualidad estudios de seguimiento a largo plazo con la termoablación por radiofrecuencia.

EV-003**SARCOMA DE KAPOSI EN UN PACIENTE PORTADOR DE UNA COINFECCIÓN HIV – HCV.**

C Rafaelli, S Stupnik, G Osorio Gonzalez, M Golub, R Gerlach, P Viúdez, M Amante, R Bistoletti

Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich", Argentina.

Introducción

El sarcoma de Kaposi es la neoplasia más frecuente asociada al SIDA, con una incidencia reportada en 1994 del 10%, disminuyendo desde entonces con la introducción de la terapia antirretroviral de alta eficacia. La forma de afectación habitual es la cutánea, siendo el compromiso visceral frecuente y en muchos casos asintomático; la exploración endoscópica puede revelar compromiso gastrointestinal hasta en el 40% de los casos.

Objetivo

Describir un caso de Sarcoma de Kaposi con compromiso oral y esófago-gástrico en un paciente coinfectado HIV- HCV.

Caso clínico

Paciente de 49 años con antecedentes de toxoplasmosis cerebral y sarcoma de Kaposi cutáneo, HCV (+) HIV (+) que ingresa por presentar un cuadro compatible con una infección respiratoria. Laboratorio: Hto: 29% GB: 2800, plaquetas: 91.000, Glucemia: 86 mg%, Uremia: 73 mg%, Creatinina: 1,6 mg% Albúmina: 1,6 gr%. Proteínas totales: 3,5 gr%, BT 0.1 GOT 33 TGP 40 LDH 497 Carga viral < 50 copias. CD4: 3% CD3: 84% CD 8: 80%, BAL: (+) P Aeruginosa, Ziehl Neelsen (-), TAC de tórax: adenopatías mediastinales, consolidación en el lóbulo superior derecho, con broncograma y cavitación.

Video-Gastroscopia: A nivel del paladar óseo se observan lesiones planas rojo-violáceas de 2-3 cm. de diámetro y a nivel esofágico macula rojiza a los 25cm. de la arcada dentaria superior con múltiples lesiones gástricas elevadas, confluentes y friables, petequiado difuso de color rojo vinoso y áreas de mucosa despulida.

Histopatología: Infiltración del estroma por proliferación vascular vinculable con Sarcoma de Kaposi e hiperplasia superficial de la mucosa.

Discusión

En el paciente con SIDA el Sarcoma de Kaposi se presenta habitualmente con CD4 < 200 asociándose en más de un 90% al herpes virus tipo 8 (HHV-8). La localización cutánea es característica mientras que la afectación gastrointestinal forma parte del compromiso visceral de la enfermedad; en el tubo digestivo se han descrito lesiones en orofaringe, estómago y colon hasta en el 40% de los casos. Las lesiones gástricas suelen ser pequeñas y múltiples y se han descrito diferentes morfologías: máculo papular, polipoidea y nodular umbilicada. El rendimiento diagnóstico de la biopsia endoscópica suele ser bajo (23%) ya que se trata de una lesión submucosa.

Histológicamente se caracteriza por la proliferación de capilares dilatados con células endoteliales atípicas y células fusiformes, demostrándose por PCR e inmunohistoquímica la localización intracelular del HHV-8.

La terapia antirretroviral de alta eficacia se asocia con una regresión en el tamaño de las lesiones y mejoría de la sobrevida.

Conclusiones

El sarcoma de Kaposi puede desarrollarse en cualquier lugar del tracto gastrointestinal correlacionándose frecuentemente con la presencia de lesiones cutáneas o de la cavidad oral; los estudios endoscópicos resultan un adecuado método diagnóstico para confirmar el compromiso digestivo, dada la presencia de lesiones características de la enfermedad, a pesar del bajo rendimiento de la biopsia.

EV-005**MALLA DE MARLEX :CAUSA INFRECUENTE DE DISFAGIA, EVOLUCION Y SEGUIMIENTO**

GL Jury, L Amieva, RH Jury, GA Ramacciotti, R Lopez Fagalde, C Pili, G Bouzas, M Dolan

Centro de Estudios Digestivos, Argentina.

INTRODUCCION

La migración de cuerpos extraños (oblitos) hacia órganos huecos está descrita en la literatura, generalmente relacionado a cuadros infecciosos que han requerido de una resolución quirúrgica (colecistitis, diverticulitis, etc), pero hay escasos reportes de migración de mallas para tratamiento de hernias o eventraciones.

OBJETIVO: presentamos el seguimiento y actual tratamiento endoscópico de malla de marlex en esófago.

CASO CLINICO: paciente de 88 años con historia de reflujo y hernia hiatal grande, que en 2006 se realiza Nissen laparoscópico y colocación de malla de Marlex por eventración, que presentó infección post quirúrgica que requirió lavados quirúrgicos. En diciembre de 2006 presenta disfagia, se realiza VEDA donde se observa aparición de estenosis en unión gastroesofágica, alrededor de la misma se observa orificio fistuloso de donde emerge cuerpo extraño (malla de Marlex) que se intenta extraer con pinza de cuerpo extraño, cortar con asa de polipectomía sin éxito, decidiendo intentar con Argon Plasma fulgurando la malla observando la retracción de la misma. Se realiza seguimiento clínico con buena evolución, presentando episodios de disfagia, donde se repite el tratamiento con APC hasta el día de la fecha.

CONCLUSIÓN: la posibilidad terapéutica con APC permite el tratamiento mínimamente invasivo en una patología infrecuente en una paciente anciana.

EV-006

ROL DE LA ENTEROSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DE GIST LOCALIZADOS EN INTESTINO DELGADO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

CE Ciarlo, E Baez, C Molina, A Currás, J Carrillat, S Figurelli, J Doweck
HOSPITAL FERNANDEZ, Argentina.

Introducción

Los tumores del estroma gastrointestinal son las lesiones mesenquimales más comunes que comprometen el tracto gastrointestinal, pero a pesar de ello, presentan una baja prevalencia. Los sitios afectados son: Estómago (50-70%), Intestino delgado (30-45%), colorrectal (10-15%) y esófago (menos del 5%). El 70% son sintomáticos, manifestándose a través del sangrado o anemia, dolor abdominal, masa palpable, disfagia, obstrucción o perforación. Aquellos tumores localizados en intestino delgado presentan un peor pronóstico comparado con aquellos localizados en estómago, colon o recto.

La edad promedio de presentación es 63-66 años.

En el 80% de los casos presentan la mutación del KIT, mientras que el 8% exhibe la mutación del PDGFRA.

Las modalidades diagnósticas son la endoscopia digestiva alta, la videocolonoscopia, la ecoendoscopia y la enteroscopia de acuerdo a la ubicación de la lesión. Por su localización submucosa, se recomienda la punción aspiración con aguja fina guiada por ecoendoscopia para la obtención de tejido. Entre algunos métodos de imágenes, se dispone de TAC, RMN Y PET. El conocimiento de este tipo de tumores y su presentación clínica es fundamental para su diagnóstico y tratamiento.

Objetivo: Presentar un caso clínico con el fin de considerar la importancia de la enteroscopia para el diagnóstico de tumores localizados en intestino delgado.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 65 años de edad, con antecedentes de anemia crónica de un año de evolución, derivada a nuestro servicio para tratamiento con Plasma argón de lesiones vasculares localizadas en intestino delgado. Presentaba endoscopia digestiva alta normal, videocolonoscopia con aislados divertículos en colon transverso, un tránsito de intestino delgado informado como normal y una enterocápsula que informaba flebectasias a nivel de yeyuno medio. La paciente intercorre con melena. Se repite endoscopia digestiva alta y videocolonoscopia sin diferencias con respecto a las previas. Se realiza enteroscopia con el fin de realizar diagnóstico y tratamiento, evidenciándose a 70 cm del ángulo de Treitz una lesión submucosa sobrelevada con pliegues en tienda de campaña de 30 mm, ulcerada en dos sectores (biopsia), compatible con GIST y venectasias en la mucosa observada.

La anatomía patológica informó positivo para los marcadores CD 117, vimentina, S-100, con un Ki 67 menor de 2%, en proliferación fusocelular.

Se realizó laparotomía con resección de 10 cm de intestino delgado, con márgenes libres, no observándose adenopatías. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica informó un conteo mitótico 1/50, vimentina+, CD 34 - y Ki67 del 4%, compatible con GIST de bajo riesgo.

Conclusiones

En el presente caso clínico, destacamos el rol de la enteroscopia, un estudio que permite acceder al intestino delgado, como modalidad diagnóstica de un tumor localizado en yeyuno, a pesar de no haber sido evidenciado en los estudios realizados previamente y que permitió la toma de muestra de tejido, realizando el diagnóstico anatomopatológico previo al acto quirúrgico.

EV-008

ADENOMA VELLOSO GÁSTRICO: MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA

O Laudanno, D O'Coonor, M Thome, C Quadrona, G Acosta, G Lozano
Sanatorio Trinidad San Isidro, Argentina.

Los adenomas vellosos gástricos son tumores poco frecuentes pero con alta transformación maligna. Deben ser resecados ya sea por cirugía o endoscopia.

Caso clínico: paciente de 38 años, hipertensa, obesa mórbida, derivada para Videoscopia Alta (VEDA) diagnóstica pre-cirugía bariátrica.

En la VEDA se detecta lesión elevada antral de aproximadamente 1 cm, tipo IIa (clasificación de París). Se toma biopsia de la lesión y para Helicobacter Pylori. La biopsia de la lesión vino informada como adenoma velloso con displasia bajo grado, Helicobacter pylori negativa.

Se discute la paciente con el grupo de cirugía bariátrica y dado que se planea realizar una gastrectomía en manga, se decide resección endoscópica de la lesión.

Se presenta el Video con la lesión y la resección endoscópica de la misma (mucosectomía).

El informe final patológico de la resección fue adenoma velloso con displasia de bajo grado, márgenes de lesión libres.

El motivo de la presentación es la rareza de este tipo de lesiones en el estómago así como su resolución endoscópica.

EV-007

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE ESTENOSIS ESOFÁGICA TOTAL POST RADIOTERAPIA

S Paredes1 2, JA Cerdán1 2, NE Gonzalez1, D Dominguez1

1 Hospital de Alta Complejidad "Juan D. Perón" Formosa, Argentina. 2 GEDIF (Grupo Endoscópico Digestivo Formosa), Argentina.

Paciente de 65 años de edad, sexo masculino, con antecedentes de carcinoma epidermoide de esófago medio localmente avanzado, alimentado por gastrostomía, tratado con radio y quimioterapia, que presentó disfagia progresiva hasta llegar a la afagia. Se realizó VEDA y Rx SEG D que evidenció estenosis total en fondo de saco en 1/3 medio, sin pasaje del material de contraste. No se logró la progresión del hilo guía en dos oportunidades. Anatomía patológica de la lesión: negativo para células neoplásicas. TAC: sin lesión neoplásica evidente. Tratamiento endoscópico: Se ingresó a esófago por cavidad oral y por gastrostomía en paralelo (con un segundo endoscopio) a través del cardias, y se progresó hasta el sitio de la estenosis. Se enfrentaron los extremos de los endoscopios bajo visión fluoroscópica, y por transluminación se procedió a efectuar una incisión con electrosturi de punta de ambos lados, lográndose la repermabilización del esófago. Durante la incisión proximal, se produjo un sangrado masivo, con shock hipovolémico que obligó a suspender el procedimiento, con requerimiento de intubación orotraqueal, transfusión de hemoderivados y administración de inotrópicos. Se constató cese espontáneo del sangrado bajo visión endoscópica y toracotomía. Evolucionó favorablemente lográndose la extubación a las 72 hs. Se realizó Rx tránsito esofágico, que mostró pasaje filiforme a través de estenosis de 1/3 medio de aproximadamente 4 cm de longitud. Se realizó dilatación con dilatador de Savary hasta 8 mm y se procedió a colocar un stent esofágico autoexpandible recubierto, sin complicaciones. El paciente fue externado con adecuada ingesta de líquidos y sólidos, luego de 3 meses de afagia. Motiva la presentación del caso lo inusual de la oclusión esofágica total post radioterapia y la técnica de resolución endoscópica utilizada.

EV-009

AMPULECTOMIA EN LESION DE 4 CM

GL Jury, R Lopez Fagalde, RH Jury

Centro de Estudios Digestivos, Argentina.

INTRODUCCION: la ampulectomía endoscópica es la técnica para extracción de lesiones adenomatosas y adenocarcinoma de papila T1. Presenta como complicaciones la hemorragia, perforación y pancreatitis aguda.

OBJETIVO: presentar ampulectomía endoscópica en lesión de 4 cm, que presentó como complicación babeo hemático resuelto inicialmente con compresión mediante papilótomo de punta.

CASO CLINICO: paciente de 72 años que se realiza VEDA diagnóstica por cuadro de dispepsia donde se observa lesión elevada de 4 cm con pit pattern adenomatoso en segunda porción duodenal, se constata con duodenoscopia que la lesión nace de la papila de Vater, se toman biopsias. AP: adenoma-tubulo velloso sin displasia. Se recita luego de TAC sin lesiones a distancia para ampulectomía, se realiza la misma con ansa, se intenta encontrar el Wirsung con catéter sin éxito, se decide realizar pequeña orificio con papilótomo de punta comenzando babeo hemático que fue detenido comprimiendo el vaso por 2 minutos con el propio papilótomo. Posteriormente se canula y se coloca prótesis en Wirsung, se realiza efinterotomía biliar y se fulgura base y bordes con APC.

AP: adenoma túbulo-velloso con displasia de bajo grado, bordes de resección libres.

DISCUSIÓN: se presenta resolución endoscópica de lesión ampular grande que como alternativa terapéutica presenta duodenopancreatectomía cefálica, y la resolución de una complicación de la propia técnica.

EV-010**FISTULA ESOFAGO-PLEURAL TUBERCULOSA, CIERRE MEDIANTE CLIPS MÁS STENT ESOFÁGICO AUTOEXPANDIBLE CUBIERTO.**

MG López Peña, E Paulina, I Gilli, F Melgarejo
Hospital Central Formosa, Argentina.

masculino, 61 años, consulta por disnea, tos hemoptoica, mal estado general. Se constata derrame pleural izquierdo con caverna que ocupa 1/3 del hemitorax izquierdo. Se realiza avenamiento pleural obteniendo salida de material purulento y detritos celulares tipo caseum. Al segundo día se observa salida de restos alimentarios por el tubo pleural. VEDA: fistula esofagopleural de 30 mm a 39 cm de ads.

Se realiza en un primer tiempo aproximación de bordes de la fistula con clips obteniendo cierre parcial. En segundo tiempo se coloca stent esofagico autoexpandible cubierto obteniendo el cierre total. Buena evolución, ventana pleurocutanea. Alta.

EV-011**OBSTRUCCION DE STENT DUODENAL : CAUSA INFRECUENTE**

GL Jury, R Lopez Fagalde, A Catalani, M Pastorino, RH Jury, M Dolan
Centro de Estudios Digestivos, Argentina.

INTRODUCCION

La invasión del duodeno por tumores periampulares se produce en el 70% de los casos por adenocarcinoma de páncreas, la resolución de la obstrucción actualmente es la colocación de stent enteral por vía endoscópica evitando la gastroenteroanastomosis. Como complicaciones se presenta la obstrucción del stent por alimentos, crecimiento tumoral o tejido hiperplásico, generalmente esta complicación se resuelve por vía endoscópica mediante limpieza con balón, tunelización con APC, etc.

OBJETIVO: presentar obstrucción de stent enteral por prótesis autoexpandible de vía biliar migrada a la luz duodenal.

CASO CLINICO: paciente de 41 años con diagnóstico de carcinoma de páncreas con invasión duodenal y coledociana (ictericia y vómitos), constatada por TAC, se cita para resolución endoscópica con colocación de stent duodenal y biliar, se coloca prótesis enteral y debido a la invasión de la papila se deriva para drenaje percutáneo de la VB, resuelto con stent autoexpandible de 8 cm. A los 40 días el paciente comienza con vómitos, se realiza VEDA donde se observa obstrucción de la luz por alimentos, bajo guía radioscópica se atraviesa la prótesis hasta 2 porción, se infla balón y se barre la luz observando a posteriori la mitad del stent biliar impactado ocupando 2/3 de la luz, se realiza corte y fragmentación del stent con argón plasma y con pinza de cuerpo extraño se extraen los restos, observando permeabilidad del stent en toda su luz.

CONCLUSION: presentar causa infrecuente de stent duodenal, y su resolución con APC por vía endoscópica.

EV-012**TRATAMIENTO DE LA LQVB: PRÓTESIS PLÁSTICA DURANTE 8 AÑOS MAS MOLDE DE LITIASIS:**

GL Jury, R Lopez Fagalde, RH Jury
Centro de Estudios Digestivos, Argentina.

INTRODUCCION: el tratamiento endoscópico de la LQVB es la colocación de prótesis plástica por vía endoscópica en forma progresiva cada 3 meses por un año y luego la extracción de las mismas según el protocolo de Roma o más recientemente colocación de stent autoexpandible full cover.

OBJETIVO: presentación de caso clínico endoscópico donde la paciente permaneció con 2 prótesis plásticas durante 8 años, este caso representa a diferentes pacientes con permanencia de stents por períodos superiores a los estipulados sin complicaciones tempranas.

CASO CLINICO: paciente de 17 años que en el 2000 consulta por HDA, donde en VEDA diagnóstica presenta lesión subepitelial ulcerada de 4 cm en cara posterior de cuerpo gástrico que fue operada gastrectomía subtotal con anastomosis bilio-digestiva tipo Billroth II, en 2003 coelap con lesión del colédoco a nivel de la unión con el HC resuelta con colocación de stent plástico en septiembre 2003 con pérdida de seguimiento hasta episodio de colangitis en abril de 2004 donde se coloca segundo stent.

Nueva pérdida de contacto hasta noviembre de 2011 que consulta por síndrome febril prolongado, absceso hepático, drenado en forma percutánea, se observó persistencia de prótesis colocadas en 2003 y 2004. Se cita para extracción de los stent, donde se observó la desaparición de la estenosis biliar.

CONCLUSIÓN: a pesar de los múltiples reportes que muestran que el promedio de permeabilidad es de 4-6 meses, existen excepciones representadas en este caso donde además se observó resolución de la estenosis.

EV-013**HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA DE CAUSA INFRECUENTE**

F Yañez, S Salomone, M Paez, P Alcaraz, S Block
CEDIM - MENDOZA, Argentina.

Descripcion: Paciente de 25 años de sexo femenino que consulta por hemorragia digestiva baja.

Objetivo: Descripción de causa de Hemorragia digestiva Baja poco frecuente en paciente joven.

Metodología: Se realiza Video-Colonoscopía y se observa en Recto proximal hacia pared posterior lesión elevada de 20 mm de aspecto subepitelial. Resto sin lesiones.

Se realiza Eco-Endoscopia diagnóstica y se observa lesión originada a nivel de capa submucosa de 20 mm.

Posteriormente se realiza resección endoscópica con técnica de mucosectomía y cierre con clips metálicos.

Diagnostico: Hemorragia Digestiva Baja originada de Tumor Carcinoma de Recto

EV-014

TRATAMIENTO PALIATIVO ENDOSCÓPICO EN CÁNCER DE PÁNCREAS

ML Garbi, J Epele, M Yantorno, F Baldoni, A Villaverde, A Bernedo, N Chopita, S Esteves, ES Bianchi
HIGA San Martín de La Plata, Argentina.

Introducción: El cáncer de páncreas ha mostrado un aumento de la incidencia en los últimos años. La mayoría de estos pacientes son diagnosticados en etapas avanzadas de la enfermedad, por lo que el tratamiento paliativo es de fundamental importancia. En las últimas décadas las terapias endoscópicas se han transformado en una herramienta útil en el tratamiento paliativo de las complicaciones asociadas al cáncer de páncreas.

Objetivos: Presentar un caso clínico que demuestre la utilidad del tratamiento paliativo endoscópico en el cáncer de páncreas avanzado.

Paciente y métodos: Masculino, de 53 años, tabaquista, sin otros antecedentes personales ni familiares de relevancia. Consulta por dolor periumbilical, de 3 meses de evolución, decaimiento y pérdida de peso no significativa. En los últimos días agrega ictericia, prurito.

Al examen físico presenta buen estado general. Ictericia y lesiones por rascado. No se palpan tumoraciones ni visceromegalias. Leve dolor a la palpación profunda periumbilical.

Se realizan análisis de laboratorio que presentan patrón de colestasis, con aumento de bilirrubina y estudios imagenológicos que evidencian lesión de 3 cm en topografía de cabeza de páncreas.

Se decide drenaje endoscópico de la vía biliar. Se coloca prótesis plástica de 10 F.

Se realiza ecoendoscopia para estadificación loco-regional y toma de muestra citológica. Se llega al diagnóstico de Adenocarcinoma de páncreas, borderline reseccable.

El paciente comienza quimioterapia neoadyuvante. Presenta progresión de la enfermedad intratratamiento. Se niega a continuar con el tratamiento oncológico y a una intervención quirúrgica de cualquier tipo. Requiere uso de altas dosis de opioides para control de dolor. Acepta la posibilidad de realizar tratamiento paliativo endoscópico.

Se coloca prótesis autoexpandible de nitinol sin cobertura en la vía biliar, se realiza gastroenteroanastomosis con magnetos y neurolisis del plexo celíaco guiada por ecoendoscopia.

Resultado: El paciente evolucionó con resolución de la colestasis y mejoría del cuadro de obstrucción del tracto de salida gástrico. Logró control de dolor sin requerimiento de opioides. El paciente óbito a los 4 meses de iniciado el tratamiento endoscópico.

Conclusión: La terapia endoscópica paliativa es una herramienta fundamental en el manejo de los pacientes con cáncer de páncreas irreseccable. Sus fronteras se encuentran en permanente expansión.

La colocación de prótesis en la vía biliar es la terapia de elección para el drenaje de la misma en estos pacientes, dependiendo la elección del material de la expectativa de vida del paciente al momento del procedimiento.

La neurolisis del plexo celíaco ha demostrado ser efectiva en el tratamiento del dolor, siendo la opción guiada por ecoendoscopia una forma segura.

La gastroenteroanastomosis con magnetos es una opción para los pacientes con obstrucción del tracto de salida que ha demostrado ser efectiva.

EV-016

AMPULECTOMÍA ENDOSCÓPICA, PRESENTACIÓN DE UN CASO

J Adi, A Torres, D La Salvia, C Viñuela, S Salomone, C Milutin
Hospital Lagomaggiore, Argentina.

INTRODUCCIÓN: Los adenomas que involucran a la papila mayor están siendo más conocidos en gran medida por el auge del uso de la endoscopia alta, al ser éstos considerados premalignos, deben ser reseccados. El manejo quirúrgico acarrea mayores complicaciones, la papilectomía endoscópica resulta como una alternativa a la cirugía, con una baja tasa de complicaciones, aunque su técnica aun no ha sido estandarizada. Las complicaciones por este método más frecuentes son la pancreatitis, colangitis, hemorragia y estenosis papilares. La colocación de prótesis pancreática reduce el riesgo de pancreatitis, siendo la resección en block fundamental para evitar la recurrencia y un mejor análisis de la lesión.

OBJETIVO: Presentación de un paciente con adenoma de papila al cual se le realiza papilectomía endoscópica y colocación de stent pancreático.

MATERIAL: Paciente de 55 años de edad que ingresó a nuestro nosocomio por episodio de HDA en 2010. Se realizó endoscopia digestiva alta en donde se diagnosticó úlcera gástrica y lesión de aspecto adenomatoso de la papila la cual se confirma por histología. El paciente reingresa por nuevo episodio de HDA, en donde se constata nuevamente la lesión descrita con anterioridad. Se realiza ecoendoscopia que muestra lesión que compromete hasta la submucosa, por lo cual se decide realización de CPRE y ampulectomía con colocación de stent pancreático. Al ingresar con duodenoscopia, se observa lesión vegetante sin poderse canular vía biliar ni conducto de Wirsung por encontrarse borrado el poro papilar. Se procede luego a inyectar la base de la lesión con solución fisiológica logrando un buen lifting de la misma, se atrapa con asa y se procede a su resección usando corriente blend, con buena hemostasia y envío de la muestra para anatomía patológica. Posteriormente se canula Wirsung donde se deja prótesis de 5 Fr; no se logra canular vía biliar aunque se aprecia salida de bilis. El paciente permaneció internado con buena evolución y al quinto día se retiró stent pancreático. La anatomía patológica mostró lesión adenomatosa con displasia de bajo grado con resección completa.

CONCLUSIÓN: La resección endoscópica es efectiva para el tratamiento de las lesiones ampulares.

EV-015

DRENAJE Y NECROSECTOMIA TRANSGÁSTRICA ENDOSCÓPICA EN PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO INFECTADO

AR Galarza, J Sanchez de Loria, M Kalousek, S Schiavone, J Pavlovski
Santojanni, Argentina.

Introducción:

Durante mucho tiempo el tratamiento de elección de la necrosis pancreática infectada o el pseudoquiste pancreático con contenido de necrosis en su interior ha sido a través de la necrosectomía abierta. La realización de esta conlleva la precipitación de una gran respuesta inflamatoria, asociada a falla multiorgánica, elevada tasa de complicaciones y mortalidad. A Partir de la década de los '90 se han ido implementando nuevos métodos como necrosectomía por cirugía laparoscópica, drenaje percutáneo, necrosectomía video asistida retroperitoneal y necrosectomía transgástrica endoscópica. La combinación de estos métodos y avances en diagnóstico por imágenes así como el manejo de paciente en cuidados intensivos ha reducido notablemente la tasa de morbimortalidad.

Objetivo:

Presentar un caso clínico (video) de drenaje y necrosectomía transgástrica endoscópica en un paciente con pseudoquiste pancreático infectado.

Materiales y Métodos:

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 19 años de edad con antecedentes de obesidad mórbida, internada en unidad de cuidados intensivos. Con diagnóstico de pseudoquiste y necrosis pancreática por tomografía axial computada. Colocación de Drenaje transgástrico nasobiliar por vía endoscópica y posterior colocación de stent metálico recubierto autoexpandible.

Resultados:

El procedimiento no mostro complicaciones, presentando la paciente una evolución satisfactoria.

Conclusión: En pacientes con presencia de pseudoquiste infectado y necrosis pancreática la necrosectomía endoscópica transgástrica resulta un método terapéutico eficaz con baja tasa de respuesta inflamatoria y complicaciones.

EV-017

DIEULAFUY ILEAL: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO COMPLEJO.

D Balderramo, A Benavides, M Higa, S Bertola

Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Hospital Privado, Centro Médico de Córdoba, Argentina., Argentina.

Introducción:

El íleon distal es una localización poco frecuente de la hemorragia digestiva baja asociada a lesión vascular tipo Dieulafoy. El diagnóstico y tratamiento endoscópico de estas lesiones puede requerir varias procedimientos combinando diferentes técnicas hemostáticas.

Caso Clínico y Endoscopia:

Hombre de 58 años internado por hematoquecia activa con requerimiento transfusional (2 concentrados de hemáties). Se realizó gastroscopia que mostró antritis erosiva y colonoscopia con ileoscopia distal que fue normal. Debido a la estabilidad hemodinámica y ausencia de recidiva clínica se indicó alta médica con omeprazol y hierro. Tres semanas posteriores presenta nuevo episodio de hematoquecia con inestabilidad hemodinámica requiriendo la transfusión de 4 concentrados de hemáties con posterior mejoría hemodinámica. Se realizó una gastroscopia que fue normal. Posteriormente se realizó una colonoscopia, donde se evidenciaron restos hemáticos en ciego y colon ascendente sin lesiones subyacentes. Se realizó ileoscopia distal encontrando restos hemáticos frescos y posterior a múltiples lavados se evidenció un punto sobrelevado de hemorragia activa pulsátil a 15cm de la válvula ileocecal, con mucosa plana y de aspecto normal a su alrededor, hallazgos sugestivos de lesión vascular tipo Dieulafoy. Se realizó inicialmente tratamiento con Argón beam (30 W) y sonda bipolar, persistiendo babeo de bajo débito, por lo que se completó tratamiento endoscópico con hemoclip, obteniendo finalmente la hemostasia.

Comentario:

La lesión de tipo Dieulafoy ileal con presentación subaguda en forma de hematoquecia es infrecuente. El diagnóstico de la misma puede requerir la repetición de múltiples procedimientos endoscópicos y el lavado cuidadoso en zonas con restos hemáticos. En casos de hemorragia de gran relevancia puede ser necesaria la arteriografía. Como se ilustra en este caso, el tratamiento endoscópico definitivo se realizó con clip hemostático, tras el fracaso de otros métodos terapéuticos.

EV-018**ENTEROSCOPIA CON SIMPLE BALON EN PACIENTES PEDIATRICOS CON SINDROME DE PEUTZ JEGHERZ**

M Villarreal1, M Contreras1 2, D Cimmino2

1 Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", Argentina. 2 Hospital Aleman., Argentina.

Introducción: El síndrome de Peutz-Jegher es una enfermedad autosómica dominante, causada por mutación de la línea germinal del gen *STK11/lkb1* (19p13.3). Su manifestación clínica se caracteriza por lesiones hiperpigmentadas en mucosa oral asociado con pólipos hamartomatosos en el tracto digestivo. El seguimiento de los pacientes con síndrome de Peutz-Jegher tiene dos objetivos principales, uno es reducir la carga de pólipos en el tracto digestivo y la probabilidad de complicaciones relacionadas con la invaginación intestinal, en particular en pacientes jóvenes, y el segundo propósito es la de vigilancia ante el cáncer en las personas con síndrome de Peutz-Jegher.

Decidimos mostrar a la comunidad médica, la utilidad de la enteroscopia con simple balón, para el diagnóstico y tratamiento de pólipos gigantes en dos casos pediátricos con síndrome de Peutz-Jegher.

Métodos: Presentación de dos casos clínicos pediátricos, dentro su seguimiento gastroenterológico se constata por medio de capsula endoscópica la presencia de pólipos en intestino medio: Se uso enteroscopio con simple balón (Olympus SIF Q 180), los pólipos fueron extraídos con éxito, no presentando ninguna complicación a corto y mediano plazo, siendo muy bien tolerado el estudio.

Conclusiones: La enteroscopia con simple balón en pacientes en edad pediátrica, es un procedimiento terapéutico seguro, eficaz, demostrando alto rendimiento y adecuada intervención terapéutica en pacientes con patología en intestino medio. Siendo una opción profiláctica, evitando cirugías innecesarias o de urgencia.

EPD-002**VALOR DE LA VEDA PREOPERATORIA EN PACIENTES CON INDICACION DE CIRUGIA BARIATRICA.**E Promenzio, F Ragone, J De Maria, M Guidi, H Nieves, I Malaga, R Matano
Servicio de Gastroenterología Hospital El Cruce, Argentina.

INTRODUCCION:La utilidad de la VEDA en los pacientes (p) candidatos a cirugía bariátrica es la detección de lesiones que puedan modificar la estrategia quirúrgica o causar complicaciones o síntomas post quirúrgicos. Algunos estudios demostraron que los hallazgos endoscópicos modificaron la táctica quirúrgica, y que gran porcentaje de estos pacientes eran asintomáticos. Las guías americanas recomiendan la VEDA en pacientes que serán sometidos a by pass o banda gástrica y en los sintomáticos y las europeas la recomiendan independientemente de los síntomas.

OBJETIVOS: Describir los hallazgos endoscópicos en los p candidatos a cirugía bariátrica y evaluar si estos modificarían la estrategia quirúrgica. Analizar la tasa de infección y erradicación de *Helicobacter Pylori* (HP) y su relación con complicaciones postquirúrgicas.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, unientrico, donde se incluyeron 54 p recibidos para VEDA pre cirugía bariátrica entre 2/2011 y 6/2012. Se recolectaron datos demográficos (sexo y edad) y clínicos (IMC, presencia de síntomas). Se consignó el diagnóstico endoscópico y se tomaron biopsias de antro/cuerpo para HP. En todos se realizó erradicación y en los que tuvieron control endoscópico se tomaron biopsias para control. En los pacientes operados se registro el tipo de cirugía y complicaciones inmediatas.

RESULTADOS: Se realizaron 73 VEDA en 54 pacientes. La edad promedio fue de 44,8 años y el 88,8 % fueron mujeres. El IMC promedio fue de 49,7. El 55,5 % eran asintomáticos, el 27,8 % presentaban síntomas de ERGE y el 16,7 % refería epigastria.

El 21,9 % de las VEDA fueron normales, el 23,3 % mostró H. hiatal y el 34,3 % gastropatía. Todas las hernias fueron pequeñas y sin indicación quirúrgica.

En el restante 20,5 % hubo 4 U. pépticas (5,5 %), 4 Esofagitis (5,5 %), 3 E. de Barret (3,9 %), 1 adenocarcinoma gástrico, 1 ampuloma, 1 candidiasis esofágica, 1 pólipo gástrico (1,4 % cada uno)

En el 10,95 % la VEDA modificó o retrasó el manejo quirúrgico. En los 4 p con U. péptica se realizó tratamiento médico/erradicación y se constató endoscópicamente la curación. El p con candidiasis se trató con fluconazol (7 días), y los p con pólipo gástrico (hiperplásico) y ampuloma (adenoma tubular con DBG) se resolvieron por endoscopia. La paciente con adenocarcinoma gástrico fue sometida a gastrectomía.

La tasa de infección por HP fue del 64,8 %. En los 15 p con VEDA control se observó una tasa de erradicación del 66,6 %.

En los 19 p operados se realizó una gastrectomía vertical restrictiva. Un p presentó como complicación una infección de partes blandas. Al momento de la cirugía 10 p eran HP (-) y los otros 9 no tenían control de erradicación.

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia inicial, la VEDA fue una herramienta diagnóstica útil en la evaluación prequirúrgica ya que modificó los tiempos o la táctica quirúrgica. Si bien la tasa de infección y de erradicación de HP fueron menores a las reportadas en otros trabajos, esto no se relacionó con complicaciones postquirúrgicas.

EPD-001**SE LOGRA LA DESINFECCIÓN DE LOS ENDOSCOPIOS CON LA INMERSIÓN EN AGUA ELECTROACTIVADA**D Weinstock, E Pintos, N Pochtzer, A Zapata, R Ferreyra, V Fucile
Hospital A. Posadas, Bs As, Argentina.

Es sabida la necesidad de desinfectar los endoscopios para prevenir la transmisión de infecciones y brindar seguridad y calidad al paciente que requiere estudios endoscópicos. El glutaraldehído 2%, el desinfectante más usado, es irritante, necesita ventilación y su tiempo de contacto mínimo ocasiona retrasos mayores a 30' entre cada estudio.

Esto repercute en una tardanza en los diagnósticos y tratamientos de los pacientes con patología gastrointestinal en las instituciones con gran demanda poblacional y escasa cantidad de endoscopios. El agua electroactivada (ECA) es una solución de ácido hipocloroso 320-400 ppm, hipoclorito de sodio 80/100 ppm, cloruro de sodio 0,26% con pH 6,5-7,5 y potencial redox > 800 mV que logra la eliminación de esporas bacterianas, o sea esterilización, a los 15' de inmersión. En la Argentina se inició su comercialización recientemente. Es una solución neutra, no corrosiva, no tinte ni decolora tejidos.

Objetivo:

Evaluar si existe desarrollo de *Mycobacterium fortitum* luego de la limpieza y desinfección de endoscopios con agua electroactivada

Material y métodos:

La empresa que comercializa el producto donó sus muestras. Se realizó prueba de compatibilidad con endoscopios Pentax® en el Instituto Nacional de Tecnología Industrial

La prueba de desinfección se efectuó en agosto 2011; en el laboratorio de microbiología de la institución donde se realizó este trabajo se confeccionó una mezcla contaminante con una cepa de *Mycobacterium fortitum* proveniente del Instituto Malbran obteniendo una concentración final de 10.4. Se contaminaron cuatro videoendoscopios Pentax (dos videocolonoscopios, un videogastroscopio, un videooduodenoscopio) y un fibroscopio. Se realizaron 10 determinaciones, cinco con limpieza previa utilizando detergente enzimático y las otras cinco utilizando detergente de uso doméstico de calidad segura. Se cuantificó el recuento de colonias después de la limpieza sistematizada y la inmersión durante 15' en ECA

Las soluciones post descontaminación fueron cultivadas en medio líquido (MGIT) y medio sólido (Lowenstein Jensen) e incubadas durante 45 y 60 días respectivamente.

Resultados:

No se obtuvo desarrollo micobacteriano en las soluciones 1,2,3,5,6,7,8,9,10, con ambos métodos

Sólo una, la solución 4 se contaminó con gérmenes comunes por lo cual no se pudo evaluar.

Análisis estadístico:

Estudio observacional descriptivo.

Discusión:

Sumergimos durante 15' debido a que el fabricante no especifica el tiempo necesario para desinfección de alto nivel (DAN). Menciona que en dicho tiempo se logra la esterilización, necesaria para reprocessar el material accesorio pero no indispensable para el reprocessamiento del endoscopio. Si bien es atractivo poder esterilizar el material accesorio en 15' habría que determinar el tiempo necesario para lograr DAN que supuestamente podría ser menor y disminuiría los tiempos de espera

Conclusión:

1-Se logró la desinfección de endoscopios en 15'. Futuros trabajos determinarán el tiempo necesario para DAN

2-Resulta atractivo disponer de un esterilizante rápido para reprocessar el material accesorio

EPD-003**IMPACTO DEL ENTRENAMIENTO ENDOSCOPICO EN LA TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS COLONICOS**JS Lasa, R Moore, AD Peralta, G Dima, MR Arguello, LO Soifer
Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC, Argentina.

INTRODUCCION: Se han postulado distintas variables que constituyen indicadores de calidad en colonoscopia (VCC), asociadas a una mayor probabilidad de detección de adenomas. Existe poca evidencia respecto al impacto que tiene el aprendizaje de la técnica endoscópica sobre los estándares de calidad de la VCC como técnica de pesquisa.

OBJETIVO: Analizar si el acto de enseñanza endoscópica influye en la calidad de VCC, comparando la tasa de detección de pólipos y de adenomas entre las VCC realizadas por endoscopistas en formación supervisados por un endoscopista entrenado versus aquellas realizadas sólo por los mismos endoscopistas entrenados.

MATERIALES Y METODOS: Se examinaron las VCC comprendidas entre enero y diciembre del 2011 en nuestro servicio. Durante dicho intervalo de tiempo, tres médicos recibieron entrenamiento por parte de cuatro endoscopistas entrenados. Se incluyeron para su análisis las VCC realizadas por los médicos en entrenamiento bajo la supervisión de los endoscopistas entrenados. A su vez, se incluyeron las VCC realizadas durante el mismo intervalo sólo por dichos endoscopistas entrenados. Se consignaron las variables demográficas de los pacientes incluidos, así como los siguientes datos: motivo de realización de colonoscopia, intubación cecal, limpieza colónica, presencia, número y morfología de pólipos, presencia y tipo histológico de adenomas. Se compararon la tasa de detección de pólipos y de adenomas entre los grupos comparados. Se calcularon los Odds Ratio con sus intervalos de confianza del 95% correspondientes. Se realizó análisis univariado y multivariado de tipo regresión logística. Se consideró como significativo un valor de p menor a 0.05.

RESULTADOS: Se incluyeron 296 VCC realizadas por un endoscopista en formación bajo supervisión de un endoscopista entrenado y 347 VCC realizadas sólo por los mismos endoscopistas entrenados. En la tabla 1 se resumen los hallazgos de los estudios comparados. No encontramos diferencias significativas en la tasa de detección de pólipos ni de adenomas [26% vs 23%, OR 1.17 (0.81-1.68), p 0.4]. La diferencia permaneció no significativa al ajustar por motivo de realización, edad, sexo y limpieza colónica [28.1% vs 23.15%, OR 1.31 (0.87-1.97), p 0.2].

CONCLUSION: el proceso de enseñanza de la técnica de VCC no modifica la tasa de detección de pólipos y adenomas. Por lo tanto, no tendría un impacto negativo en los estándares de calidad en VCC.

	VCC con fellow presente (n= 296)	VCC sin fellow presente (n= 347)	OR (IC 95%)	P
Intubación cecal (%)	98.3	97.7		0.8
Preparación adecuada (%)	68.8	66.74		0.001
Tasa de detección de pólipos (%)	34.46	31.12	1.16 (0.83-1.62)	0.4
Tasa de detección de adenomas (%)	26	23	1.16 (0.83-1.61)	0.4

EPD-004**ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE DOS PRODUCTOS PARA LIMPIEZA COLONICA: POLIETILENGLICOL 3350 (2 LITROS) ASOCIADO A 20 MG DE BISACODILO VS CITRATO DE MAGNESIO ASOCIADO A BISACODILO 30 MG.**

M D' Alessandro, C Cádiz, A Tobío, V Valcarce, L Manzotti, P Rodríguez, C Torrieri, MC Bolino, C Cerisoli, L Caro
Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica, Argentina.

Introducción: La colonoscopia es el procedimiento diagnóstico y terapéutico de elección para la detección de lesiones colónicas. Si la limpieza es inadecuada, el ríto diagnóstico, disminuye. La preparación ideal es aquella fácil de administrar, segura y efectiva. Las más utilizadas son polietilenglicol (PEG) y los fosfatos. No obstante el volumen a ingerir y/o los eventos adversos son aún limitaciones descriptas para ambas preparaciones; así, la combinación de citrato de magnesio y bisacodilo parecería ser una alternativa. **Objetivos:** 1. Determinar si la tolerancia es > con PEG + bisacodilo que con Citrato de Magnesio + bisacodilo. 2. Determinar si existen diferencias en la limpieza según ambas preparaciones. **Materiales y método:** Se incluyeron adultos de ambos sexos, derivados para VCC programada. Se excluyeron pacientes con estudio incompleta del colon, cirugías colónicas, contraindicaciones para los principios activos, que no podían cumplir con protocolo o sin consentimiento informado. El estudio se realizó en un centro de endoscopia entre agosto de 2011 y junio de 2012. **Diseño:** prospectivo, ciego para endoscopista, de comparación, experimental y transversal. Los pacientes fueron aleatorizados en dos grupos: G1 (PEG + bisacodilo) y G2 (Citrato + bisacodilo). Se consideró tolerancia a la ingesta de >50%. La limpieza colónica fue medida con la escala de Boston. Las VCC fueron realizadas con equipos Olympus, bajo sedación y por endoscopistas experimentados. **Reparos éticos:** el protocolo fue aprobado por el Comité de Bioética de la Institución. **Análisis estadístico:** paquete estadístico Medcalc 9.1 y Vcstat 2.0. **Tests:** Chi cuadrado y student. **Resultados:** Se incluyeron 80 pacientes. 39/80 (49%) en G1 y 41/80 (51%) en G2. Predominó el sexo femenino (64 vs 80%) en ambos grupos sin diferencias estadísticamente significativas (P = 0,1645). La edad promedio de G1 fue 51 años, y de G2 45 años, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (P = 0,0197). 1. Tolerancia: ambos grupos toleraron las preparaciones (G1:82% vs G2: 93%) sin diferencias estadísticamente significativas (P: 0,0918). Sin embargo discontinuaron más los pacientes de G 1(19%) que los del G 2(0%) en forma estadísticamente significativa (p: 0,0126) pero esto no fue debido a la edad. Respecto al "sabor" se observó que ambas tenían sabor "tolerable" (G1: 37% vs G2:65%) no habiendo diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos (P=0,66). Los eventos adversos se reportaron en 40% en ambos grupos, siendo las náuseas las más frecuentes. 2. Limpieza colónica: No se observó diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de Boston de ambos grupos (Grupo 1: 8 y G2:7); (p: 0.30). **Conclusiones:** En nuestra serie ambos productos fueron igualmente bien tolerados, aunque el PEG fue discontinuado más frecuentemente. Respecto a la limpieza, ambos productos fueron igualmente efectivos. No obstante se necesitaría aumentar el tamaño muestral en ambos grupos para establecer conclusiones definitivas respecto de la tolerancia de las preparaciones.

EPD-006**DETECCIÓN DE PÓLIPOS/ LESIONES AVANZADAS Y ADENOCARCINOMA EN PACIENTES ENTRE 45 Y 49 AÑOS.**

L Caro, L Correa, MC Bolino, S Canseco, C Cerisoli
Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica, Argentina.

El cáncer colon rectal (CCR) es prevenible y curable si se diagnostica precozmente. La colonoscopia es el procedimiento de primera línea para el rastreo a partir de los 50 años. En 2002, Imperiali objetivó que la pesquisa en individuos entre 40 y 49 años evidenció adenomas y lesiones avanzadas en 8.5% y 3.5%, respectivamente. No obstante aún no existen recomendaciones para el rastreo en esta población. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de pólipos, adenomas, adenomas avanzados y adenocarcinoma entre 45 y 49 años. **Materiales y método:** Se incluyeron adultos de ambos sexos entre 45 y 49 años que realizaron VCC por síntomas gastrointestinales y/o signos de alarma de causa no aclarada. Se excluyeron pacientes con alto riesgo para CCR, VCC incompleta o evidencia directa de tumor colónico en imágenes previas. El estudio se realizó en un centro de gastroenterología entre setiembre de 2010 y octubre de 2011. **Diseño:** descriptivo, prospectivo, observacional y transversal. La limpieza colónica se realizó con Polietilenglicol (PEG) o fosfatos, con o sin bisacodilo. Las VCC se realizaron bajo sedación con equipos Olympus. Las biopsias fueron evaluadas por patólogos experimentados. Se estimó prevalencia de pólipos, adenomas, adenomas avanzados (≥ 10 mm, con componente vellosos o con displasia de alto grado (DAG)) y adenocarcinoma. Se registró la indicación de VCC. El protocolo fue aprobado el Comité de Bioética Institucional. **Análisis estadístico:** VCCstat 2.0. IC 95%. **Resultados:** Se evaluaron 814 pacientes. Se incluyeron 764. 57% (440/764) eran mujeres; la edad promedio fue 47 años. 1.a) La prevalencia de pólipos fue de 160/764 (20% IC 95 18- 24); en mujeres fue 71/440 (16% IC 95 13-20) y en varones fue 89/324 (27% IC 95 22-32). 1.b) La prevalencia de adenomas fue 107/764 (14% IC 95 11-16%); en varones fue 59/324 (18% IC 95 14-22) y en mujeres fue 48/440 (11% IC 95 8- 14); 1.c) La prevalencia de adenomas avanzados fue 39/764 (5% IC 95 4-7) (Tabla 1) y de adenocarcinoma fue 2/764 (0,1% IC 95 0-0,7). Las indicaciones más frecuentes fueron proctorragia, dolor abdominal y alteración del ritmo evacuatorio. **Conclusiones:** La prevalencia de las lesiones evaluadas en esta población es inferior a individuos con riesgo standard > de 50 años, similar a lo reportado internacionalmente. Por el momento, entendemos que no habría evidencia para indicar el rastreo de CCR en esta población. Investigaciones sobre factores metabólicos y epidemiológicos en individuos jóvenes son necesarios para evaluar el comportamiento biológico del CCR en esta población.

Tabla 1: Adenomas avanzados

Criterios (algunos co existen en un mismo paciente)	n	%
Componente vellosos	11	28
>1 cm	16	41
DAG	7	18
Componente vellosos+ >1 cm	14	36

EPD-005**AUMENTO DE LA TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORÍA EN LA CALIDAD DE LA COLONOSCOPIA.**

L Di Paola, F Cassella, A Wonaga, G Arnao Dellamea, R Ubeira Salim, JL Fernández, L Viola
Centro Integral de Gastroenterología, Buenos Aires, Argentina.

Introducción. En los últimos años se ha puesto énfasis en la necesidad de que los servicios de endoscopia tomen medidas destinadas a mejorar la calidad de los estudios y evalúen sus resultados. **Objetivo.** Determinar si un programa de mejoría en la calidad de la colonoscopia implementado en nuestro centro se reflejó en la tasa de detección de neoplasias (adenomas y/o carcinomas). **Pacientes y métodos.** De mayo de 2009 a marzo de 2010 evaluamos prospectivamente 1.573 colonoscopias consecutivas (grupo 1). Al cabo de este período implementamos un plan de mejoría en la calidad que consistió en instruir a los pacientes para la preparación e instruir a los endoscopistas para la realización del estudio (llegada a ciego, tiempo de retirada mayor de 6 minutos) y la confección del informe (motivo de la colonoscopia, limpieza del colon en base a la escala de Boston, documentación adecuada del sitio alcanzado). Luego, entre febrero de 2011 y enero de 2012, evaluamos prospectivamente otras 1.583 colonoscopias consecutivas (grupo 2). Para ver la homogeneidad de ambos grupos comparamos la edad promedio, el sexo y el número de endoscopias realizadas por screening, incluyendo riesgo alto (antecedentes familiares de cáncer de colon) y promedio. Como outcomes consideramos el porcentaje de llegada a ciego debidamente documentado en el informe y las tasas de detección de neoplasias, adenomas de alto riesgo (> 1 cm, vellosos, túbulo-vellosos, serratos y/o con displasia de alto grado), carcinomas, adenomas de colon derecho y adenomas detectados en screening. Comparamos estadísticamente las variables dicotómicas con la prueba de chi cuadrado y las variables continuas con la prueba de t de Student, considerando significativa una P < 0,05. **Resultados.** La edad promedio fue 57,29+12,01 años en el grupo 1 y 56,83+11,64 años en el grupo 2 (P = 0,27). Eran hombres 728 (46,3%) pacientes del grupo 1 y 780 (49,3%) del grupo 2 (P = 0,10). En 854 casos del grupo 1 (54,3%) y 833 del grupo 2 (52,6%) la endoscopia se hizo por screening (P = 0,37). Se documentó la llegada a ciego en 1.384 casos del grupo 1 (88,0%) (no se consignó en el informe el sitio alcanzado en 92 casos) y en 1.534 del grupo 2 (96,9%) (P < 0,0001). Las respectivas tasas de detección en el grupo 1 y 2 fueron: neoplasias 288 (18,3%) y 427 (27,0%) (P < 0,0001), adenomas de alto riesgo 76 (4,8%) y 142 (9,0%) (P < 0,0001), carcinomas 16 (1,0%) y 21 (1,3%) (P = 0,52), adenomas de colon derecho 112 (7,1%) y 154 (9,7%) (P = 0,01) y adenomas en screening 141 (16,5%) y 233 (28,0%) (P < 0,0001). **Conclusiones.** La implementación de un plan de mejoría en la calidad de la colonoscopia permitió detectar un número significativamente mayor de neoplasias, incluidas las de alto riesgo y las de colon derecho. Debido al bajo número de casos, no hubo diferencias significativas en la tasa de detección de carcinomas.

EPD-007**ES POSIBLE IDENTIFICAR LA MUCOSA GÁSTRICA NORMAL E INFECTADA POR HELICOBACTER PYLORI, ASI COMO LA METAPLASIA INTES-TINAL GÁSTRICA UTILIZANDO ENDOSCOPIA CON NBI (NARROW BAND IMAGING O IMAGEN DE BANDA ESTRECHA) SIN MAGNIFICACIÓN: UN ESTUDIO PROSPECTIVO**

P Luna, L Pereyra, G Casas, JM Mella, A Mohaidle, R Gonzalez, S Pedreira, D Cimm-hospital, L Boerr
Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Existe poca información acerca de la capacidad de la endoscopia con NBI sin magnificación para predecir la existencia de infección por Helicobacter pylori (Hp) y la presencia de metaplasia intestinal gástrica (MIG). **Objetivo:** Evaluar la precisión del patrón mucoso gástrico observado con endoscopia con luz blanca y con NBI para determinar el status de Hp y la MIG. **Métodos:** Se incluyeron prospectivamente pacientes sometidos a endoscopia alta entre Julio y Septiembre de 2011. Se obtuvieron datos acerca de sexo, edad, síntomas, uso reciente de IBP y antibióticos, infección por Hp y su tratamiento, historia de úlcera péptica, historia personal y familiar de cáncer gástrico. Las endoscopias se realizaron con un equipo Olympus GIF H180. En cada estudio se evaluó sistemáticamente con luz blanca la presencia de diminutas líneas rojas en la mucosa del cuerpo, que representan a las vénulas colectoras. Luego dicha mucosa se examinó con NBI, y su apariencia se clasificó en tres tipos adaptados de estudios previos que usaron magnificación: 1) patrón de criptas redondas con presencia de vénulas colectoras y red capilar subepitelial visible con imagen en panel de abejas (asociado a ausencia de Hp en otros estudios), 2) criptas redondas con ausencia de vénulas y 3) criptas irregulares y alargadas sin vénulas colectoras (mayormente asociadas a infección por Hp). La presencia de Hp se investigó en biopsias de cuerpo y antro con tinción con HE y Giemsa. Áreas elevadas y/o parches de mucosa blanquecina con patrón mucoso rugoso o vellosos observadas con NBI se biopsiaron para investigar la presencia de MIG. Se calcularon sensibilidad (S), especificidad (E), coeficiente de probabilidad positiva (CPP) y negativa (CPN) de cada patrón endoscópico para predecir el status de Hp y la presencia de MIG. **Resultados:** se incluyeron 72 pacientes, edad promedio 51,3 años (18-80), 38 fueron mujeres (53%), 20 (28%) Hp positivos por histología. Las indicaciones más frecuentes de estudio fueron epigastralgia y pirosis. 19 pacientes (26%) tomaban IBP, y 13 (18%) tenían intentos previos de erradicación. La visualización de vénulas con luz blanca mostró una S, E, CPP y CPN para predecir ausencia de Hp de 85% (65-96), 83% (75-87), 4,9 (2,6-9,3) and 0,18 (0,05-0,4) respectivamente, idénticos valores a los logrados por la observación de patrón tipo 1 con NBI. La observación de patrón 3 con NBI mostró una S, E, CPP y CPN de 25% (9-49), 100% (93-100), 27,7 (1,6-480) and 0,75 (0,58-0,96) respectivamente para predecir presencia de infección por Hp. Los 5 pacientes con sospecha endoscópica de MIG se confirmaron por histología, mientras que ningún paciente sin sospecha demostró MIG en biopsias al azar. **Conclusiones:** La visualización de vénulas con luz blanca fue tan efectiva como el patrón 1 con NBI para predecir ausencia de Hp, lo que resulta de utilidad en nuestra población de baja prevalencia de infección. Por otra parte el patrón 3 de NBI resultó una excelente herramienta para predecir la infección, y fue más útil que la ausencia de vénulas. El NBI fue de utilidad para detectar MIG.

MANEJO ENDOSCÓPICO Y SEGUIMIENTO DE LESIONES VASCULARES DEL TUBO DIGESTIVO

V Gonzalez, P Chavero, V Grillo, G Correa, M Yantorno, A Scarponi, F Tufare, M Sclarretta, N Chopita, A Villaverde
HIGA San Martín de La Plata, Argentina.

Introducción: Las lesiones vasculares del tracto gastrointestinal constituyen una causa importante de hemorragia digestiva. El seguimiento a largo plazo de estos pacientes ha sido pobremente evaluado.

Objetivo: Evaluar el impacto a largo plazo del tratamiento endoscópico, en pacientes con lesiones vasculares sintomáticas, mediante el requerimiento transfusional, número de sesiones requeridas, tasa de resangrado y complicaciones.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo que incluyó a 41 pacientes, de junio de 2010 a junio de 2012, con lesiones vasculares que presentaban anemia o hemorragia digestiva manifiesta: angiodisplasias, proctitis rídica, Rendu Osler, ectasia vascular gástrica antral y lesiones de Dielaufoy, quienes fueron tratados endoscópicamente con argón plasma o hemoclips. Se consignó en cada uno el método diagnóstico utilizado, el tipo de lesión encontrada, su localización y se las clasificó, dependiendo de la cantidad, en única (1), múltiples (2-10) y difusas (más de 10).

Luego del procedimiento terapéutico se realizó un seguimiento clínico, al mes, a los 3 meses, 6 meses y al año. En cada control se evaluó: la reaparición de sangrado, determinación de valores de hematocrito, número de sesiones requeridas, requerimiento transfusional posttratamiento y desarrollo de complicaciones. Para la comparación de variables categóricas entre los grupos de estudio se utilizó la prueba de χ^2 .

Resultados: Se evaluaron 41 pacientes, 21 varones y 20 mujeres, con una edad media de 65,41 años $\pm$ 9,88 (rango: 40-83 años), la forma de presentación más común fue hematoquezia (39%), la cual predominó en el sexo femenino (75%, $p=0,043$); seguido de hemorragia de origen oculto (29,3%), más frecuente en el sexo masculino (83,3%, $p=0,008$). El 51,2% de los pacientes requirió transfusión previa al tratamiento, con un promedio de hematocrito basal de $28,45\% \pm 8,12$ (rango: 12-45). Las lesiones vasculares más frecuentemente encontradas fueron angiodisplasias (65,9%), seguido de proctitis rídica (17,1%), Rendu Osler (7,3%), Dielaufoy (4,9%) y ectasia vascular gástrica antral (7,3%). En el 95% se realizó coagulación con argón plasma y en el 5% restante hemoclips. La media de sesiones requeridas fue de $2,76 \pm 2,40$ (rango: 1-12). El hematocrito promedio al mes fue de 31,2; a los 3 meses 34,6; a los 6 meses 36,1 y al año de 36,1. La tasa de resangrado fue del 41,5%, principalmente en lesiones difusas en un 64,7%, $p=0,02$ (angiodisplasias 54,7% seguido de proctitis rídica 29,7%, $p=0,04$), registrándose la mayor tasa en los primeros tres meses y con un requerimiento transfusional bajo (35,3%). No se observaron complicaciones.

Conclusiones: El tratamiento endoscópico de las lesiones vasculares del tubo digestivo se muestra seguro y efectivo. La variante difusa presenta una mayor tasa de resangrado estadísticamente significativa con respecto a las otras variantes, aunque con un mínimo impacto clínico. Un seguimiento clínico programado permite detectar en forma temprana signos de resangrado y lograr mejores niveles de hematocrito a largo plazo.

INDICACIONES DE VIDEOCOLONOSCOPIA COMO INDICADOR DE CALIDAD: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

MC Bolino, I Bancharo, C Sánchez, C Cerisoli, I Caro
Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica, Argentina.

La efectividad de la videocolonoscopía (VCC), método diagnóstico recomendado para la evaluación y tratamiento de los desórdenes colónicos, está determinada por la calidad del procedimiento. Diversos indicadores han sido seleccionados para su realización, siendo la indicación del procedimiento la que permite evitar estudios innecesarios. **Objetivos:** 1. Estimar la prevalencia de indicaciones apropiadas para realizar VCC según la ASGE. 2. Describir la distribución de frecuencias de las indicaciones de VCC diferentes de vigilancia post poliplectomía. **Materiales y método:** Se revisaron los informes de VCC realizadas en adultos de ambos sexos entre 18 y 74 años con diagnóstico de pólipos colónicos, en un centro ambulatorio de gastroenterología entre 2006 y 2009. **Evaluación incompleta del colon, alto riesgo para cáncer colorrectal (CCR), falta de indicación en los informes fueron criterios de exclusión.** **Diseño:** descriptivo, observacional, retrospectivo y, transversal. Las endoscopías se realizaron por endoscopistas entrenados, con equipos Olympus, bajo sedación. Las preparaciones utilizadas fueron Polietilenglicol (PEG) o fosfatos con o sin bisacodilo. Las indicaciones del estudio fueron categorizadas en "apropiadas" a las publicadas y aceptadas por la ASGE en 2000. Los pacientes que tenían > de una indicación fueron consideradas como "apropiadas" si al menos una de ellas estaba aceptada por la ASGE. Se consideraron "inapropiadas/ con indicación incierta" a aquellas no registradas en la lista. Esta sociedad considera como indicador de calidad a "Indicaciones inapropiadas" < a 20%. Los pacientes firmaron el Consentimiento Informado antes de realizar el estudio. **Análisis estadístico:** paquete estadístico VCCstat 2.0. Se estimaron IC 95%. **Resultados:** Se incluyeron 596 pacientes; 55,2% (329/596) eran varones. La edad promedio fue 57+- 10 años (rango 17-74). 7% (42/596) tenían más de una indicación para realizar VCC. 1. La prevalencia de indicaciones "apropiadas" para realizar VCC según la ASGE fue 553/596 (93%, IC 95 90-94); 43/596 (7% IC 95 5-10) fueron "inapropiadas/ inciertas". 2. Las indicaciones más prevalentes a excepción de vigilancia post poliplectomía en orden decreciente fueron: pesquisa de CCR en riesgo promedio 230/596 (39% IC 95 35-42), evaluación de sangrado digestivo de origen inexplicado 93/596 (15% IC 95 13-19), dolor abdominal 35/596 (6% IC 95 4-8), pesquisa por antecedentes familiares 19/596 (3,2% IC 95 2-5), anemia ferropénica de causa no explicada 17/596 (3% IC 95 2-5), diarrea de causa inexplicada 7/596 (1,2% IC 95 0,5-2,4). **Conclusiones:** En esta muestra, la mayoría de las indicaciones fueron "apropiadas" según las recomendaciones de la ASGE. Muchas de las categorizadas como "inapropiadas/ inciertas" corresponden a signos y/o síntomas o procedimientos que integrarían indicaciones apropiadas. La indicación tiene un rol esencial como guía al médico endoscopista para establecer un diagnóstico preciso.

MAGNETOS EN PEDIATRÍA: UN PROCEDIMIENTO CON FUTURO

R Ben, N Balcarce, V Bernedo, P Borobia, E Corfield, K Devigo, L Guzmán, N Luce-ro, S Miculan, G Nanfito, A Uhlir, C Zubiri, E Cueto Rúa
Hospital Sor María Ludovica, Argentina.

INTRODUCCIÓN

El uso de magnetos para crear una anastomosis intestinal sin suturas fue descrito hace más de 100 años. En pacientes pediátricos su uso fue comunicado por nuestro grupo en 2003 para la resolución de atresia de esófago. Posteriormente lo aplicamos en algunas estenosis esofágicas post quirúrgica y en anastomosis gastroentéricas.

OBJETIVO: Mostrar nuestra experiencia en el uso de esta técnica.

M Y M: Estos procedimientos realizaron con aprobación del comité de ética y consentimiento informado. Se utilizaron magnetos de Neodimio-hierro-boro de 12800 Gauss y de 6 a 14mm según la patología a tratar.

POBLACION: Entre 2001-2010 tratamos 12 pacientes agrupados.

A: (1-5 meses)

8 casos, excluido 1 por cabos distantes.

5 atresia de esófago Tipo I.

2 atresia Tipo III

B (30-40 meses)

1 atresia Tipo III reparada con tubo gástrico.

1 atresia Tipo I reparada con tubo gástrico.

C (5 años)

1 atresia Tipo I long-gap con estenosis recidivante.

D (7 años)

1 anastomosis gastro-duodenal por estenosis pilórica tumoral.

E (3 años)

1 estenosis colónica post quirúrgica por aganglionosis.

Procedimientos bajo anestesia y fluoroscopia.

RESULTADOS:

Las anastomosis se lograron

G-A: promedio 4.8 días (rango 2-7)

G-B promedio 5.5 días (rango 4-7);

Paciente C 8 días.

Paciente D 10 días.

Las complicaciones fueron estenosis manejadas exitosamente con dilataciones. En 1 paciente se realizó reanastomosis quirúrgica, en 3 Stent.

CONCLUSIÓN: La utilización de magnetos en algunos casos es una opción menos invasiva y con menor morbilidad. En el futuro el uso de magnetos de otra potencia y nuevos diseños nos permitirán mejores resultados.

PÓLIPOS SERRADOS: CARACTERIZACIÓN Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

M Donatelli1, J La Via2, R Pinasco2, O Torrico Paz2, S Marina3, M Carassai3, M Jaroslavsky4, A Puzzo3, S Regnasco2, E Saá2

1 Unidad de Gastroenterología, Hospital I. Pirovano - Sanatorio Las Lomas, Argentina.

2 Unidad de Gastroenterología, Hospital I. Pirovano, Argentina. 3 División Anatomía Patológica, Hospital I. Pirovano, Argentina. 4 División Anatomía Patológica, Sanatorio Las Lomas - Hospital I. Pirovano, Argentina.

Introducción:

Los Adenomas Serrados Sésiles (ASSs) son precursores putativos del cáncer colorrectal microsatélite-inestable; muchos expertos recomiendan manejar su tratamiento y seguimiento como si fueran adenomas clásicos; por eso es necesario diferenciarlos de lesiones serradas que podrían carecer de potencial maligno, como los pólipos hiperplásicos (PHs).

Objetivo:

Evaluar qué datos histológicos y clínico - endoscópicos pueden contribuir al diagnóstico diferencial de los pólipos serrados.

Material y métodos:

Se estudiaron retrospectivamente 32 lesiones de arquitectura serrada resecaadas endoscópicamente a 18 pacientes sometidos a videocolonoscopía (VCC). Se tomó en cuenta localización y tamaño de las lesiones, que una vez procesadas histológicamente por inclusión total, fueron evaluadas por cuatro patólogos mediante técnica histológica con Hematoxilina-Eosina (HE) y por inmunomarcación con Citoqueratina 20 (CK20), p53 y Ki67.

Resultados:

En base a los caracteres histológicos descriptos en la literatura, se clasificaron las lesiones en: PHs, ASSs, Adenomas Aserrados Tradicionales (AST) y lesiones mixtas (con componente de displasia adenomatosa clásica). Aquellas lesiones con caracteres intermedios entre un PH y un ASSs se denominaron Pólipos Aserrados Sésiles (PSSs). Con inmunohistoquímica se evaluó positividad de los anticuerpos y distribución a lo largo de las criptas -apical (AP), apico-lateral (AL), lateral, baso-lateral (BL), basal (BS), parcheado).

El tamaño de las lesiones varió entre 3 mm y 23 mm (media: 9mm); 6 se ubicaron en ciego (CG), 14 en colon ascendente (CA), 4 en colon transversal (CT), 4 en sigma (SG) y 4 en recto (RT).

En el examen con H-E, se identificaron 10 ASSs (5 en CA, 4 en CG y 1 en CT; tamaño 5 a 12mm, media: 10,2mm); 7 PHs (4 en RT, 1 en SG, 2 en CA; tamaño 3 a 6 mm, media: 4,28mm) 13 PSSs (7 en CA, 3 en CT, 2 en SG, 1 en CG; tamaño 6 a 13 mm, media: 9,48mm); 1 AST (localizado en SG, de 10mm), y un pólipo mixto de 10mm en CG, con sectores de ASS y de adenoma tubular (AT). En la inmunomarcación, el patrón de distribución de CK20 (AP y AL) y Ki67 (BS y BL) no varió perceptiblemente entre los ASSs, PSSs y PHs. El p53 fue más frecuentemente negativo entre los PHs (50%) y los PSSs (46%) que entre los ASSs (30%). El AST y el pólipo mixto ASS-AT mostraron un patrón inmunohistoquímico completamente diferente.

Conclusión:

La inmunohistoquímica no fue útil para diferenciar entre ASS, PSS y PH. La localización en el colon y tamaño endoscópico de las lesiones clasificadas como ASSs resultó semejante al de las clasificadas como PSSs, y difirió claramente de los PHs, sugiriendo que las clasificadas como PSSs podrían corresponder más probablemente al grupo de los ASSs. En concordancia con nuestros hallazgos, la bibliografía actual recomienda usar los caracteres histológicos asociados a la localización y tamaño endoscópico para clasificar las lesiones problemáticas. La mayor consistencia en el reconocimiento del ASS permitirá discriminar pacientes y lesiones con o sin riesgo de malignidad, asegurando un tratamiento y seguimiento adecuados.

EP-001

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO, EN INVASIÓN TUMORAL DE STENT GÁSTRO-DUODENAL.

H Imhof, A Pierini, L Pierini, E Gianinetti, E Burlando
Clínica de Nefrología, Urología y Enfermedades Cardiovasculares., Argentina.

INTRODUCCIÓN: La obstrucción gastro-duodenal maligna, se presenta en el 20 al 30 % de neoplasias primarias de: estómago, páncreas o duodeno. Más del 50 % de estos pacientes se presenta incurable al momento del diagnóstico.

La paliación endoscópica con endoprótesis, surge como la principal alternativa terapéutica.

La posterior oclusión tumoral de la prótesis es la principal complicación alejada. Su manejo representa un desafío, y las opciones terapéuticas estarán destinadas a brindar calidad de vida con mini-invasión.

OBJETIVO: Presentación de un caso clínico.

MATERIAL Y METODO: Diseño retrospectivo. Masculino de 64 años, con diagnóstico de Adenocarcinoma Gástrico de localización antro-pilórica, en Estadio IV. Es tratado en forma paliativa, con la colocación endoscópica de una prótesis metálica, tipo Wallflex.

A los 4 meses se realiza videogastroscofia, donde se constata una oclusión parcial del Stent por invasión tumoral del extremo proximal. Se re-permeabiliza mediante Ablación tumoral con Argón Plasma.

A los 5 meses del último procedimiento, se constata nueva colonización tumoral del Stent. Se realiza colocación de Stent sobre Stent con resultado satisfactorio.

CONCLUSIÓN: Las prótesis endoscópicas se han convertido en la primer opción terapéutica en la paliación de la obstrucción gastro-duodenal maligna irrecusable. Las complicaciones pueden ser tempranas o alejadas y se presentan entre el 15 al 25 % de los casos, la complicación alejada más frecuente es la invasión tumoral (10 %), las opciones terapéuticas van desde la cirugía, al tratamiento endoscópico de re-permeabilización con Argón Plasma o la colocación de Stent sobre Stent, la elección dependerá de la expectativa de vida y preferencia del paciente.

EP-003

COLITIS POR STRONGYLOIDES STERCOLARIS

M Panunto1, M Kohan1, C Cenoz2, G Orbe1, MC Soccini1, M Gold3, C Gimenez Villamil1

1 Servicio de Gastroenterología y Videoesoscopia Digestiva del Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento, Argentina. 2 Laboratorio de Anatomía Patológica, Argentina. 3 Servicio de Clínica Médica del Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento, Argentina.

Introducción

El *Strongyloides stercoralis* es un nematode de amplia distribución en áreas tropicales y subtropicales. La infestación crónica suele limitarse al duodeno y el yeyuno dando lugar a epigastralgia, diarrea y a veces, malabsorción. En ocasiones, por un mecanismo de autoinfección, las larvas pueden mudar a formas infectivas y penetrar en la mucosa colónica originando lesiones cuya severidad dependerá del estado inmunitario del huésped. En las biopsias endoscópicas suele observarse un intenso infiltrado inflamatorio en la lámina propia, compuesto predominantemente por eosinófilos. Estos hallazgos plantean el diagnóstico diferencial con la colitis eosinofílica, el síndrome hiper eosinofílico y ciertas situaciones de alergia alimentaria o a drogas. La localización histológica de las larvas es difícil y su identificación en materia fecal puede requerir el estudio de múltiples muestras.

Objetivo

Descripción de un caso de presentación infrecuente, destacando las características histológicas que orientaron el diagnóstico.

Caso clínico

Paciente varón de 67 años, proveniente de Corrientes, que se internó por presentar una diarrea acuosa de 40 días de evolución. Refería deposiciones explosivas en número de 3 o 4 por día sin sangre ni mucus y sin dolor abdominal. A los 15 días de iniciado el cuadro, presentó un rash eritematopapular no pruriginoso en ingles y abdomen asociado a 2 registros febriles, que se autolimitó en una semana. Registraba los siguientes antecedentes: HTA, FA crónica en tratamiento con anticoagulantes, apnea obstructiva del sueño y cirugía de by-pass gástrico por obesidad 5 años antes de la internación. Se lo encontró bien hidratado, afebril y compensado hemodinámicamente, sin alteraciones en el examen abdominal.

De los datos de laboratorio, el único hallazgo a destacar fue una leucocitosis de 17000/mm3 con 70% de eosinófilos. Los anticuerpos anti HIV resultaron negativos al igual que el coprocultivo y el examen parasitológico seriado en materia fecal.

La TAC de abdomen y pelvis resultó normal. En la VEDA se observó una pequeña hernia hiatal y la anastomosis gastroyeyunal amplia y permeable. En la VCC se describieron múltiples micronódulos de 1 a 2 mm, blanco amarillentos en todo el colon; la mucosa del íleon terminal resultó normal.

En la biopsia endoscópica del colon se observó el patrón glandular conservado y en la lámina propia, una criptitis focal con numerosos eosinófilos formando acúmulos pericripticos. Tales hallazgos reforzaron la necesidad de descartar una parasitosis. Se efectuaron nuevos estudios parasitológicos en materia fecal en los que se demostraron larvas de *Strongyloides stercoralis*.

El paciente recibió tratamiento con una única dosis oral de ivermectina 200 µg/kg de peso con desaparición de la diarrea en pocos días.

Conclusión

La colitis por *Strongyloides stercoralis* debe considerarse en el diagnóstico diferencial de los pacientes con diarrea prolongada y rash cutáneo, especialmente si se asocian con eosinofilia en la fórmula diferencial o se encuentra una colitis eosinofílica en las biopsias endoscópicas.

EP-002

CALIDAD EN COLONOSCOPIA: INDICACIÓN APROPIADA.

HE Bolzan, L De Mingo

Unidad de Endoscopia Digestiva. Hospital Municipal de Lincoln "Dr. Rubén Miravalle", Argentina.

1-Introducción: La colonoscopia es el método de referencia para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades colónicas y, fundamentalmente, para el cribado y la vigilancia del cáncer colorrectal. El aumento rápido y progresivo en el número de procedimientos realizados en los últimos años y los riesgos inherentes a este obligan a que se definan criterios de calidad para su indicación y su realización.

2-Objetivo: El objetivo fue evaluar la correcta indicación de las colonoscopias solicitadas de acuerdo con los criterios establecidos por el Panel Europeo de Pertinencia de Endoscopia Digestiva (PEPED II).

3-Pacientes y Método: 3-1-Pacientes: Se valoraron pacientes de ambos sexos con edades que oscilaron entre los 18 y 85 años sometidos a colonoscopia remitidos tanto desde atención primaria como especializada, en ámbito ambulatorio u hospitalario. Criterios de Inclusión: Indicación apropiada (Según Criterios PEPED II), colonoscopia completa y preparación correcta del colon. 3-2-Método: La indicación apropiada de la colonoscopia se realizó de acuerdo a la puntuación que se obtiene según los criterios establecidos por la guía del PEPED II. Diseño Experimental: Prospectivo, descriptivo y transversal.

4-Resultados: Ingresaron al estudio 265 pacientes de ambos sexos, cumplieron los criterios de inclusión 250. Las indicaciones apropiadas correspondieron a 194 pacientes (76.6 %), dentro de ellas las de mayor valor estadístico fueron hematoquecia, anemia y misceláneas; de las indicaciones inapropiadas correspondieron a la vigilancia después de la polipectomía colónica. Los profesionales con mayor cantidad de indicaciones inapropiadas correspondió a los Oncólogos. El hallazgo endoscópico más frecuente fueron los pólipos. El Cáncer Colorrectal, la Colitis Ulcerosa, la Angiodisplasia y la Estenosis de colon fueron las de mayor valor estadístico.

5-Conclusión: Los criterios establecidos por el PEPED II es una puntuación simple y validada para evaluar las indicaciones de la colonoscopia en la práctica clínica.

EP-004

COEXISTENCIA DE DISPLASIA FOVEOLAR GÁSTRICA Y DISPLASIA INTESTINAL DE ALTO GRADO EN ESÓFAGO DE BARRETT

C Cenoz1, C Gimenez Villamil2, M Kohan2, G Orbe2, M Panunto2, J Doweck3

1 Laboratorio de Anatomía Patológica, Argentina. 2 Servicio de Gastroenterología y Videoesoscopia Digestiva del Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento, Argentina. 3 Servicio de Gastroenterología de la Clínica Adventista Belgrano, Argentina.

Introducción

El epitelio de Barrett es un epitelio columnar metaplásico que resulta del RGE crónico. Su importancia radica en que es considerado una lesión preneoplásica. Dicho epitelio metaplásico contiene una combinación de distintos tipos celulares: células intestinales pseudoabsortivas, células calciformes y células foveolares gástricas. La secuencia metaplasia intestinal-displasia-cáncer está bien establecida. De hecho, las guías del American College of Gastroenterology recomiendan el seguimiento de los pacientes con esófago de Barrett sólo en aquellos con metaplasia intestinal. En ellos, el diagnóstico histológico de displasia representa el marcador de riesgo de adenocarcinoma.

Sin embargo, se han descrito 2 tipos de lesiones displásicas: tipo I intestinal y tipo II foveolar y aún cuando esta última ha cobrado poca relevancia en la literatura, en publicaciones recientes se ha sugerido la existencia de una vía diferente y potencialmente mas agresiva de progresión neoplásica en el esófago de Barrett: metaplasia gástrica-displasia foveolar-adenocarcinoma.

Objetivo

Mostrar, a través de un caso clínico, las características histológicas de los 2 tipos de displasia en la biopsia endoscópica de un paciente con esófago de Barrett.

Caso clínico

Paciente varón de 64 años que concurre para una VEDA de control por haber sufrido una HDA por úlcera gástrica. Registraba antecedentes de ingesta de AINE y de AAS preventiva. En la internación por la HDA había requerido transfusiones y se había constatado infección por HP. En la VEDA efectuada al mes de finalizado el tratamiento de erradicación, se constató la cicatrización de la úlcera, se observó una hernia hiatal y sobre el manguito de mucosa asalmonada, por debajo del cambio mucoso esófago-gástrico, 2 lesiones elevadas de aproximadamente 1 cm cada una. Histológicamente, esas lesiones estaban compuestas por mucosa metaplásica cardial e intestinal. En las áreas de tipo cardial algunas glándulas presentaban dilatación quística con mucina y otras arquitectura irregular y patrón cribiforme focal. En el epitelio, se observaron núcleos redondos basales, anisocariosis con tamaño nuclear aumentado (3 a 4 veces mayor al tamaño del de los linfocitos circundantes) y nucleolos prominentes. En las zonas de tipo intestinal, los núcleos eran elongados con estratificación y polaridad conservada, había maduración incompleta en superficie e infiltrado inflamatorio crónico estromal. La biopsia fue diagnosticada como "Esófago de Barrett con displasia polipoide mixta foveolar e intestinal de alto grado". Se sugirió la resección completa de la lesión. En la misma, efectuada posteriormente por mucosectomía, se detectó un carcinoma intramucoso con invasión hasta la muscular de la mucosa original.

Conclusiones

- Existen 2 tipos de displasias en el esófago de Barrett con características histológicas bien definidas.

- La posibilidad de reconocer la displasia foveolar gástrica en el esófago de Barrett, puede resultar en un seguimiento mas estricto de esos casos y, eventualmente, en la prevención en ellos del adenocarcinoma de esófago.

EP-006

ADENOMA PAPILAR DE VÍA BILIAR Y HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO POST-CPRE: REPORTE DE UN CASO

HJ Hwang, M Guidi, J De María, J Viscardi, F Ragone, E Promenzio, R Matano Htal El Cruce, Argentina.

Introducción. La presencia de lesiones polipoideas de tipo adenomatoso papilar del colédoco es poco frecuente. Habitualmente se realiza tratamiento quirúrgico y no hay descripciones de tratamientos endoscópicos. Por otro lado, el hematoma subcapsular hepático es una complicación muy rara de la CPRE.

Objetivo. Presentación de un caso en el que se realizó CPRE con polipectomía endoscópica de una lesión polipoidea adenomatosa del colédoco distal que se complicó con hematoma hepático subcapsular.

Caso clínico. Pac masculino de 78 años con antecedente de fibrilación auricular crónica que consultó por síndrome coledociano. En la ecografía y TAC de abdomen se observaron dilatación del colédoco con estenosis distal. En la CPRE se observó una imagen endoluminal en el colédoco distal, se realizó papilotomía y se exteriorizó una lesión polipoidea que se biopsió (adenoma papilar) y se colocó stent de 10 Fr. Debido a las comorbilidades del pac se decidió realizar resección endoscópica. Se realizó CPRE, se introdujo la guía y se observó migración proximal del stent plástico que se retiró con canastilla, luego se exteriorizó la lesión de la vía biliar con balón extractor, se enlazó con endoloop y se realizó polipectomía con asa. Luego presentó bacteriemia, dolor abdominal, omalgia derecha e hipotensión con caída de 10% del hematocrito. Se realizó TAC de abdomen observándose hemoperitoneo y hematoma subcapsular hepático. Se operó de urgencia observándose laceración de la cápsula de Glisson y se realizó "packing" hepático. Recibió antibioticoterapia y evolucionó favorablemente. El informe del pólipo fue adenoma papilar con displasia de bajo grado con márgenes libres.

Discusión. Es infrecuente la lesión polipoidea adenomatosa papilar del colédoco. Habitualmente se realiza tratamiento quirúrgico. Pero por las comorbilidades del pac se decidió tratamiento endoscópico. El pac evolucionó sin recurrencia de la colestasis. Por otro lado, el hematoma hepático es una complicación rara de la CPRE, que pudo deberse a la punción accidental del árbol biliar intrahepático con el alambre guía o a la maniobra de extracción de la prótesis migrada. Se debe sospechar cuando el pac presenta dolor, omalgia derecha e hipotensión posterior a la CPRE. En la literatura, la mayoría de los pac son tratados con medidas generales, antibióticos y control hemodinámico, sólo algunos requirieron cirugía, drenaje percutáneo o embolización arterial.

Conclusión. La obstrucción del colédoco por el adenoma papilar es poco frecuente. En pac seleccionados se podría realizar tratamiento endoscópico. El hematoma subcapsular hepático es una rara complicación de CPRE. El tratamiento consiste en drenaje percutáneo o embolización arterial y cirugía en casos severos.

EP-008

ENDOSCOPIA DE ESPACIOS POTENCIALMENTE QUIRÚRGICOS

JO Isaguirre

Unidad de Cirugía Endoscópica Hospital Italiano de Mendoza, Argentina.

Introducción.

Desde tiempos remotos de la medicina, se ha intentado acceder a espacios anatómicos con visión de magnificación. Este proceso ha pasado por distintas etapas hasta llegar a nuestros días con tecnologías que nos permiten magnificación de alta resolución, esto nos da la posibilidad de llegar a espacios impensados antes, y poder efectuar no solo diagnósticos sino también terapéuticos endoscópicos. Algunos de estos procedimientos se efectúan por orificios naturales y otros por accesos percutáneos.

Objetivo:

Mostrar accesos endoscópicos a distintos espacios anatómicos transorales, percutáneos. Serie de casos con documentación en imágenes.

Material y Métodos:

Presentamos nuestra serie de 11 pacientes desde el año 2005 al 2012. Cuatro fem siete masc. con una media de edad de 51,9 años. Se efectuaron 9 abordajes endoscópicos por orificios naturales y dos percutáneos con instrumental flexible, por patología inflamatoria infecciosa, perforativa y fistulosa relacionadas al tubo digestivo.

Resultados:

En todos los casos se logró el objetivo, limpieza de foco séptico, cierre de perforación y fistula. En 1 paciente sirvió como puente a un tto quirúrgico.

Conclusión: El abordaje transluminal y percutáneo flexible permitió resolver casos complejos con agresión mínima, externación precoz y además mostró una alternativa segura, eficaz y reproducible para el tratar patologías complejas.

EP-007

POSTER HEMATOMA ESPONTANEO DE ESOFAGO ASOCIADO A KETOROLAC

H Dr. Luna Tirado, P Dr Belloni, R Dr Belloni, J Dr Seiguerman HOSPITAL ESPAÑOL, Argentina.

El hematoma esofágico es una patología infrecuente, que se presenta por lo común como dolor torácico agudo y puede ocurrir espontáneamente o asociado a alguna enfermedad subyacente o daño esofágico directo. Los trastornos de la coagulación desempeñan un papel importante en el desarrollo del hematoma. Describimos a continuación un caso en una paciente tratada con dosis de ketorolac que se diagnosticó mediante una endoscopia de urgencia, revisamos la bibliografía comentando posibles etiologías, hallazgos en las pruebas diagnósticas y su tratamiento.

CASO CLINICO : PACIENTE DE 50 AÑOS EN TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO CON ANALGÉSICOS (KETOROLAC DESDE HACE 15 DÍAS) COMIENZA CON ANGOR .ES ASISTIDA POR SERVICIO DE EMERGENCIA QUIEN REALIZA ECG (NORMAL)-POR PERSISTENCIA DEL DOLOR CONCURRE A LA GUARDIA , AGREGÁNDOSE DISFAGIA .QUEDA INTERNADA SE REALIZA ENDOSCOPIA ALTA SE OBSERVA IMPORTANTE HEMATOMA DE ESOFAGO FOTO (1 Y 2) CONTINUA CON TRATAMIENTO DE CONTACTO .MAS BLOQ BOMBA .ANALGÉSICOS.

TAC DE TORAX(AUMENTO DEL ESPESOR DE LA PARED ESOFAGICA EN TERCIO MEDIO E INFERIOR)- HEMOSTASIA NORMAL , TAMBIEN SE OBSERVAN HEMATOMAS EN LOS SITIOS DE VENOPUNTURAS EN AMBOS BRAZOS (foto 6) .

ALTA MEDICA .PERSISTE EL DOLOR CON MENOR INTENSIDAD . CONTROL ENDOSCOPICO A LA SEMANA , SE OBSERVA DESGARRO LINEAL (MAS DE 7 CM) PROFUNDO CON RESTOS HEMÁTICOS Y FIBRINA. (FOTO 3 Y 4)

Fisiología El ketorolac inhibe la agregación plaquetaria y puede prolongar el tiempo de sangría, pero la incidencia de hemorragias post-operatorias es muy baja (0,4% contra 0,2% -control-) Sin embargo, debe usarse con precaución en el preoperatorio. No se recomienda su uso en mayores de 65 años y tampoco en analgesia obstétrica,

Discusión

El hematoma esofágico es una causa rara de dolor torácico agudo . Puede ocurrir espontáneamente como consecuencia de un aumento brusco de la presión intraesofágica en relación con náuseas, vómitos, alteraciones de la deglución, o ser secundaria a otra etiología o factor predisponente como instrumentación endoscópica, traumatismo torácico, toma de fármacos, inducido por cápsulas y por impacción de comida o cuerpo extraño .Una coagulopatía preexistente puede favorecer el desarrollo del hematoma.

EP-009

CUERPO EXTRAÑO PUNZANTE (ALFILER RECTO) EN INTESTINO DELGADO. RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA

P Butteri, M Peche, J Conte, S Manterola, D Russo, V Puppo Centro Médico Alberti. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Introducción

La ingestión accidental o voluntaria de cuerpos extraños representa una emergencia en gastroenterología. Las consecuencias y efectos de los cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal son por lo general benignos, sin embargo, algunos de estos objetos de superficie irregular o punzante como ganchos o agujas pueden producir lesiones graves. El riesgo asociado a la ingestión de un cuerpo extraño (CE) depende de su tamaño, su forma, localización y composición.

Cuando el CE ingerido es cortante o puntiagudo, además de que su extracción puede plantear problemas, tiene un riesgo mayor de producir alguna perforación en el tubo digestivo (hasta 35%)

En el 11% de los casos el CE se localiza en el intestino delgado. Aunque es muy raro que produzca obstrucción a este nivel es recomendable extraer los más de 3-4 cm y cuando están en el duodeno porque son accesibles endoscópicamente.

Objetivo

Mostrar método endoscópico seguro para la extracción de cuerpo extraño punzante.

Caso Clínico

Paciente femenino de 57 años, sin antecedentes patológicos de importancia, consulta por haber ingerido accidentalmente hace 2 horas , cuerpo extraño punzante (alfiler recto con cabeza en uno de los extremos). Al ingreso paciente asintomática, estable hemodinámicamente con examen físico normal. Se solicita radiografía de tórax y abdomen donde se observa a nivel del antro gástrico, elemento radiolúcido lineal compatible con el CE.

Se decide realizar video endoscopia digestiva alta bajo anestesia, observándose más allá de ángulo de Treitz, alfiler clavado en pliegue intestinal. Se intenta extraer con tridente sin obtener resultados por su dificultosa localización que impide maniobrar correctamente. Se decide ingresar con colonoscopio, al cual previamente se coloca Cap en su extremo y se enlaza alfiler con asa de polipectomía, colocando extremo punzante dentro del Cap. Se retira lentamente y se extrae satisfactoriamente. Al retirar observamos que se pierde cabeza del alfiler por lo cual aumenta el riesgo de complicaciones. Se procede a ingresar nuevamente y se constata laceración lineal de aproximadamente 5 cm de longitud en esófago medio. No se evidencia perforación. La paciente fue hospitalizada para observación con inhibidores de la bomba de protones y sucralfato. Evolucionó favorablemente y fue dada de alta a las 24 Hs con dieta blanda.

Conclusión

La ingestión de cuerpos extraños punzantes, es una emergencia endoscópica si se encuentran en esófago y estómago, conllevando complicaciones que llegan hasta un 35 %. Una vez pasado al intestino, la mayoría sigue su curso, siendo rara la obstrucción a este nivel y está indicada la observación. En nuestro caso, al ser accesible endoscópicamente pudo ser retirado exitosamente, utilizando un Cap para disminuir las complicaciones.

EP-010**NECROSIS ESOFÁGICA AGUDA**

V Maccarrone, G Romero, S Badenas, A Buscaglia, M Dimarco, A Scarponi, M Fainberg, F Tufare, N Chopita
C.E.T.U.S Servicio de Gastroenterología HIGA San Martín La Plata, Argentina, Argentina.

Introducción: La esofagitis necrotizante aguda (EN A), conocida también como "esófago negro", es una patología infrecuente, caracterizada por la presencia de necrosis esofágica a predominio distal, con áreas mucosas de color negro, que terminan abruptamente en la unión esófago-gástrica y que se presenta clínicamente como hemorragia digestiva alta (HDA).

Objetivo: Mostrar 2 casos de una patología infrecuente, que además, se presentaron ambos el mismo día en nuestro servicio. Pacientes: Caso clínico I: paciente masculino de 55 años, derivado a nuestra Unidad por hematemesis. Antecedentes de alcoholismo crónico, tabaquismo, hipertensión arterial y diabetes. HTO 38 % GB 11000, Glucemia 4.5 g/l. VEDA: a partir de 30 cm de ADS y hasta la unión esófago-gástrica, mucosa friable, con áreas de color negro, con abundantes coágulos y sangrado en napa. Estómago, sin lesión mucosa, con restos hemáticos. Duodeno s/p. Se indicó ayuno, corrección de glucemia, IBP en bomba de infusión, nutrición parenteral. A los 7 días se realizó control endoscópico: mucosa esofágica congestiva y friable sin necrosis. Buena evolución clínica y alta a los 14 días.

Caso clínico II: paciente femenina de 68 años que ingresa por hematemesis, con descompensación hemodinámica. Cursando décimo día de postoperatorio de trasplante renal, anúrica, con requerimiento de diálisis. En tratamiento con inmunosupresores y corticoides. Antecedente de diabetes insulino-requiriente de difícil manejo. Hto 24 % GB 15.600 Urea 2.5g/l Creatinina 7.7mg% Glucemia 3.7 g/l. VEDA: Esófago: en tercio medio e inferior mucosa friable, de aspecto necrótico, con coágulos y abundante sangrado en napa. Estómago y Duodeno s/p. Se indicó ayuno, IBP en bomba de infusión y nutrición parenteral. Recibió tratamiento empírico con ganciclovir y fluconazol, siendo los resultados de estudios infectológicos negativos. Presentó mala evolución post trasplante, por lo que fue reoperada, y se halló necrosis de la anastomosis urterovesical con presencia de orina en peritoneo. No manifestó nuevo episodio de hematemesis, se realizó control endoscópico a los 14 días de la HDA y se observó mucosa friable con escasas erosiones no sangrante. A la fecha continúa con mala evolución de su patología de base. Conclusión: La ENA es una patología rara, de etiología multifactorial, siendo la isquemia la vía final común, en el contexto de factores predisponentes como diabetes, malnutrición, insuficiencia renal, compromiso cardiovascular, tromboembolismo, alcoholismo, neoplasias. Se presenta clínicamente como HDA y endoscópicamente se observa mucosa friable, sangrante, con áreas circunferenciales de color negro. Afecta esófago medio y distal y finaliza abruptamente en unión esófago-gástrica. Histológicamente el tejido necrótico confirma el diagnóstico aunque no es necesario para el mismo. El tratamiento consiste en tratar el factor desencadenante, IBP, nutrición parenteral y monitoreo de las principales complicaciones: infección y perforación. La mortalidad es de alrededor del 32%, generalmente consecuencia de la enfermedad subyacente

EP-012**COMPLICACIÓN DE UNA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETROGRADA ENDOSCÓPICA**

G Souto, C Haller, V Vizcay, V Taire, N Castillo, H Pecci
HOSPITAL DR ISOLA DE PUERTO MADRYN, Argentina.

INTRODUCCIÓN: LA REALIZACIÓN DE DOS ACTOS QUIRÚRGICOS EN UN MISMO TIEMPO, PUEDEN REDUCIR LA EXPOSICIÓN DEL PACIENTE A ESTRÉS Y ESTADÍA HOSPITALARIA, PERO SE AÑADEN LAS COMPLICACIONES DE AMBOS PROCEDIMIENTOS.

OBJETIVO: PRESENTAR UNA COMPLICACIÓN POSIBLE DE LA COLANGIOGRAFÍA RETROGRADA ENDOSCÓPICA Y ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA MISMA.

PRESENTACIÓN DEL CASO: PACIENTE DE 19 AÑOS QUE PRESENTA DOS EPISODIOS DE PANCREATITIS AGUDA (PA) LEVE EN EL INTERVALO DE 1 MES CON ECOGRAFÍA ABDOMINAL CON VÍA BILIAR FINA Y VESÍCULA CON BARRO BILIAR. SE DESCARTAN CAUSAS METABÓLICAS DE PA. SE REALIZA COLANGIORNM SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA. SE REALIZA EN EL MISMO ACTO QUIRÚRGICO, COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y CPRE CON PAPILOTOMÍA Y EXTRACCIÓN DE ESCASO BARRO BILIAR, SIN COMPLICACIONES EVIDENTES DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS.

EVOLUCIONA A LAS 24 HRS CON DOLOR ABDOMINAL EN FORMA GENERALIZADA A PREDOMINIO DE HIPOCONDRIO DERECHO, FIEBRE, Y ALTERACIÓN DEL HEPATOGRAMA: GOT/GPT X 7/12, HIPERBILIRRUBINEMIA A PREDOMINIO INDIRECTO Y LDH AUMENTADA. RESTO DE LABORATORIO DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES. SE INDICA ANALGESIA CON KETOROLAC. SE REALIZA TAC DE ABDOMEN QUE EVIDENCIA A NIVEL HEPÁTICO IMAGEN FOCAL HIPODENSE SOBRE SEGMENTO VI DE BORDES IRREGULARES DE 90X 50MM COMPATIBLE CON HEMATOMA INTRAHEPÁTICO, PANCREAS SIN PARTICULARIDADES. SE DECIDE COLOCAR ANTIBIOTICOTERAPIA ENDOVENOSA EN FORMA PROFILÁCTICA.

EL PACIENTE EVOLUCIONA CON MEJORÍA SINTOMÁTICA Y DE LABORATORIO, AFEBRIL Y ECOGRAFÍA A LAS 72 HRS CON REDUCCIÓN DEL TAMAÑO DEL HEMATOMA (DE 30X40MM), POR LO QUE ES DADO DE ALTA CON BUENA EVOLUCIÓN.

RESULTADOS: SE REALIZÓ UNA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA DE ESTA COMPLICACIÓN. NO SE ENCONTRARON CASOS DE HEMATOMAS INTRAPARENQUIMATOSOS RELACIONADOS CON CPRE O COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. SE HALLARON POCOS CASOS DE HEMATOMA SUBCAPSULAR VINCULADOS A AMBOS PROCEDIMIENTOS. CABE DESTACAR AL KETOROLAC COMO POSIBLE AGENTE CAUSANTE DE HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO. UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ESTA PATOLOGÍA QUE SE PLANTEÓ, FUE LA COLECCIÓN PIÓGENA POR INSTRUMENTACIÓN DE LA VÍA BILIAR, PERO FUE DESCARTADO POR LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE.

CONCLUSIÓN: PRESENTAR UNA COMPLICACIÓN RARA DE LA CPRE QUE EN ESTE CASO PUEDE ESTAR ASOCIADO A LA INTERVENCIÓN LAPAROSCÓPICA.

EP-011**VIDEOCOLONOSCOPIA: 4 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO**

GS Resumil, R Oquendo, V Villafañe, M Flores, CD Quintana
HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE, Argentina.

Introducción: La videocolonoscopia se ha convertido en una herramienta fundamental de la gastroenterología infantil, permitiendo realizar diagnóstico, tratamiento y seguimiento de patologías colónicas y del ileon terminal, siendo la proctorragia la indicación más frecuente en pediatría. Se describen los motivos de consulta y diagnósticos colonoscópicos más frecuentemente hallados en el servicio de gastroenterología del Hospital de Niños Pedro de Elizalde. Métodos: Entre enero 2008 y marzo 2012 consultaron 199 pacientes de 2 a 17 años de edad, contabilizando un total de 210 colonoscopias. Se consiguió explorar hasta el ciego en 161 pacientes; se excluyeron 2 estudios no finalizados por preparación incompleta. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas, informes endoscópicos y anátomo-patológicos. La preparación para las endoscopias se realizó en internación, el día previo al procedimiento, con dieta sin fibras y administración de polietilenglicol 3350, quedando en ayunas hasta el procedimiento. Todos los estudios se realizaron bajo anestesia general. Se utilizó un videocoscopio Pentax, modelo EC-3440F de 150 cm de longitud y 11,7 mm de diámetro externo. Resultados: Se analizaron los datos de 199 pacientes (111 masculinos), entre 2 y 17 años (media 5,94 ± 3,38 años). El motivo de consulta más frecuente que originó la realización de colonoscopia fue proctorragia (74,3% IC95%: 68-79,2), seguido por diarrea crónica (7,23% IC95%: 4,5-11,4), prolapso de pólipo (5,22% IC95%: 2,9-9) y pérdida de peso (2,81% IC95%: 1,2-5,9). El diagnóstico más frecuente fueron pólipos colónicos (63,85% IC95%: 57,5-67,9), seguidos por estudios normales (19,25% IC95%: 14,6-24,8), hiperplasia nodular linfoidea (8,45% IC95%: 5,4-12,8) y colitis ulcerosa (5,63% IC95%: 2,9-9). Los pólipos colónicos y la hiperplasia nodular linfoidea se presentaron con mayor frecuencia en menores de 5 años en un 46,48% y 3,76% respectivamente. La colitis ulcerosa mostró una distribución homogénea en el rango de edades, mientras que la colitis inespecífica y la colitis eosinofílica no permitieron su análisis estadístico por el número reducido de casos. No se encontraron diferencias significativas entre las entidades en relación al sexo, excepto en la colitis ulcerosa donde se encontró el doble de casos en pacientes masculinos (8 vs.4). Dentro de los pólipos, el tipo histológico predominante fue el pólipo juvenil solitario (89,7%), hallándose un 6,6% de poliposis juvenil coli (3 o más pólipos juveniles en colon) y 1 caso de poliposis juvenil familiar. Conclusiones: La principal causa para realización de colonoscopia fue proctorragia. Los principales hallazgos endoscópicos fueron pólipos, seguidos por los estudios normales. El grupo etario que concentró el mayor número de la patología colónica fueron los menores de 5 años. No se encontraron diferencias en los diagnósticos de acuerdo al sexo, excepto en colitis ulcerosa que predominó en varones. El tipo histológico predominante en los pólipos fue el pólipo juvenil solitario.

EP-013**SÍNDROME DE BANNAYAN-RILEY-RUVALCABA A PARTIR DE GANGLIO-NEUROMATOSIS INTESINAL**

R Tosti, G Rainero, A Scacchi, A Barri, S Caruso, R Quiroga, J Villalba, F Chiriano, M Dolan, L De Mingo, V Pastorino, R Garuti, G Carabajal, H Copello, P Colombo
Hospital Churrucá-Visca, Argentina.

Introducción: El Síndrome de Bannayan-Riley-Ruvalcaba (SBRR) es una enfermedad autosómica dominante, caracterizada por lesiones hamartomatosas que afectan diversos tejidos.

Se asocia a mutaciones en la línea germinal del gen de supresión tumoral PTEN, ubicado en el cromosoma 10, que regula el ciclo celular y la apoptosis.

La prevalencia es desconocida y presenta una incidencia aumentada de tumores, especialmente mama, tiroides, estómago y colon.

Los hallazgos clínicos característicos incluyen macrocefalia, pólipos intestinales, lipomas, máculas pigmentadas en pene, lipomatosis testicular y hemangiomas.

Objetivos: Presentar este raro síndrome, a partir del diagnóstico histológico de ganglioneuromatosis de un pólipo colónico, en un paciente que consulta por dolor abdominal persistente sin respuesta al tratamiento médico.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 32 años derivado al servicio de gastroenterología por epigastralgia persistente sin respuesta al tratamiento médico y pérdida de peso. Se realiza video endoscopia digestiva alta, donde se evidencian múltiples pólipos a nivel de esófago, estómago y duodeno; por lo que se decide efectuar endoscopia digestiva baja y video capsula endoscópica, para evaluación de posible síndrome de poliposis; detectándose múltiples pólipos séiles en intestino delgado y colon. Se toman múltiples biopsias y se realiza polipectomía de alguno de los mismos, hallándose en la anatomía patológica una ganglioneuromatosis intestinal.

Debido a las múltiples asociaciones de esta última entidad, se inicia estudio multidisciplinario del paciente constatándose bocio multinodular, macrocefalia (circunferencia occipito frontal de 63 cm), lengua escrotal, múltiples pápulas en rostro y manos, aumento del tamaño testicular con ecografía compatible con lipomatosis testicular, y máculas hiperpigmentadas a nivel del glande.

Ante la sospecha de síndrome de BANNAYAN-RILEY-RUVALCABA, se realiza test genético.

Conclusiones: Se presenta este raro síndrome a partir de una manifestación inusual del mismo. La importancia radica en el aumento de la susceptibilidad a desarrollar cáncer. Cuando se detecta un caso índice debe realizarse estudio de los familiares directos, como se inició en este caso, debido a la importancia de la detección temprana y del seguimiento a largo plazo necesarios para descartar lesiones malignas.

EP-014

EXPERIENCIA EN EL MANEJO ENDOSCÓPICO DE LAS ESTENOSIS BENIGNAS REFRACTARIAS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

J Adi, A Torres, D La Salvia, R Victoria, C Viñuela, O Jorge, S Salomone, C Milutin
Hospital Lagomaggiore Mendoza, Argentina.

INTRODUCCIÓN: Hoy el abordaje de las estenosis benignas refractarias ofrece un gran espectro de alternativas. Estas modalidades terapéuticas pretenden mantener permeable el tracto digestivo con el menor daño para poder solucionar lesiones que generalmente son complejas, de orígenes diversos y que tienen un gran impacto en la salud y en la calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVO: Describir la experiencia en el tratamiento de las estenosis benignas refractarias de esófago, colon y vía biliar y sus resultados.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presentan 3 mujeres con estenosis benignas de esófago 2 de ellas secundarias a la ingestión de cáusticos con esofagectomía y coloplastia y posterior estenosis de la anastomosis, a las cuales se le realizó 3 dilataciones consecutivas con reestenosis por lo que se decide en una de ellas la realización de nueva dilatación con inyección de glucocorticoides y ante la mala respuesta se coloca prótesis cubierta; y en la otra dilatación posterior a la realización de cortes radiados de la estenosis y finalmente colocación de stent. La tercera paciente presentaba estenosis péptica con mala respuesta a las dilataciones con inyección de glucocorticoides por lo que también se colocó stent. En cuanto a las estenosis colónicas se presenta un caso de una paciente con antecedente de megacolon chagásico operada (hemicolectomía izquierda con colorrecto anastomosis latero-terminal a cara posterior de recto medio, con sutura mecánica) con estenosis puntiforme de la anastomosis infranqueable desde recto, por lo cual dada las características de la paciente se realiza dilatación con técnica de rendez-vous con buena respuesta. Al revisar los casos de estenosis de la vía biliar se presentan 3 casos 2 de sexo masculino y uno de sexo femenino a los cuales se les colocó de manera secuencial en el lapso de 10 meses en promedio, prótesis sucesivas, hasta tres prótesis. En los tres casos luego de realizar la extracción de los stents biliares y al seguimiento actual no presentaron recidiva de la estenosis.

CONCLUSIÓN: El avance las técnicas endoscópicas ha permitido el mejor manejo de los pacientes sin llegar a la necesidad de cirugía optimizando los tiempos de recuperación y disminuyendo las tasas de complicaciones.

EP-016

POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR: REPORTE DE UN CASO PEDIÁTRICO

L Gonzalez, I Ninomiya, C Steimberg, V Busoni, R Lam Chong, D Libertio, J Santino, M Orsi
Hospital Italiano San Justo, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF) es una enfermedad hereditaria con penetración autosómica dominante con una prevalencia estimada entre 1:17.000 y 1:15.000, producida por una mutación en el gen APC (adenomatosus poliposis coli) ubicado en el cromosoma 5q21. Puede ocurrir mutación espontánea aproximadamente en el 20% de los casos. Es una enfermedad poco frecuente en pediatría que se manifiesta con hemorragia digestiva baja, y con tendencia a la malignización. La edad de diagnóstico generalmente es tardía, aunque los primeros polipos suelen aparecer en la primera década de la vida.

Objetivo: es la presentación de un niño a quien se hizo diagnóstico de PAF.

Caso clínico:

Paciente de sexo masculino de 8 años de edad consulta por una proctorragia indolora de cantidad escasa de 8 meses de evolución. No refería hábito de constipación ni antecedentes personales ni familiares de relevancia. Se encontraba en buen estado general sin repercusión hemodinámica por el sangrado; con un peso y talla adecuados para la edad. En el tacto rectal la superficie era irregular, tipo granular y friable, no se palpó masa polipoidea, ano sin fisuras.

El laboratorio mostró una eosinofilia (12%) con parasitológico negativo y los anticuerpos pANCA, ASCA y TTG resultaron negativos. La videoendoscopia alta fue normal y la videocolonoscopia mostró mucosa colónica sembrada de múltiples pólipos sésiles y pediculados de pequeño diámetro (0,3 a 0,5 mm) desde recto al ciego. El estudio histológico indicó adenomas tubulares con displasia de bajo grado. Se realizó proctocolectomía laparoscópica con anastomosis ileoanal con pouch. El paciente evolucionó favorablemente y al año de la reconstrucción del tránsito, presenta una buena calidad de vida.

Conclusión: Aunque infrecuente, el diagnóstico de PAF es posible en edad pediátrica y pacientes con sangrado persistente deben ser estudiados precozmente con videoendoscopia.

EP-015

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LAS VÁRICES ESOFÁGICAS EXPERIENCIA DE UN CENTRO

F Chiriano, M Dolan, A Scacchi, L De Mingo, A Barri, S Caruso, R Quiroga, R Tosti, J Villalba, G Rainero, H Copello, P Colombo
Hospital Chirruca, Argentina.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia variceal (HDV) es una complicación frecuente y grave de la cirrosis hepática y de la hipertensión portal.

Un 40-50% de los pacientes con cirrosis presentan várices esofágicas en el momento del diagnóstico de la enfermedad.

El tratamiento específico consta de medidas farmacológicas y tratamiento endoscópico (BALON, TIPS, THO).

Actualmente es de elección la ligadura endoscópica de las várices (LEV), siendo la escleroterapia una medida alternativa.

OBJETIVO

Reportar la experiencia en el tratamiento con LEV en el episodio agudo y el seguimiento de los pacientes detallando la eficacia, complicaciones propias del procedimiento y la mortalidad de la hemorragia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron de forma retrospectiva las fichas de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de HDV. Se evaluó el período comprendido entre octubre del 2008 a marzo de 2010.

Ninguno de los pacientes evaluados presentaban criterios de PBE, SHR o encefalopatía.

Se administró ceftriaxona, terlipresina, lactulosa y soporte hemodinámico y transfusional en casos necesarios.

RESULTADOS

De octubre de 2008 a marzo 2010, se trataron 30 pacientes con HDV.

El 76 % de los pacientes eran del sexo masculino. Rango de edad 42-86 años (63 años).

La etiología principal fue alcohólica. El 76 % de los pacientes presentaba score de CHILD-PUGH B.

El 70 % presentaban várices grandes, 66 % várices en riesgo y el 20% con sangrado activo al momento de la endoscopia.

En el 93% del total se logró hemostasia endoscópica. Un paciente requirió Shunt P-C y otro balón S-B, obitándolo a la retirada.

El 11% presentó resangrado que se trató exitosamente con nueva sesión de LEV.

La mortalidad de la HDV fue del 3,3% a 6 semanas. Durante el seguimiento la mortalidad fue del 16,6 % por causas ajenas a la HDV.

En el 83% se logró la erradicación de las várices; en los no respondedores a erradicación se realizó GPVH, intensificando el tratamiento endoscópico y médico (agregado de MNI) con buena evolución a la fecha.

Se constató un 10 % de complicaciones asociadas al procedimiento endoscópico, hematoma submucoso, úlcera por LEV y estenosis esofágica que se resolvió con dilatación.

CONCLUSIÓN

En nuestra serie de casos, observamos, al igual que en la literatura, que el tratamiento de la HVA con LEV (+ terlipresina) es eficaz y seguro. Además la erradicación de las VE durante la profilaxis Zria se logró en un alto porcentaje, reduciendo de esta forma las posibilidades de recidiva de sangrado.

EP-017

PRESENTACION DE 3 CASOS CON SÍNDROME DE POLIPOSIS HIPERPLÁSICA

E Tron1, E Chaar1, P Dami1, A Cordoba1, C di Rissio1, S Gandara2, D Zagalsky2
1 Hospital Jose Maria Penna, Argentina. 2 Union Personal, Argentina.

Introducción: El Síndrome de Poliposis Hiperplásica es una entidad caracterizada por la presencia de pólipos hiperplásicos en todo el colon, en especial en colon derecho; sésiles y/o sub pediculados, con diámetros de 0.8 cm a 2 cm. Su prevalencia oscila entre el 5 y el 11 %. Se define como: A) la presencia de 5 o más pólipos proximales al sigma, de los cuales dos son mayores de 1cm de diámetro; b) Individuo con un familiar de primer grado con pólipos hiperplásicos, c) Individuos con más de 20 pólipos hiperplásicos distribuidos por todo el colon. Esta entidad debe considerarse potencialmente premaligna ya que en hasta el 50 % de los casos pueden evolucionar al cáncer colorrectal (CCR). El material genético de estos pólipos presenta una gran cantidad de errores durante la replicación de ADN. Frecuentemente ocurre en las regiones microsatélites. La inactivación génica se debe a hipermetilación del área promotora del hMLH1 y otros genes. A nivel del ciclo celular, presentan disminución de la apoptosis por las mutaciones en el BRAF. Prácticamente en todos los casos la mutación del gen BRAF se relacionaría con el fenotipo metilador.

Materiales y métodos:

Se presentan 3 pacientes con poliposis hiperplásica. Los estudios fueron realizados con Equipamiento: Olympus Exera II CVL 180. Utilizando la base de datos de 3 centros de Buenos Aires.

Resultados:

El primer paciente consultó por diarrea crónica de 3 años de evolución. Antecedentes familiares: madre con diagnóstico de cáncer de colon a los 50 años. Videocolonoscopia (VCC) con sedación: Múltiples lesiones polipoideas en todo el recorrido colónico 20 a 25 pólipos sésiles y subpediculados de 0.8 cm a 2 cm de diámetro, todos los pólipos resecaados (10) fueron hiperplásicos. El segundo masculino consultó por hematoquezia. VCC con sedación: 10 lesiones polipoideas, sésiles de 0.7 cm a 1 cm de diámetro en pie del descendente y sigma; anatomía patológica todas las lesiones son hiperplásicas. El tercer paciente de sexo femenino concurrió a realizarse una VCC por screening, considerando que tiene un hermano de 45 años con CCR. VCC con sedación informó pólipos en colon derecho y sigma en número de 10, sésiles y subpediculados de 0.5 cm a 1,5 cm de diámetro, se realizaron 6 polipectomías y el informe anatómico patológico diagnóstica pólipos hiperplásicos.

CONCLUSIÓN: El Síndrome de Poliposis Hiperplásica es una entidad poco frecuente, pero teniendo en cuenta que el 30% de dichos Síndromes se asocian a la presencia de mutaciones germinales bialélicas en el gen MYH y pueden evolucionar a desarrollar un CCR, deberíamos preocuparnos por establecer cuales serían los intervalos recomendados para la VCC. Otra cuestión como para resolver, serían las situaciones de Poliposis Hiperplásica con áreas afectadas por varias lesiones polipoideas sésiles que dan un aspecto en empedrado y podrían ser tratadas en forma endoscópica o quirúrgica. Quizás, estos pacientes deberían estudiarse genéticamente para ofrecerles un tratamiento acorde.

EP-018**PREVALENCIA DE ESÓFAGO DE BARRETT, DISPLASIA Y ADENOCARCINOMA DE ESÓFAGO EN NUESTRO CENTRO.**

L Manzotti, M Rebay, MC Bolino, L Durand, S Canseco, D Díaz, L Caro, C Cerisoli
Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica, Argentina.

Introducción: El esófago de Barrett (EB) tiene una prevalencia variable según las poblaciones estudiadas y oscila entre 1,5 a 6%; en Argentina, Olmos y col. reportaron en 2009, una prevalencia de 4.5% en población con síntomas de reflujo gastroesofágico. El EB es el principal factor de riesgo para el desarrollo de adenocarcinoma de esófago (ACE). La incidencia de ACE varía del 0,2% al 2% por año de seguimiento. **Objetivos:** Estimar la prevalencia de EB en una población remitida para realizarse una primer endoscopia. **2** Presencia de displasia de bajo (DBG), alto grado (DAG) y/o ACE. **Materiales y método:** Se incluyeron adultos de ambos sexos que realizaron endoscopia entre octubre de 2010 y septiembre de 2011. **Criterios de Exclusión:** Diagnóstico de EB y/o cirugía esofágica previas, esofagitis activa, coagulopatía y/o varices esofágicas que impida tomar biopsias y pacientes sin consentimiento. **Diseño:** descriptivo, prospectivo y transversal. Las endoscopias fueron realizadas con equipos Olympus - luz blanca, bajo sedación con propofol. El diagnóstico endoscópico fue clasificado según la Clasificación de Praga y la confirmación histológica se realizó con la presencia de Metaplasia Intestinal (MI). Adicionalmente se registró síntomas de reflujo. El protocolo fue aprobado por el comité de Docencia e Investigación y Bioética de la institución. **Análisis estadístico:** VCCSTAT 2.0. **Resultados:** Se revisaron 7366 endoscopias; se excluyeron 1445 pacientes por esofagitis, 2 por cirugías previas y 16 por falta de confirmación histológica. Se incluyeron en el análisis 5903; 67 % (3965/5903) eran mujeres; relación M/H fue 2/1; edad promedio: 52.6 años (rango: 18-112); :250 presentaron sospecha endoscópica de Barrett; Se confirmó MI en 36% (90/250). **1.** La prevalencia de EB fue 1,5 % (IC 95% 1.2, 1.9). 65% (59/90) eran varones; edad promedio fue 59,61 años (rango 22-77); 55, 5% (55/90) tenían Hernia hiatal. Las características endoscópicas de los pacientes se detallan en la tabla 1. **2.** La prevalencia de Displasia de Bajo Grado (DBG) y ACE en los pacientes con EB fue 1,1% para ambas patologías (IC 95% 0- 6%). **Conclusiones:** nuestros resultados son comparables a los registrados en la literatura mundial y a un estudio retrospectivo realizado en nuestro centro que estimó prevalencia de EB entre 2001-2009. Solo un tercio de los pacientes con sospecha endoscópica de EB presentó MI. Esta información confirma la importancia de la toma de biopsia sistemática ante el desplazamiento proximal de la línea Z.

Hallazgos endoscópicos	n	%
E Barrett lengüeta	36	40
E Barrett circumferencial- <3cm (corto)	27	30
E Barrett circumferencial- >3cm (largo)	26	29
Total	90	100

EP-020**ANÁLISIS DE LOS DIAGNOSTICOS EN RELACION CON EL MOTIVO DE LAS INDICACIONES EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA**

C Cappelletti, J La Via, N Schiariti, D Brullo
ACED Centro Endoscópico, Argentina.

Introducción

La Videocolonoscopia (VCC) es un instrumento de alto valor diagnóstico y terapéutico utilizado correctamente

Objetivo

El objetivo de este trabajo es demostrar que cuando se la utiliza como método sistemático, no siempre se obtienen los resultados esperados

Materiales y Métodos

Se analizaron en forma retrospectiva 905 VCC, realizadas en nuestro centro desde el 1 de Junio de 2011 al 31 de Mayo de 2012 con las solicitudes y sus respectivos diagnósticos.

No fueron consideradas dentro de este análisis las VCC realizadas con preparación defectuosa.

En todas se efectuó sedación anestésica realizada por médicos anestesiólogos

Se utilizó video colonoscopia Evis 140 Olympus

Resultados

65% de los pacientes analizados fueron de sexo femenino, 35% masculinos. Edades de 28 a 85 años con promedio de 63 años

Global:

Coincidencia diagnóstica con la solicitud 30%, que se incrementa al 63% cuando fueron indicadas por gastroenterólogos. De 905 VCC, 226 (25%) fueron solicitadas por dolor abdominal con hallazgos positivos en el 20% que se incrementa a 60% cuando fueron indicadas por gastroenterólogos. 208 VCC (23%) solicitadas por screening, 20% de hallazgos diagnósticos que se modifica al 50% al ser indicada por el gastroenterólogo. 172 VCC (19%) por proctorragia con 35% de patología, que aumenta al 68% en las solicitudes de gastroenterología. 90 VCC (10%) por vigilancia de pólipos colonicos con 16% de acierto que se modifica al 65% con la indicación del especialista

Conclusiones:

- 1) La VCC sigue siendo el método eficaz para diagnóstico, tratamiento y seguimiento de patologías colonicas
- 2) El correcto interrogatorio digestivo permite orientar acerca de las posibles coincidencias entre lo solicitado y la patología diagnosticada
- 3) Si se indica como sistemática diagnóstica los porcentajes de coincidencia diagnóstica resultan bajos para nuestra serie, si son solicitadas por médicos gastroenterólogos los índices correctos se elevan considerablemente.
- 4) Se registró una sola complicación en nuestra serie

EP-019**SOBREPESO, OBESIDAD, ERGE Y HALLAZGOS ENDOSCOPICOS**

RV Fischman, R Escobar Fernandez, M Lopez, A Bosolino
Servicio de gastroenterología, Sanatorio Julio Méndez, Argentina.

Introducción: La obesidad y el sobrepeso son importantes factores de riesgo de diversas patologías, entre las cuales se incluye la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), provocando un deterioro en la calidad de vida y un incremento en la morbilidad. **Objetivos:** Evaluar la correlación entre el aumento del índice de masa corporal (IMC) y los hallazgos endoscópicos (hernia hiatal por deslizamiento, esofagitis erosiva y Esófago de Barrett) en pacientes con ERGE. **Materiales y métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo y transversal. Se aplicó el cuestionario de Carlsson-Dent a los pacientes con sintomatología de ERGE que concurren al servicio de gastroenterología de la institución con indicación médica para realizarse una videoendoscopia digestiva alta, en el período que abarca desde mayo de 2010 a enero de 2011. Previo al estudio endoscópico, se determinó el IMC de los pacientes y se los dividió en tres grupos según la Organización Mundial de la Salud: IMC normal, IMC en rango de sobrepeso e IMC en rango de obesidad. Durante la endoscopia se evaluó la presencia de hernia hiatal, esofagitis erosiva (según la clasificación de Los Ángeles) y Esófago de Barrett. Se excluyeron pacientes con: IMC en rango de desnutrición, score de Carlsson-Dent menor a cuatro, hernia hiatal paraesofágica, várices esofágicas, ascitis, mujeres embarazadas, la vigilancia del Esófago de Barrett o de esofagitis severas, las lesiones tumorales y las urgencias endoscópicas. **Resultados:** Se realizó el cuestionario a 155 pacientes (96 mujeres y 59 hombres). El rango de edad fue de 25 a 90 años, con una media de 60,3 años, con predominio del sexo femenino (63,7%). El 45,9% de los pacientes presentaba IMC normal, 31,5% sobrepeso y 22,6% obesidad. Pacientes con IMC normal: 14,9% presentó hernia hiatal, 10,4% esofagitis erosiva (4,5% LAC A, 1,5% LAC B, 1,5% LAC C y 3% LAC D), 3% la asociación de hallazgos endoscópicos (hernia hiatal y esofagitis) y 3% Esófago de Barrett. En el 68,6%, no se demostraron hallazgos endoscópicos. Pacientes con IMC en rango de sobrepeso: 13% presentó hernia hiatal, 13% esofagitis erosiva (4,3% LAC A, 2,2% LAC B y 6,5% LAC D), 30,5% hernia hiatal y esofagitis erosiva (8,7% LAC A, 10,9% LAC B, 8,7% LAC C y el 2,2% LAC D), 2,2% Esófago de Barrett, 6,5% hernia hiatal asociada a Esófago de Barrett y el 34,8% de los pacientes no presentó hallazgos. Pacientes con IMC en rango de obesidad: 30,3% hernia hiatal, 18,2% esofagitis erosiva (9,1% LAC A, 6,1% LAC B y 3% LAC D), 39,4% hernia hiatal y esofagitis erosiva (12,1% LAC A, 18,2% LAC B, 6,1% LAC C y 3% LAC D), 3% Esófago de Barrett, 3% hernia hiatal y Esófago de Barrett, sin hallazgos en el 6,1% de los pacientes. **Conclusión:** El presente trabajo evidencia una correlación positiva entre los hallazgos endoscópicos y el aumento de IMC en pacientes con ERGE, por lo que nuestra recomendación se basa en optimizar las medidas de prevención, tratamiento y diagnóstico precoz en la población con sobrepeso y obesidad para disminuir las complicaciones de la ERGE.

EP-021**HEMOBILIA EN TRANSPLANTE HEPÁTICO TRATADA CON COLOCACIÓN DE STENT BILIAR TOTALMENTE CUBIERTO**

A Suárez P, J Isaguirre, A Cassar, L Blazquez, R Perez
Servicio de Gastroenterología Hospital Italiano De Mendoza, Argentina.

Introducción: Las complicaciones de la vía biliar (vb) resultan una entidad frecuente en pacientes con trasplante hepático (tx hep). La hemobilia se define como hemorragia en el interior de la vb, con una mortalidad del 25%. Algunas causas incluyen trauma abdominal, infecciones, colangiografía, colocación de endoprótesis biliares y TTIPS. Su diagnóstico requiere un alto grado de sospecha clínica. La endoscopia permite descartar otras posibles fuentes de sangrado y documentar su origen.

Caso clínico: Mujer de 61 años con antecedentes de (tx hep) de donante cadavérico por virus hepatitis C, con anastomosis de vb termino-terminal. Presenta múltiples complicaciones post tx tales como rechazo, infección por Citomegalovirus, desnutrición severa y diabetes mellitus inducida por esteroides. A los 15 meses post tx muestra patrón de colestasis en hepatograma, con colangioresonancia que evidencia dilatación de la vb intrahepática, estenosis de la vb a nivel de conducto hepático derecho, izquierdo y común. Se coloca stent biliar (sb) en conducto hepático derecho, con buena tolerancia; luego del procedimiento desarrolla shock séptico, con bacteriemia por Bacilo gram negativo e insuficiencia renal aguda (IRA). Tras el tratamiento ATB instaurado mejora clínicamente, persistiendo IRA. A los 20 días de internación presenta hematoquezia, con caída del Hto, evidenciándose en videoendoscopia digestiva alta, úlceras esofágicas, y sangrado activo papilar en 2º duodenal. Se toman biopsias de las úlceras en las que se confirma Virus Herpes Simple tipo 1 y se efectúa infiltración hemostática de adrenalina 1:20000, con buena respuesta inmediata. A las 12 hs posteriores, reinicia signos de sangrado, con descompensación hemodinámica, y ante la imposibilidad de realizar angiografía por IRA se decide efectuar colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). En la misma se observan coágulos saliendo de la papila, estenosis a nivel del hepático derecho en el confluente e imagen a nivel de anastomosis termino-terminal que impresiona como incipiente fistula bilio-vascular. Selleva a cabo colangioplastia con balón en conducto hepático derecho y por último se coloca sb totalmente cubierto observando salida de bilis por el mismo. La paciente tolera el procedimiento, con buena evolución clínica, sin evidencias de sangrado posterior y se externa a los 20 días post procedimiento. Actualmente en control hepatológico ha normalizado Hto y bilirrubina.

Conclusión: La hemobilia secundaria a fistula bilio-vascular es un hallazgo infrecuente. La angiografía con embolización selectiva se considera el tratamiento de elección, aún así la CPRE ha jugado un rol importante en el manejo de la hemobilia, ya que permite confirmarla, detectar el sitio de sangrado y también remover los coágulos manteniendo el flujo biliar y evitando posteriores colangitis. En la paciente presentada la resolución endovascular era poco viable por lo que se realiza CPRE con la colocación de un sb totalmente cubierto, siendo esta técnica original, segura, eficaz y reproducible.

TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS DE COLÓN POR VIDEOENDOSCOPIA EN LA CIUDAD DE CORDOBA, ARGENTINA

MA Corzo¹, GB Silva², PD Herrera Najum³, PC Rodríguez³

1 Servicio de Gastroenterología de Nuevo Hospital San Roque, Córdoba, Argentina. 2 Fundación J. Robert Cade – Universidad Católica de Córdoba – CONICET, Argentina. 3 Servicio de Endoscopia Digestiva Diagnóstica y Terapéutica del Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Argentina.

INTRODUCCION: Numerosos estudios han confirmado la estrecha relación entre los pólipos colorrectales y el cáncer colorrectal. Existe evidencia de que los pólipos adenomatosos son el principal factor de riesgo para su desarrollo, especialmente los adenomas avanzados. Si bien está documentada la asociación entre tamaño de pólipo y grado de displasia en poblaciones de pacientes a nivel global, en la actualidad se desconoce si esta correlación existe en la población estudiada.

OBJETIVOS: Evaluar la tasa de detección de adenomas colónicos en una población concurrente a consulta en servicio de gastroenterología y posterior videocolonoscopia y determinar si existe concordancia entre tamaño del pólipo y sus características histológicas.

MATERIALES Y METODOS: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional en un servicio de endoscopia digestiva. Se recolectaron datos de pacientes a los que se les realizó una videocolonoscopia entre el 01 de agosto de 2011 hasta el 30 de abril de 2012. Los procedimientos fueron llevados a cabo por médicos endoscopistas entrenados con equipos Olympus CF Q140 y CF Q160AL y video procesador Olympus Exera CV-160. Todos los procedimientos fueron realizados con sedación asistida por un anestesiista. Los pólipos detectados se extrajeron con ansa y equipo de electrocoagulación EMED ES350. Se analizaron las características endoscópicas de los adenomas detectados (morfología, tamaño, ubicación) correlacionándolas con la histología, edad y sexo de los pacientes. La identidad de los pacientes se respetó a través de un acuerdo de confidencialidad.

RESULTADOS: En el periodo de estudio se realizaron 910 colonoscopias. Se detectaron 591 pólipos en 334 pacientes un total de 36,7%, de los cuales 205 fueron hombres (61,4%). El promedio de edad de detección fue de 63,4 ± 10,8 años. En todos los casos se cumplieron los criterios histológicos de resección completa. La tasa de detección de pólipos adenomatosos fue de 19,3% y correspondiente a 176 pacientes. Además, se detectó displasia de alto grado y carcinoma intramucoso en el 3,9% (3 pacientes con displasia de alto grado y 4 con adenocarcinoma intramucoso). Quince pólipos tuvieron un tamaño mayor a 2 cm, en su mayoría subpediculados y pediculados ubicados en rectosigmo. De ellos, 13 presentaron displasia de bajo grado y 2 fueron hiperplásicos. Solamente un caso presentó sangrado postpolipectomía absolutamente autolimitada. No se observaron complicaciones mayores.

CONCLUSION: La tasa de detección de adenomas fue similar a la reportada en otros estudios. Sin embargo, encontramos que el mayor porcentaje de adenomas presentó displasia de bajo grado no encontrándose asociación entre el tamaño de los pólipos y el grado de displasia motivo de nuestras actuales investigaciones. Por ende, enfatizamos la evaluación del impacto a largo plazo de la realización de videocolonoscopias en pacientes en riesgo y la oportuna vigilancia en la prevención de cáncer de colon.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PÓLIPOS DUODENALES ESPORÁDICOS: ES POSIBLE PREDECIR CUÁLES SON ADENOMAS?

P Luna, G Babot Eraña, L Pereyra, R Gonzalez, JM Mella, GN Panigadi, C Fischer, A Mohaidle, A Hadad, S Pedreira, D Cimmino, L Boerr Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Los pólipos duodenales esporádicos (PDE) son un hallazgo infrecuente y generalmente incidental. La detección de adenomas es importante dado su potencial maligno. **Objetivo:** Determinar la prevalencia y características de los PDE en un hospital de comunidad de la Argentina, e identificar las características capaces de predecir adenomas.

Métodos: Utilizando la base de datos electrónica de nuestro Hospital se recabó información de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta (EDA) entre enero de 2003 y octubre de 2011. Todos aquellos con pólipos duodenales con su correspondiente informe anatomopatológico fueron incluidos retrospectivamente en este análisis. Se consignaron datos demográficos, manifestaciones clínicas, hallazgo endoscópico, incluyendo características de los pólipos, y la anatomía patológica. Se analizó también el manejo endoscópico inicial y el seguimiento. Se calculó la prevalencia de PDE y de adenomas. Se realizó un análisis univariado para identificar las características asociadas con adenomas. Los resultados se expresaron en porcentajes y en odds ratios (OR) con sus correspondientes intervalos de confianza del 95% (IC). Un valor de p<0,05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: en 7086 EDA realizadas en este período 137 pacientes presentaron un total de 150 pólipos duodenales. Las causas más frecuentes de EDA fueron epigastralgia (35%) y pirosis (12%). La prevalencia de PDE fue de 1,93%, con un predominio de sexo masculino (56%) y una edad promedio de 61,8 años (rango 27-90). La morfología de los PDE fue: sésiles 77%, planos 17% y pediculados 6%. El tamaño promedio fue de 4,5 mm. El 66% se localizaron en bulbo, el 32% en segunda porción, y el 3% en tercera. El manejo inicial más frecuente fue la polipectomía endoscópica (55%). La histología mostró: hallazgos inespecíficos (34%), hiperplasia de glándulas de Brunner (31%), adenomas (17%), pólipos hiperplásicos (11%) y metaplasia gástrica (5%). La prevalencia de adenomas fue de 0,33%, y 28% se ubicaron en bulbo, 56% en segunda porción, y 16% en tercera. El tamaño promedio fue de 7 mm (2-30 mm). El 48% eran planos, 40% sésiles, y 12% pediculados. Sólo el 36% tuvo seguimiento endoscópico y no se registraron recurrencias. Las características endoscópicas de los pólipos duodenales que se asociaron significativamente al diagnóstico de adenoma fueron: un tamaño mayor a 1 cm (OR: 5,68, IC: 1,6-20,2, p< 0,001), la localización en segunda porción (OR: 6,88, IC: 6,9-20,1, p< 0,0001) y la morfología plana (OR: 7,95, IC: 2,7-26,3, p< 0,0001).

Conclusiones: en este estudio la prevalencia de PDE fue baja y similar a la reportada por la literatura. Ciertas características de los pólipos pueden ayudar a reconocer a los adenomas, y así optimizar la conducta endoscópica inicial.

GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA Y QUIRURGICA, DOS ALTERNATIVAS DIFERENTES RESULTADOS DE UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

I Malaga¹, JC De Maria¹, E Promenzio¹, M Guidi¹, FJ Ragone¹, HS Nieves¹, X Taype², RF Matan⁶

1 SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA, HOSPITAL EL CRUCE, Argentina. 2 SERVICIO CIRUGIA, HOSPITAL EL CRUCE, Argentina. 3 JEFE DE SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA, HOSPITAL EL CRUCE, Argentina.

INTRODUCCION: LA GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA ES UN METODO RAPIDO Y SEGURO DE ACCESO A LA ALIMENTACION EN PACIENTES DE ALTO RIESGO PARA SER SOMETIDOS A UNA GASTROSTOMIA ABIERTA Y QUE REQUIERAN DE NUTRICION ENTERAL PROLONGADA CON EL FIN DE LOGRAR UN ADECUADO SOPORTE NUTRICIONAL. **OBJETIVOS:** COMPARAR INDICACIONES, EFICACIA Y COMPLICACIONES EN FORMA RETROSPECTIVA SOBRE EL USO DE LA GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (PEG) Y GASTROSTOMIA QUIRURGICA.

MATERIALES Y METODOS: SE CONFECCIONO UN FORMULARIO CON DATOS PERSONALES, ENFERMEDAD DE BASE, ENFERMEDAD ACTUAL, LABORATORIO, COMPLICACIONES INMEDIATAS Y TARDIAS EN EL PERIODO COMPRNDIDO ENTRE OCTUBRE DE 2008 A MAYO DE 2012, SOBRE UN TOTAL DE 60 PEG Y 37 GASTROSTOMIAS QUIRURGICAS.

RESULTADOS: LA ELECCION DEL METODO FUE EL ENDOSCOPICO, EXCEPTO EN PACIENTES QUE PRESENTABAN CONTRAINDICACION O EN MENORES DE 1 AÑO DONDE EL METODO QUIRURGICO SE REALIZO POR MAYOR EXPERIENCIA.

SOBRE UN TOTAL DE 5150 ENDOSCOPIAS ALTAS Y BAJAS Y UN SUBTOTAL DE ENDOSCOPIAS ALTAS DE 2446 SE EVALUARON 60 PACIENTES, 39 HOMBRES Y 21 MUJERES, CON UNA EDAD PROMEDIO DE 43 AÑOS, CON UN RANGO DE 3 A 88 AÑOS, INCLUYENDO 9 PACIENTES QUE TENIAN MENOS DE 15 AÑOS. EL LUGAR DE REALIZACION DE LA TERAPEUTICA ENDOSCOPICA FUE EN SALA DE ENDOSCOPIA 41 (69%), QUIROFANO 14 (23%) Y SALA DE TERAPIA INTENSIVA 5 (8%) DEPENDIENDO DE LA EDAD DEL PACIENTE, EL ESTADO DEL MISMO COMO ASI TAMBIEN POR LA PATOLOGIA QUE PRESENTARON, SIENDO EN ADULTOS EL 90% NEUROLOGICA (POSTRAUMATICA Y/O POSTQUIRURGICA) Y EN PEDIATRICOS 66,6% PARALISIS CEREBRAL, LOS RESTANTES PRESENTABAN FIBROSIS QUISTICA, TEC Y MAV. EN CUANTO A LA ANESTESIA UTILIZADA EN PACIENTES SE REALIZO ANESTESIA GENERAL EN 13 PACIENTES (22%) Y NEUROLEPTO EN 47 PACIENTES (78%). EL TIEMPO PROMEDIO DE COLOCACION DEL PEG FUE DE 30 MINUTOS.

EL MATERIAL UTILIZADO FUE PEG DE 21 Y 24 FRENCH DE LA MARCA WILSON COOK Y BOSTON SCIENTIFIC.

LAS COMPLICACIONES INMEDIATAS FUERON LA INFECCION DEL OSTOMA EN 2 PACIENTES Y EL SANGRADO EN EL OSTOMA EN 1 PACIENTE.

LOS PACIENTES SOMETIDOS A GASTROSTOMIA QUIRURGICA FUERON 37 EN TOTAL, CON UNA EDAD PROMEDIO DE 28 AÑOS, CON UN RANGO DE RN A 82 AÑOS. 15 PACIENTES ERAN ADULTOS, SIENDO LA PATOLOGIA MAS FRECUENTE LAS CAUSAS NEUROLOGICAS EN UN 46,6%, CA DE PISO DE BOCA 33,3%, CA DE LARINGE EN EL 26,6% Y CA DE ESOFAGO UN PACIENTE. 17 PACIENTES TENIAN MENOS DE 15 AÑOS, DE LOS CUALES EN 6 MENORES DE 1 AÑO PRESENTABAN HIPOTONIA GENERALIZADA, Y LOS RESTANTES MENORES DE 15 AÑOS PRESENTABAN SME GENETICOS: PARALISIS CEREBRAL Y ATROFIA ESPINAL.

EL LUGAR DE REALIZACION FUE EL QUIROFANO, LA ANESTESIA FUE GENERAL Y EL TIEMPO PROMEDIO DEL PROCEDIMIENTO FUE 40 MINUTOS.

LAS COMPLICACIONES INMEDIATAS FUERON LA INFECCION DEL OSTOMA EN 2 PACIENTES Y DEBIDO A LA ANESTESIA GENERAL EN 1 PACIENTE.

CONCLUSIONES: EL SOPORTE NUTRICIONAL CON GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA Y LA GASTROSTOMIA QUIRURGICA SON TECNICAS SEGURAS PARA LA NUTRICION DEL PACIENTE EN DIFERENTES CIRCUNSTANCIAS. LA COLOCACION EN LOS DOS METODOS PRESENTO UNA BAJA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES.

PLASMOCITOMA DE PÁNCREAS COMO CAUSA DE ICTERICIA OBSTRUCTIVA

AC Benavidez, L Castellani, DC Balderramo, MA Higa, DH Camps, SDC Bertola Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Hospital Privado, Centro Médico de Córdoba, Argentina., Argentina.

INTRODUCCION

Los plasmocitomas extramedulares son neoplasias de células plasmáticas poco frecuentes, representan alrededor de un 3-4% de las mismas. El compromiso gastrointestinal ha sido reportado en alrededor de un 10% de los casos, comprometiendo hígado, y en algunos casos páncreas. Se presenta principalmente en la sexta y séptima década de la vida, con un predominio en el sexo masculino. Los plasmocitomas extramedulares son una rara manifestación de mieloma múltiple, alrededor de un 4-7% y más infrecuentes son los plasmocitomas primarios.

CASO CLINICO

Hombre de 70 años de edad con antecedentes de mieloma múltiple que consulta por pérdida de peso, ictericia, coluria y acolia. Tres años atrás fue diagnosticado de mieloma múltiple. Recibió tratamiento con múltiples esquemas quimioterápicos presentando remisión de la enfermedad al año. El paciente comenzó con pérdida de peso (aproximadamente 8kg) de 4 semanas de evolución asociada a ictericia, coluria y acolia. En el laboratorio se observó colestasis (bilirrubina 17.2mg/dl, GOT 98 U/l, GPT 2227 U/l, GGT 1087 U/l, FAL 1106 U/l) y enzimas pancreáticas normales. Se realizó una TAC de abdomen que mostró dilatación importante de la vía biliar (intra y extrahepática) con una imagen nodular de 40mm localizada en la cabeza del páncreas que comprimía en colédoco distal. Además se observó otras imagen nodular en la cola de páncreas (35mm) y múltiples adenopatías satélites. Con la sospecha de neoplasia primaria de páncreas se solicitó una CPRE evidenciando una papila aumentada de tamaño recubierta por mucosa erosionada e irregular y una estenosis filiforme del colédoco distal con dilatación proximal (colédoco de 13mm). Se colocó una prótesis biliar plástica (10 Fr, 10 cm) y se tomaron biopsias de región papilar. La anatomía patológica de las biopsias mostró infiltración por neoplasia de células plasmáticas, monoclonales para cadena ligera lambda con inmunohistoquímica que evidenció CD138+, lambda+, P53 50% y Ki67 40% compatible plasmocitoma pancreático secundario a mieloma múltiple. Se inició tratamiento quimioterápico presentando una mejoría progresiva, clínica y en laboratorio, a los 2 meses de seguimiento.

DISCUSION

Existen pocos casos publicados de plasmocitoma pancreático como presentación de la recurrencia del mieloma múltiple. La aparición simultánea de plasmocitomas extramedulares en múltiples localizaciones anuncia un cambio de comportamiento clínico del mieloma múltiple que suele seguir un curso más agresivo con mayor resistencia a la quimioterapia. Al igual que otras causas de obstrucción biliar neoplásica, la CPRE es el método diagnóstico-terapéutico de elección ya que posibilita el estudio histológico y la colocación de prótesis biliar. Esta última produce una mejoría rápida de la colestasis, lo que puede disminuir la posibilidad de complicaciones asociadas (ej.: colangitis) y favorece el inicio más rápido de la quimioterapia.

CPRE AMBULATORIA, LO SEGUIMOS HACIENDO?

GL Jury, R Lopez Fagalde, RH Jury
Centro de Estudios Digestivos, Argentina.

INTRODUCCION

La colangiopancreatografía retrograda endoscópica es un procedimiento terapéutico con complicaciones del 2 al 10 % en diferentes series y mortalidad en alrededor del 1 %, debido a esto, y a pesar de tener el beneficio de ser un procedimiento mínimamente invasivo, históricamente requiere internación entre 24 y 48 hs. Teniendo en cuenta que el 80% de las complicaciones se producen dentro las 6 hs. post estudio, la externación de los pacientes disminuye los costos relacionados a la internación. A pesar de que externar a los pacientes es frecuente en la práctica diaria, se encuentran pocos trabajos en la literatura.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es mostrar la factibilidad y seguridad de realizar CPRE ambulatorias en un centro sin internación, monovalente de gastroenterología y endoscopia terapéutica en la ciudad de Mar del Plata, desde agosto del 2005 a diciembre del 2011.

MATERIAL Y METODO

Se realizaron 2236 estudios (CPRE), de los cuales 1222 (55%) fueron ambulatorios, grupo A, y el resto internados (45%), grupo B. Se analizaron datos relacionados entre ambos grupos: demográficos, tasa de éxito, riesgo anestésico (ASA), tiempo de estudio, diagnóstico, complicaciones y óbitos. Los pacientes realizados en nuestra institución luego de la CPRE se quedan al menos 2 hs en observación. Decidiendo allí su alta si esta se realiza, se les informa sobre pautas de alarma en forma verbal y escrita junto con 2 teléfonos de la institución y de los médicos operadores. Los pacientes internados en diferentes instituciones son realizados por los mismos operadores siendo dados de alta luego de resolver su cuadro clínico.

El 59% de los pacientes pertenecen al sexo femenino, con una edad promedio de 64 años. Presentando una tasa de éxito global del 95% (A= 95%- B=94%). La duración promedio del estudio, fue de 32min (A: 32min, B: 31min). La patología más frecuentemente hallada en ambos grupos fue litiasis, seguida por el cáncer de páncreas. ASA promedio de 2.16 (A: 2,13 B: 2,19). El numero de complicaciones relacionadas con el procedimiento fueron 55 (2,46%) del total de paciente, A: 15 (1,2%) Vs 40 (3,9%) en el grupo B. (RR 0.3 95% CI 0.17-0.55; valor de la p <0.001); En cuanto a los óbitos no hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, 3 grupo A (0,24%) Vs 5 (0,49%) grupo B.

CONCLUSION

Los resultados muestran la baja tasa de complicaciones, permitiendo realizar CPRE ambulatoria, en un centro especializado en endoscopia terapéutica, donde la accesibilidad a un centro de internación es posible luego del procedimiento.

EXPERIENCIA EN GASTROSTOMÍAS ENDOSCÓPICAS PARA PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA, EN UN HOSPITAL PÚBLICO . DATOS PRELIMINARES

GM Vitcopp1, R Garcés Müller1, VA Löbbe1, A González1, GE Rodríguez2, V Drozd1, MC Wassner1, R Rey2, M Bettini2, MT Gutierrez2, LS Uranga1, AP Fernandez Marty1

1 Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo", Argentina. 2 Hospital Gral. de Agudos "José Ramos Mejía", Argentina.

Objetivos: Analizar la factibilidad y las complicaciones de la implementación y uso de la gastrostomía percutánea para el apoyo nutricional en pacientes (pac) con esclerosis lateral amiotrófica (ELA).

Material y métodos: Se evaluaron retrospectivamente las historias clínicas de 8 pac con ELA a quienes se realizó gastrostomía percutánea, desde julio 2010 hasta junio 2012. Se analizaron las características clínicas, epidemiológicas y nutricionales, así como la factibilidad y evolución del procedimiento.

Resultados: Ocho pac; sexo M/F (5/3), edad (media): 59,3 años (44-70). Tiempo de evolución de ELA (media) 25,2 meses (9-48). Capacidad vital forzada: $\geq$ 70%: 1 pac (12,5 %); entre 31 y 69%, 5 (62,5%); $\leq$ 30%: 2 (25%). Comorbilidades: hipertensión arterial (2 pac), tabaquismo (2 casos) y diabetes (1 pac). Tolerancia oral a líquidos: 7 pac (87,5%); 1 caso sin posibilidad de alimentación por vía oral (12,5%). Mediana de pérdida de peso prequirúrgico: 24,15%. Proteinemia y albuminemia en rango normal: 5 pac (66%). Un pac recibía alimentación enteral por sonda nasogástrica y los 7 restantes, suplementos nutricionales. Residencia: Gran Bs As: 5 pac (62,5%) CABA: 1 (12,5%), interior del país: 2 (25%). En todos los casos, se efectuó gastrostomía percutánea con control endoscópico (PEG), con anestesia local y sedación. Complicaciones del procedimiento: agudas: 1 (absceso periostoma; 12,5%); alejadas: 1 (extrusión de catéter gastrostómico; 12,5%). Estadía hospitalaria (mediana): 24 horas (11-36); sin requerimiento de Terapia Intensiva.

El tiempo desde la colocación de la PEG hasta el inicio de la alimentación enteral fue de (mediana): 12 horas (12-24), y el lapso para alcanzar los requerimientos calórico-proteicos correspondió a (mediana) 2 días (0-7). Las fórmulas enterales administradas fueron del tipo: "listas para usar" (4 pac; 50%), artesanal (en base a alimentos; 2 casos; 25%), y mixta (alimentos y fórmulas en polvo; 2 casos; 25%). La tolerancia alimentaria con el método discontinuo fue buena y permitió sostener el apoyo nutricional en forma ambulatoria.

Conclusiones: Pese al estado clínico-neurológico de esta población, la colocación de una PEG por un equipo entrenado en la técnica, resultó ser un procedimiento sencillo y factible, con baja incidencia de complicaciones. La intervención de nutricionistas y médicos especializados en Nutrición, permitió iniciar rápidamente la alimentación enteral y un seguimiento ambulatorio adecuado. La continuidad del tratamiento en pac con ELA asistidos con esta modalidad de soporte nutricional, es posible mediante el trabajo conjunto de un equipo multidisciplinario.

ROL DE LA ENTEROSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DE TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL LOCALIZADOS EN INTESTINO DELGADO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

CE Ciarlo, E Baez, C Molina, A Currás, J Carrillat, S Figurelli, J Doweck
HOSPITAL J.A.FERNANDEZ, Argentina.

Introducción

Los tumores del estroma gastrointestinal son las lesiones mesenquimales más comunes que comprometen el tracto gastrointestinal, pero a pesar de ello, presentan una baja prevalencia. Los sitios afectados son: Estómago (50-70%), Intestino delgado (30-45%), colorrectal (10-15%) y esófago (menos del 5%). El 70% son sintomáticos, manifestándose a través del sangrado o anemia, dolor abdominal, masa palpable, disfagia, obstrucción o perforación. Aquellos tumores localizados en intestino delgado presentan un peor pronóstico comparado con los localizados en estómago, colon o recto.

La edad promedio de presentación es 63-66 años.

En el 80% de los casos presentan la mutación del KIT, mientras que el 8% exhibe la mutación del PDGFRA.

Las modalidades diagnósticas son la endoscopia digestiva alta, la videocolonoscopia, la ecoendoscopia y la enteroscopia de acuerdo a la ubicación de la lesión. Por su localización submucosa, se recomienda la punción aspiración con aguja fina guiada por ecoendoscopia para la obtención de tejido. Entre algunos métodos de imágenes, se dispone de TAC, RMN y PET. El conocimiento de este tipo de tumores y su presentación clínica es fundamental para su diagnóstico y tratamiento.

Objetivo: Presentar un caso clínico con el fin de considerar la importancia de la enteroscopia para el diagnóstico de tumores localizados en intestino delgado.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 65 años de edad, con antecedentes de anemia crónica de un año de evolución, derivada a nuestro servicio para tratamiento con Plasma argón de lesiones vasculares localizadas en intestino delgado. Presentaba endoscopia digestiva alta normal, videocolonoscopia con aislados divertículos en colon transverso, un tránsito de intestino delgado informado como normal y una enterocápsula que informaba flebectasias a nivel de yeyuno medio. La paciente intercorre con melena. Se repite endoscopia digestiva alta y videocolonoscopia sin diferencias con respecto a las previas. Se realiza enteroscopia con el fin de realizar diagnóstico y tratamiento, evidenciándose a 70 cm del ángulo de Treitz una lesión submucosa sobrelevada con pliegues en tienda de campaña de 30 mm, ulcerada en dos sectores (biopsia), compatible con GIST y venectasias en la mucosa observada.

La anatomía patológica informó positivo para los marcadores CD 117, vimentina, S-100, con un Ki 67 menor de 2%, en proliferación fusocelular.

Se realizó laparotomía con resección de 10 cm de intestino delgado, con márgenes libres, no observándose adenopatías. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica informó un conteo mitótico 1/50, vimentina+, CD 34- y Ki67 del 4%, compatible con GIST de bajo riesgo.

Conclusiones

En el presente caso clínico, destacamos el rol de la enteroscopia, un estudio que permite acceder al intestino delgado, como modalidad diagnóstica de un tumor localizado en yeyuno, a pesar de no haber sido evidenciado en los estudios realizados previamente y que permitió la toma de muestra de tejido, realizando el diagnóstico anatomopatológico previo al acto quirúrgico.

NÚMERO DE DETECCIÓN DE ADENOMAS SEGÚN EL TIEMPO DE SALIDA DE LA COLONOSCOPIA

S Canseco, D Díaz, M D'Alessandro, J Bosch, C Sánchez, R Figueredo, L Manzotti, ML García, L Correa, MC Bolino, L Caro, C Cerisoli
Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica, Argentina.

Introducción: La rol central de la colonoscopia para el rastreo del cáncer colo-rectal (CCR) ha sido ampliamente documentado. La efectividad y seguridad están determinadas por su realización acorde a los indicadores de calidad recomendados; la Tasa de Detección de Adenomas (TDA) es el más estudiado. Se ha observado mayor TDA por endoscopistas que retiran el instrumental en tiempos más prolongados. Sin embargo, si el número de lesiones detectado por procedimiento es variable según la duración del tiempo de salida es un aspecto menos evaluado. Objetivo: Determinar si las VCC con tiempo $\geq$ 6 minutos permiten la detección de $>$ número de adenomas que aquellas con tiempo de salida $<$ a 6 minutos. Materiales y método: Se incluyeron adultos de ambos sexos $\geq$ 50 años. Factores de riesgo moderado o alto para CCR, VCC incompletos y cirugías colonicas previas fueron criterios de exclusión. El estudio se realizó en un centro de endoscopia digestiva, entre agosto 2010 y agosto 2011. Diseño: prospectivo, comparativo, observacional y transversal. El trabajo fue aprobado por el Comité de Bioética de la institución. Análisis estadístico: paquete estadístico: SPSS V16; Estimación de IC 95 %, Chi cuadrado, Fisher, t test de Student, de Kolmogorov-Smirnov, de ANOVA a 1 vía y comparaciones post hoc por test de bonferroni. Nivel de significación: $\alpha = 0.05$. La limpieza colonica fue medida con la Escala de Boston. Las VCC se realizaron bajo sedación con equipos Olympus. Resultados: Fueron enrolados 594 pacientes; 46% (n:278) en el grupo $<$ 6 minutos (G1) y 53,2% (n:316) en el grupo $\geq$ 6 minutos (G2). Predominó el sexo femenino en ambos grupos (G1: 55,8% y G2: 54,7%). La edad promedio fue superior en G2 (G2: 58,22 vs G1: 54,82 años). La TDA global fue similar en ambos grupos (G1:23,4 % vs G2: 21,8 %); la TDA en ambos géneros se detallan en la tabla 1. Número de adenomas: En G2, se detectó mayor número de pacientes con 2 y 3 adenomas; diferencia estadísticamente significativa ($p=0.003$). Edad, sexo y horario de realización fueron evaluados como posibles factores que influyeran en este hallazgo, y se observó que los pacientes de mayor edad tenían mayor número de lesiones ($p=0.047$). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la TDA en procedimientos realizados en tiempo de salida ≥ 6 que en aquellos realizados en un tiempo inferior a este tiempo ($p(\text{Fisher})= 0,3434$). Conclusiones: En nuestra serie se observó mayor número de adenomas en VCC con tiempo de salida ≥ 6 minutos en pacientes de mayor edad, no obstante la TDA fue similar en ambos grupos. Causas vinculadas al paciente como Índice de Masa Corporal (IMC), comorbilidades y medicación concomitante serían factores a evaluar en la génesis de estas neoplasias en futuros estudios.

Tabla 1: TDA según género:

	Tiempo de salida <6 minutos	Tiempo de salida $\geq$ 6 minutos
Mujeres	19,7%	17%
Varones	26%	27%

EP-030

TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS DURANTE EL TIEMPO DE REALIZACIÓN DE LA COLONOSCOPIA

S Canseco, D Díaz, M D'Alessandro, J Bosch, C Sánchez, R Figueredo, L Manzotti, ML García, L Correa, MC Bolino, C Cerisoli, L Caro
Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica, Argentina.

Introducción: El Cáncer Color rectal (CCR) es la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo occidental. Su detección precoz, permite optimizar la terapéutica, y mejorar la sobrevida. La colonoscopia es el método recomendado para su pesquisa, sin embargo, la efectividad del método está determinada por la calidad del mismo. Existen varios indicadores para calificar los procedimientos, siendo la tasa de detección de adenomas (TDA) y la intubación cecal los más comúnmente utilizados. **Objetivos:** 1º Estimar la tasa de detección de pólipos y de adenomas durante todo el procedimiento. 2º Comparar si la TDA es mayor en la salida que en la entrada. **Materiales y método:** Se incluyeron adultos de ambos sexos con riesgo promedio para CCR con indicación de pesquisa. Se excluyeron pacientes con riesgo moderado y alto y evaluación incompleta del colon. El estudio se llevó a cabo en un centro ambulatorio de gastroenterología entre octubre de 2010 y setiembre de 2011. **Diseño:** prospectivo, observacional y transversal, y descriptivo para el primer objetivo y de comparación a muestras relacionadas para el segundo objetivo. La limpieza colónica se realizó con Polietilenglicol (PEG) o fosfatos con o sin bisacodilo. Las VCCs se realizaron con equipos Olympus, bajo sedación. Se estimó la tasa de detección de al menos un pólipo y TDA durante ambos tiempos de VCC y en la entrada y salida por separado. El protocolo fue aprobado los Comités de Docencia e Investigación y de Bioética de la Institución. **Análisis estadístico:** paquete VCCstat 2.0., Fisher. **Resultados:** Se evaluaron los datos de 766 pacientes. Se incluyeron en el análisis 640 pacientes; 56% (361/640) eran mujeres; la edad promedio fue 61 años. El tiempo promedio de salida de colonoscopia fue 2,41 min $\pm$ 1, Mediana = 2,76 (IC95% 2,2-2,3). (Mín.: 0,5 y máx. 11 min). 1. La tasa de detección de al menos un pólipo durante todo el procedimiento en ambos géneros fue 157/640 (24 % IC95 21-28), en varones fue 80/279 (28 % IC95 23-34) y en mujeres fue 77/361 (21% IC95 17-35). La TDA global fue 102/640 (16% IC 95 13-19), en varones fue 50/279 (18% IC 95 14-23) y en mujeres fue 52/361 (14% IC 95 11-18). 2. Se evidenció que TDA fue superior en la salida (4,2% (IC 95 3-6) vs 10,5 (IC 95 8-13)); $p=0,000004$. **Conclusiones:** La detección de lesiones se realizó predominantemente en el tiempo de salida de VCC tal como se evidencia en la literatura mundial. Sin embargo sería de interés realizar estudios con mayor número de pacientes para evaluar potenciales diferencias en la localización, tamaño e histología de lesiones detectadas según el tiempo del procedimiento a fin de disminuir número de lesiones perdidas.

EP-032

OBSTRUCCION NEOPLASICA DE COLON; STENT IN STENT

GL Jury, R Lopez Fagalde, GA Ramacciotti, M Pastorino, D Naiderman, L Amieva, G Bouzas, M Dolan, C Pili, A Catalani
Centro de Estudios Digestivos, Argentina.

INTRODUCCION

La obstrucción neoplásica del colon es una situación de urgencia que históricamente se resolvía mediante cirugía en 2 tiempos, actualmente la introducción del stent colónico con sus dos indicaciones como puente quirúrgico y como tratamiento paliativo debería ser la primera indicación.

OBJETIVO

Presentar caso clínico en donde la resolución inicial con stent colónico en un paciente subobstruido no funcionó y debido al performance status del paciente se colocó segunda prótesis obteniendo éxito técnico y clínico.

CASO CLINICO: paciente de 87 años que consulta por cuadro de subobstrucción intestinal, donde se confirma mediante TAC estenosis neoplásica en unión recto-sigmoidea, por lo que se decide colocación de prótesis enteral de 12 cm por 15 mm descubierto, con mejoría parcial, presentando nuevamente síntomas a las 72 hs., luego de presentación en ateneo se decidió intentar con segundo stent, en este caso esfágico cubierto de 12 cm por 18 mm de calibre, logrando éxito técnico y clínico hasta el óbito del paciente por evolución de su enfermedad.

CONCLUSION: se presenta caso de stent in stent en colon obteniendo éxito técnico y clínico, con escasos reportes en la literatura.

EP-031

TUMOR GIGANTE DE GLANDULAS DE BRUNNER

H Imhof, A Pierini, L Gianinetti, L Pierini, E Burlando
Clinica de Nefrología, Urología y Enf. Cardiovasculares., Argentina.

INTRODUCCION: El hamartoma de glándulas de Brunner es una lesión infrecuente que representa el 5 % de los tumores duodenales. Se localiza con más frecuencia en primera porción duodenal. Cursa de forma silente, ocasionalmente puede manifestarse con anemia por sangrado digestivo o bien producir síntomas obstructivos. Si bien se lo considera una lesión benigna se describen casos de transformación maligna. La Eco-endoscopia permite establecer un diagnóstico de sospecha y determinar la mejor opción terapéutica (endoscópica o quirúrgica). La resección endoscópica debería ser planteada como la primer opción terapéutica.

OBJETIVO: Presentación de caso.

MATERIAL Y METODO: Masculino de 42 años edad que consulta por melena + síndrome anémico, meses de evolución. Se realiza Video-gastroscopia: formación marmelada, ulcerada, pediculada, de aproximadamente 60 mm en primera rodilla duodenal. Biopsia no concluyente. Se realiza EUS que informa: formación heterogénea, que compromete mucosa y submucosa, respetando las capas profundas, compatible con Tumor de Glandular de Brunner. Se realiza resección endoscópica, controlando sangrado de lecho mediante Clip, resultado satisfactorio. Biopsia: Hiperplasia de Glándulas de Brunner. El paciente evoluciona de manera satisfactoria.

CONCLUSIONES: El tumor de Glándulas de Brunner debe ser pensado y correctamente estudiado ya que puede llevar a un sobre-tratamiento quirúrgico. En nuestro caso vemos la importancia de la EUS en el diagnóstico y planeamiento terapéutico. Concluimos que la resección endoscópica de estos tumores cuando no sobrepasan la capa submucosa, representa un método seguro, factible y miniinvasivo.

EP-033

FACTORES ASOCIADOS A SANGRADO POST RESECCIÓN MUCOSA ENDOSCÓPICA DE LESIONES COLÓNICAS

JE Pizzala, IC Oria, D Manazzoni, J Rivera, F Marcaccio, VH Abecia Soria, S Carrión Sanchez, CM Elizondo, J Dávolos, JA De Paula, CA Macías Gomez
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La técnica de resección mucosa endoscópica es ampliamente utilizada en el tratamiento de adenomas colónicos. La tasa de complicaciones como el sangrado, el síndrome post polipectomía y la perforación posiblemente se relacionen a distintos factores asociados o no a la técnica endoscópica.

Objetivo: Determinar la tasa de complicaciones en nuestra serie y evaluar la existencia de factores predictores de sangrado posterior a la resección mucosa endoscópica (RME) **Métodos:** Se revisaron las historias clínicas electrónicas de los pacientes a los cuales se les realizó un RME en colon. De un total de 1995 procedimientos realizados en un hospital universitario entre 2006 y 2011, se seleccionó una muestra al azar (aleatoria simple) de 663 procedimientos en 639 pacientes con seguimiento posterior. Se evaluó el número de complicaciones. Se analizó la existencia de factores predictores de sangrado post procedimiento mediante un análisis univariado en función de: tamaño y tipo de lesión, intento de resección previo, ubicación, tipo de técnica utilizada, consumo de aspirina y la edad del paciente. **Resultados:** De los 663 RME analizadas se observaron 47 (7,1%) sangrados, 2 (0,3%) perforaciones y 13 (2%) síndromes post polipectomías. De los sangrados, 28 fueron intraprocedimiento, 4 dentro de las 24hs y 15 más allá de las 24hs. De los sangrados diferidos, 16 fueron manejados con tratamiento médico, 3 requirieron hemostasia endoscópica y ninguno requirió cirugía. Se observaron como factores predictores de sangrado la técnica de "piecemeal" (OR:3,1 IC95%; 1,5-6,2, $p<0,001$), las lesiones extendidas lateralmente ($p<0,029$), la falta de suspensión de aspirina (OR:15,5 IC95%; 2,07-110, $p<0,023$). No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el riesgo de sangrado y la mayor edad del paciente ($P<0,4$), la ubicación topográfica de las lesiones (OR:1,44 IC95%; 0,78-2,6, $P<0,24$), el intento de resección previa (OR:1,04 IC95%; 0,13-8,1, $P<0,96$), el tamaño mayor de 2cm (OR:2,2 IC95%; 0,87-5,5, $P<0,08$).

Conclusiones: El uso de aspirina, la técnica de "piecemeal", las lesiones extendidas lateralmente se asociaron significativamente a una mayor frecuencia de sangrado. En nuestra serie, se observó una tasa de complicaciones similar a la referida en la literatura.

EP-034**MANEJO ENDOSCOPICO DE ASCARIDIASIS BILIAR MULTIPLE CON PANCREATITIS Y COLANGITIS BACTERIEMICA**

MG Porfilio Gularte, EV Parra Wirth, OA Sosa, FA Vinuesa, EA Maidana Proch, E Moreschi Aquino, MC Barrio, JL Fernandez
Hospital Escuela de Agudos "Dr. Ramón Madariaga", Argentina.

OBJETIVOS: Reportar el caso de una colangitis bacteriémica asociada a pancreatitis por tratarse de una presentación clínica poco frecuente de la parasitosis de la vía biliar, teniendo en cuenta que la ascariasis biliar puede cursar hasta un 24% con colangitis y 0,2 – 6% con pancreatitis.

MATERIALES Y METODOS: Masculino, 15 años derivado a nuestro nosocomio con dolor abdominal, vómitos biliosos y expulsión de formas parasitarias. Ingreso febril, icterico, con dolor abdominal y persistencia de vómitos. Requirió estudios imagenológicos y endoscópico diagnóstico- terapéutico

Laboratorio: Hto: 42% Hgb: 14,2gr% GB: 11.260 /mm Ne: 85% Eo: 12% Bb T: 4,83 mg% BbDir: 3,91 mg% GOT: 150 UI/l GPT: 120 UI/l FAL: 431 UI/l Amilasaemia Día 1: 361 UI/l - Día 2: 968 UI/l - Día 11: 156 UI/l. HIV (Elisa) negativo.

Ecografía: Aerobilia. Imagen hiperecogénica tubular sin sombra acústica posterior. TAC: Vía biliar 11 mm. Yeyuno de paredes engrosadas, contenido heterogéneo con falta de relleno en su interior (parasitosis). Dilatación del Wirsung de 5 mm. Páncreas de bordes difusos poco definidos.

Hemocultivo x 2: E. Coli Sensible a ampicilina/sulbactam, cefalosporina, ciprofloxacina.

VEDA Día 4: Extracción caudo proximal secuencial de áscaris lumbricoides, 54 vermes vivos.

CPRE Día 12: Se extrajo con ansa vermis inerte de la vía biliar. Vía extrahepática con dilatación leve e intrahepática normal, sin evidencia de parásitos residuales Drenaje de bilis purulenta posterior a la canulación de la vía biliar.

Cumplió 14 días con Ampicilina/sulbactam. Evoluciono estable, afebril. Los parámetros del hepatograma se normalizaron. Recibió mebendazol 100 mg cada 12 hs por tres días.

CONCLUSIONES: El manejo médico- endoscópico fue resolutorio para el cuadro coléctasico y pancreático consiguiendo la eliminación total por inhibición/autólisis de los helmintos y desobstrucción de la vía biliar.

El factor predisponente de migración hacia la vía biliar fue la ascariasis intensa y la fiebre, otros factores como uso de anestésicos, imidazoles previos o alteraciones anatómicas, litiasis y cirugías previas de la vía biliar no han sido identificadas en el paciente. Son pocos los trabajos que reportan bacteriemias en las complicaciones biliares y pancreáticas de la ascariasis.

EP-036**INVAGINACIÓN ILEO-COLONICA SECUNDARIA A HIPERPLASIA LINFOLICULAR**

E Corfield, P Borobia, N Balcarce, R Ben, V Bernedo, G Leidi, K Devigo, L Guzmán, N Lucero, S Miculan, G Nanfito, A Uhlir, E Cueto Rúa
Hospital Sor María Ludovica, Argentina.

Introducción

La invaginación ocurre cuando una porción del intestino se desliza dentro del segmento adyacente. Solo en el 2-8% se puede reconocer la causa de la invaginación.

Objetivo

Describir 3 casos clínicos de invaginación intestinal secundaria, presentando en colonoscopia hiperplasia nodular linfoide (HNL)

Casos Clínicos**Paciente 1**

Paciente de 5 meses consultó por irritabilidad, vómitos y proctorragia.

Se confirmó invaginación intestinal, resolviéndose por colon por enema. Reingresa a las 48 Hs por proctorragia.

Examen físico normal, deposiciones con moco no diarreicas.

Ecografía: imagen heterogénea multilaminar fija, sugiriendo asa intestinal.

Laboratorio normal. Coprovirológico negativo.

Centellografía: Meckel negativo.

Videocolonoscopia: a nivel de ciego formación polipoidea multilobulada de 3cm, que protruye a través de válvula ileocecal. Histología HNL

Sospechándose intolerancia a las proteínas de leche de vaca, luego de descartar otras etiologías, indicamos corticoides por 10 días, fórmula elemental.

Control endoscópico: mucosa nodular, tumoración de menor tamaño.

Paciente 2

Paciente de 3 años derivada por invaginación intestinal.

Ecografía abdominal: imagen en escarapela.

Laboratorio Normal.

Colon por enema descarta invaginación, observándose defecto de relleno en válvula ileocecal.

Colonoscopia: mucosa ileon nodular, eritematosa, friable. Histología HNL

Conducta: corticoides VO, dieta hipoalérgica. Con buena evolución

Paciente 3

Paciente de 19 meses derivado por dolor abdominal, vómitos e imagen sugestiva de invaginación intestinal. Presenta desnutrición, retraso madurativo y antecedente de invaginación intestinal hace un año.

Desinvaginación por colon por enema.

Por antecedentes se descarta divertículo de Meckel y videocolonoscopia: ileon mucosa nodular. Histología: hiperplasia linfoliocular

Tratamiento: corticoides orales, dieta hipoalérgica. Buena evolución clínica

Conclusión

Destacar la importancia de la endoscopia en el diagnóstico de la causa de invaginación secundaria a una etiología poco habitual.

EP-035**HEMORRAGIA DIGESTIVA GRAVE DE CAUSA POCO HABITUAL**

P Borobia, N Balcarce, R Ben, V Bernedo, E Corfield, K Devigo, G Leidi, L Guzmán, N Lucero, N Lucero, S Miculan, G Nanfito, A Uhlir, C Zubiri, E Cueto Rúa
Hospital de Niños Sor María Ludovica, Argentina.

Introducción:

Las causas más frecuentes de hemorragia digestiva grave en pediatría se deben a ruptura de vórices esofágicas, úlcera gastroduodenal, divertículo de Meckel, aunque en algunas ocasiones, éstas son poco habituales.

Objetivo:

Mostrar dos causas de hemorragia digestiva poco habitual y la importancia de realizar una segunda endoscopia alta frente al resultado normal de un primer procedimiento.

Paciente 1: femenino de 4 años que consulta por melena con descenso de hematócrito de diez puntos, requiriendo transfusiones. Se realizaron: centellografía que fue negativa para mucosa gástrica ectópica y VEDA normal. Al persistir cuadro clínico se realizó segunda VEDA encontrándose formación sobrelevada, de forma longitudinal en tercera y cuarta porción del duodeno la cual fue resuelta endoscópicamente mediante mucosectomía.

Resultado anatomopatológico: Mucosa gástrica ectópica.

Paciente 2: femenino de 4 años que ingresa por hematemesis, hemodinámicamente descompensada, requiriendo dos transfusiones. Se realizó VEDA encontrándose a nivel de rodilla duodenal formación sobrelevada de 5 mm rodeada de mucosa de aspecto angiomatoso, a 1 cm de ampolla de Vater que sangraba activamente. A los 4 meses reingresa con igual sintomatología realizándose nueva VEDA, ante la imposibilidad de controlar la hemorragia se realiza cirugía. Posteriormente requirió terapéutica endoscópica diatérmica para su resolución.

Resultado anatomopatológico: Hemangioendoteloma kaposiforme duodenal.

Conclusiones:

En un 5% de los pacientes es difícil identificar la causa de hemorragia digestiva alta, una segunda endoscopia sería necesaria para definir la etiología del sangrado.

Los dos casos representan etiologías infrecuentes de sangrado grave y la terapéutica endoscópica sería un método apropiado para su resolución.

EP-037**MUCOSA GÁSTRICA ECTÓPICA PRESENTACIÓN Y DISTRIBUCIÓN**

A Uhlir, K Devigo, R Ben, N Balcarce, P Borobia, G Nanfito, G Leidi, L Guzmán, S Miculan, V Bernedo, C Zubiri, E Corfield, N Lucero, E Cueto Rúa
Hospital de Niños Sor María Ludovica, Argentina.

Introducción

La mucosa gástrica ectópica de origen embriológico puede verse en boca, esófago, intestino delgado, vesícula, divertículo de Meckel y recto. Representa un islote de epitelio columnar que semeja glándulas gástricas.

Macroscópicamente se observa en esófago (inlet patch), como áreas definidas de tejido de distinta coloración, mas rosada, que puede ser plana, elevada o deprimida. En intestino se presenta como lesiones planas, elevadas, deprimidas o polipoideas en relación con mucosa intestinal normal o siendo parte de la mucosa de divertículo de Meckel y duplicaciones. Esta suele secretar moco y ácido clorhídrico. El ácido clorhídrico actúa como agente lesionante causando inflamación, ulceración y sangrado del tejido adyacente.

Los síntomas que suelen presentar los pacientes con mucosa ectópica gástrica en esófago son disfagia, sensación de globo, disfonía, bronquitis obstructiva recurrente y cuadros de obstrucción de la vía aérea. Los pacientes con mucosa ectópica gástrica en intestino suelen manifestarse con melena o hematoquezia, llegando en ocasiones a inestabilidad hemodinámica por su intensidad. En ambos casos también puede estar presente mucosa gástrica ectópica y nunca desarrollar síntomas, siendo un hallazgo durante una endoscopia por otra causa.

Objetivo

Mostrar la distribución y motivos de consulta de los pacientes con diagnóstico final de mucosa gástrica ectópica en el tracto digestivo durante los últimos 5 años.

Materiales y Métodos

Se realizó una revisión retrospectiva de las bases de datos de los Servicios de Gastroenterología y de Anatomía Patológica del Hospital de Niños Sor María Ludovica. En el periodo comprendido entre junio del año 2006 y junio del año 2011, se hallaron 25 casos, 7 de los cuales fueron diagnóstico endoscópico y 18 de piezas quirúrgicas, con una relación varón/mujer de 3:2. La media de edad fue 3,5 años, con un rango de 2 meses a 10 años.

Resultados

De los 25 casos, 5 fueron en esófago superior, 1 en duodeno distal, 18 divertículos de Meckel y 1 en recto.

Los motivos de consulta en esófago fueron: Bronquitis obstructiva recurrente, espasmo del cricofaríngeo y 3 hallazgos endoscópicos en estudios por diarrea crónica. Los 20 pacientes restantes consultaron por hemorragia digestiva. En 2 casos de divertículo de Meckel se encontró además tejido pancreático.

EP-038

PERFORACION DUODENAL POR STENT BILIAR

F Martí Borsotti, E Fleischer, A Nombarasco
Hosp. J. M. Cullen, Argentina.

Perforación Duodenal por Stent Biliar

Introducción: Paciente de 67 años de edad, sexo femenino, a la que se coloca Stent Biliar de 7 F por 10 cms por lesión quirúrgica de vía biliar (LQVB), constatándose posteriormente perforación duodenal hacia retro peritoneo por migración parcial del mismo. **Desarrollo:** Paciente colecistectomizada por videolaparoscopia con LQVB y colocación de tubo de kher, resuelto en forma diferida por vía convencional con anastomosis termino terminal del colédoco por encima de la unión cístico coledociana. Asociado a bilioma post- anastomosis, es derivada a nuestro servicio para continuar tratamiento. Se realiza drenaje percutáneo de bilioma. También CPRE, contrastando y observándose estenosis leve a nivel de la anastomosis biliar con tubo de kher normoinsero y fuga importante del contraste a través de dicha anastomosis, se realiza papiloesfinterotomía, colocación de prótesis biliar plástica de 7 french por 10 cm. Por regular evolución clínica, se realiza tomografía computada donde se evidencia la porción distal de la protesis biliar y colección pequeña en retroperitoneo. Se realiza nueva CPRE, constatándose protesis biliar parcialmente migrada y microperforación duodenal de cara contralateral, por el extremo distal de dicha prótesis. Se extrae la protesis y se constata el orificio de perforación puntiforme, con reflujo bilioso al duodeno a su través. En el mismo acto se contrasta la vía biliar, no evidenciándose fuga a través de la anastomosis biliar y colocación de nueva protesis biliar plástica de 10 french por 10 cm con pigtail distal. Por buena evolución clínica y normalidad de la estabilidad hemodinámica, se decide tratamiento conservador de dicha lesión y de la colección retroperitoneal.

A los 30 días de su ingreso, previa ecografía abdominal que no informa líquido libre perihéptico, se realiza colangiografía transkher sin evidencia de fuga por la anastomosis, y duodenoscopia con prótesis normo inserta y sin microperforación duodenal. Se decide retirar tubo de kher. Clínicamente normal y estable, sin ictericia ni fiebre, tolerando dieta hepatoprotectora; se otorga el alta hospitalaria y se deriva a su ciudad de origen para control y seguimiento posterior.

Conclusión: La colocación de stent biliar es una excelente alternativa para el tratamiento paliativo ante obstrucciones y/o LQVB. No esta exenta de complicaciones, pero estas generalmente son de menor gravedad y de rápida solución. Entre ellas se encuentran, colangitis, hemorragia, obstrucción del stent y la obstrucción y la perforación intestinal. Esta última es una complicación muy rara y se da en la mayoría de los casos por la migración de la protesis biliar al intestino o por erosión y necrosis de la mucosa biliar. Estudios recientes describen tratamiento no quirúrgico para las microperforaciones como la colocación de endoclips. Nosotros instauramos el tratamiento conservador con control clínico estricto y procedimientos miniinvasivos, con resultados satisfactorios.

EP-040

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN UN SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DE UN HOSPITAL DE AGUDOS.

C Dorribo, C Ledesma, N Quijano, M Donatelli, S Regnasco, E Saá
Unidad de Gastroenterología - Hospital I. Pirovano, Argentina.

Introducción:

La hemorragia digestiva alta (HDA) es el sangrado digestivo que se origina proximal al ángulo de Treitz. Constituye una de las patologías más frecuentes de la gastroenterología con una incidencia mundial entre 50–150/100.000 personas. Es la urgencia gastroenterológica más frecuente siendo más común en pacientes masculinos de edad avanzada.

Objetivos:

Conocer la prevalencia y determinar las principales causas de HDA en un servicio de gastroenterología de un hospital de agudos de la Ciudad de Buenos Aires.

Materiales y métodos:

Diseño: Retrospectivo, descriptivo y observacional. Período de estudio: desde el 1° de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2011. **Criterios de inclusión:** Pacientes (pac.) mayores de 18 años que se realizaron Videoendoscopia digestiva alta (VEDA) dentro de las primeras 24 hs. luego de presentar signos de hemorragia digestiva alta (HDA) (hematemesis, melena, vómitos porráceos o débito sanguinolento por sonda nasogástrica); **criterios de exclusión:** pac. menores de 18 años. Los pac. con más de una VEDA en el término de 7 días fueron considerados como caso único y en aquellos con más de una lesión en la VEDA se consideró como causa de HDA la que presentaba estigmas de sangrado reciente. **Población:** De 1423 VEDA, 209 cumplieron los criterios de inclusión. Se clasificaron en grupos según causa de sangrado por diagnóstico endoscópico: Gastritis erosiva, duodenitis erosiva, úlcera gástrica, úlcera duodenal, gastroduodenitis erosiva, esofagitis, vórices esofágicas, cáncer gástrico, cáncer esofágico, síndrome de Mallory Weiss, angiodisplasia gástrica, y estudio normal. **Variables epidemiológicas:** Sexo, edad, consumo de antiinflamatorios no esteroides (AINEs) y aspirina, consumo crónico de alcohol y antecedentes de sangrado. Los resultados obtenidos fueron expresados en números absolutos y porcentajes.

Resultados:

De 1423 VEDA realizados durante los años 2010 y 2011, 209 VEDA fueron positivos para HDA (15%). La principal causa de HDA fue gastritis erosiva (28.2%). Otras causas: úlcera gástrica (19,1%), úlcera duodenal (12,4%), gastroduodenitis erosiva (7,2%), vórices esofágicas (5,7%), esofagitis erosiva (5,3%), cáncer gástrico (4,4%), duodenitis erosiva (2,8%), Mallory Weiss (2,8%), cáncer esofágico (1%), angiodisplasia gástrica (0,5%), cuerpo extraño (0,5%), esófago de Barrett (0,5%). Hubo 9,6% de VEDA normales. El 23,5% de los pac. consumían AINEs, 4,8% estaban anticoagulados y 14,3% eran consumidores habituales de alcohol.

Conclusión:

Los resultados de este estudio reflejan una prevalencia de HDA de aproximadamente 15% del total de pac. que fueron sometidos a VEDA en nuestro servicio, presentándose con mayor frecuencia en el sexo masculino (62%), y entre los 60 y 80 años, en ambos sexos. La principal causa de sangrado fue la gastritis erosiva representando el 28%, en contraposición a lo referido en la bibliografía donde la principal causa de sangrado es la úlcera gástrica. Aunque sumados úlcera gástrica y duodenal (31%) son la principal causa de HDA.

EP-039

ANÁLISIS DE PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS E HISTOLÓGICAS DE LOS PÓLIPOS COLORRECTALES DETECTADOS MEDIANTE VIDEOCOLONOSCOPIA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

C Dorribo1, C Ledesma1, N Quijano1, M Donatelli1, M Jaroslavsky2, S Regnasco1, E Saá1

1 Unidad de Gastroenterología - Hospital I. Pirovano, Argentina. 2 División Anatomía Patológica - Hospital I. Pirovano, Argentina.

Introducción:

Se denomina pólipo (P) intestinal a todo tumor circunscrito que protruye desde la pared intestinal hacia la luz. La relevancia médica de dichas lesiones radica en la alta prevalencia argentina de cáncer colorrectal (CCR), constituyendo la segunda causa de muerte por cáncer, representando el 3% de las muertes totales por cualquier causa, lo que constituye aproximadamente unas 6.500 muertes al año. La videocolonoscopia (VCC) es un procedimiento seguro y eficaz que debe ser considerado en la pesquisa del cáncer colorrectal ya que reduce la incidencia y la mortalidad del mismo no solo favoreciendo su detección en fases iniciales, sino también reduciendo la incidencia a través de la identificación y la resección temprana de los pólipos adenomatosos.

Materiales y métodos:

Diseño: retrospectivo, descriptivo, observacional y de corte transversal. **Período de estudio:** desde el 1° de enero de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2011. **Criterios de inclusión:** Pacientes (pac.) mayores de 18 años que realizaron VCC con diagnóstico de P reseados endoscópicamente. **Criterios de exclusión:** pac. menores de 18 años, pac. con poliposis intestinal (tomando como punto de corte la presencia de mas de 5 P), pac. con enfermedad inflamatoria intestinal. **Población:** 626 VCC e informes de Patología, hallándose 82 P que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. **Variables epidemiológicas:** Sexo, edad y antecedentes personales de enfermedades neoplásicas. Se agruparon los datos según localización de los P, tamaño y forma, características y clasificación anatómo-patológica. Los resultados obtenidos fueron expresados en números absolutos y porcentajes.

Resultados:

De 626 VCC realizadas en el año 2011, se realizaron 82 polipectomías cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión. 61 % de los P se presentaron en hombres y 39% en mujeres. Los rangos etarios por décadas al momento del diagnóstico en relación al sexo fueron (expresados en porcentajes): Edad: Menores de 29 años (a): 0 %; 30-39 a: 3.6 %; 40-49 a: 16 %; 50-59 a: 32.9 %; 60-69 a: 35.3 %; 70-79 a: 11 % y mayores de 80 a: 1.2 %.

Localización: Recto: 25.6 %; Sigma: 26.8 %; Descendente: 9.8 %; A. Esplénico: 8.5 %; Transverso: 3.7 %; A. Hepático: 6.1 %; Ascendente: 13.4 % y Ciego: 6.1 %.

Tamaño: Menores de 5 mm: 51.2 %; 6-10 mm: 29.3 %; 11-20 mm: 13.4 % y mayores de 21 mm: 6.1 %.

Forma: Sésiles: 79.3%, pediculados: 12.2% y planos: 8.5%.

Informes histológicos: Adenomas tubulares: 59.7%, túbulo-vellosos: 9.7%, vellosos: 4.9%, serrados: 4.9% e Hiperplásicos: 20.7%. La displasia de alto grado (Viena 4) se presentó en el 15.8% de los P.

Conclusión:

La prevalencia en el sexo masculino y en la séptima década coincide con lo descrito en la literatura. El hallazgo predominante de lesiones de pequeño tamaño y con displasia de bajo grado evidencia la importancia de ofrecer a la población hospitalaria el tamizaje según las reglas nacionales e internacionales, como medio de prevenir el CCR, evitando encontrarse con lesiones avanzadas, de peor pronóstico y más dificultoso tratamiento.

EP-041

COMPORTAMIENTO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN LA SALA DE GASTROENTEROLOGÍA: UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO RETROSPECTIVO, DESCRIPTIVO, OBSERVACIONAL

GR Serpa, O Gadea, G Moran Faienzo, S Cardelli

Hospital Interzonal General de Agudos Oscar Alende de Mar del Plata, Argentina.

OBJETIVO: Describir las características clínico epidemiológicas de pacientes con diagnóstico clínico endoscópico de HDA en nuestro hospital.

MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo. Procesoado con SPSS 2010. De 1715 VEDAS realizadas de marzo de 2007 a marzo de 2010, se seleccionaron 306 informes de endoscopias con diagnóstico de hemorragia digestiva alta (HDA), con hematemesis, melena o ambas, de hasta 72 horas de evolución.

RESULTADOS: HDA se presentó en 306/1715 endoscopias (17.84%). Sobre el total de casos (n=306). Presentación más frecuente hematemesis y melena en 116 (37.91%), hematemesis en 105 casos (34.31%) y melena en 85 (27.78%). Distribución según sexo: varones 214 (69.93%), y mujeres 92 (30.07%). La etiología más frecuente fue HDANV 248 casos (81.05%), HDAV 61 casos (19.93%) y HDANVHTP 18 casos (6%). En el grupo de la HDANV (n=248), la etiología más frecuente fue: Erosiones 140/248 (56.5%), incluyendo esofagitis erosiva 27 casos (19.3%), gastropatía erosiva 99 casos (70.7%) y ambas 14 casos (10%). EUP 122/248 (49.2%), siendo: Por su número únicas 94 (77%) y múltiples 32 (26.2%). Por su localización: gástricas 63 (51.6%), duodenales 49 (40.1%) y esofágicas 17 (13.9%). Malformaciones Vasculares en 15/248 (6%) siendo otras 10 (66.6%) y compatibles con lesión de Dulafloy 5 (33.3%). Pólipos en 5/248 (2%). Los estigmas de sangrado por FORREST informada para n=248 fue F IIB en 39 (12.7%), F IIC en 30 (9.8%), F III en 25 casos (8.2%), F IB en 16 casos (5.2%) y F IIA en 6 casos (5.2%). En la HDANV el tratamiento instaurado más frecuente fue la hemostasia con adrenalina 1:10000 en 75 casos (24.5%). Se realizó en 29 pacientes con F IIB (38.7%), 14 con F IB (18.7%), 9 con F IIC (12%), 4 con F IIA (5.3%) y 2 con F IA (2.7%). Se realizaron 16 hemostasias en HDANV de las cuales 6 correspondían a lesiones vasculares no definidas, 5 Doilafloy, 1 úlcera esofágica múltiple (desgarro mucoso de Mallory), 1 pólipo gástrico sangrante y en 3 casos de esofagitis y gastritis erosiva. No se realizaron tratamientos combinados. En el grupo de la HDAV (n=61), el grado de vórices más frecuente fue el GRADO I en 9 casos (14.8%), GRADO II en 30 casos (49.2%), y GRADO III en 21 casos (34.4%). Se realizó tratamiento en 22 pacientes con vórices siendo el más frecuente, esclerosis con AET en 11 pacientes (50%), seguido por LIGADURA DE VARICES en 5 pacientes (22.7%) y BALON en 6 pacientes (27.3%). La HDANVHTP se presentó en n=18 (5.9%). El grupo etario más frecuente fue de 54 años. Causa de sangrado Erosiones n=10 (55.6%), EUP en n=6 pacientes (33.3%) y otras malformaciones vasculares n=1 (5.6%). Grado de Varices: GRADO II en n=8 (44.4%) infiriéndose la presencia de HTP por la presencia de signos endoscópicos de gastropatía de HTP.

Conclusiones: Hemorragia Digestiva es motivo de ingreso frecuente en nuestro hospital, nuestra estadística se aproxima a la de la bibliografía. Este estudio marca la necesidad de conocer el comportamiento de diferentes variables en forma prospectiva para disminuir la morbimortalidad de esta entidad.

EP-042

RADIOPROTECCION EN CPRE

M Guidi, J De María, E Promenzio, F Ragone, J Viscardi, HJ Hwang, R Matano
Hospital El Cruce, Argentina.

Introducción: La radiación ionizante se utiliza en medicina con fines tanto diagnósticos como terapéuticos. La mayor parte de la exposición a los rayos x en la actualidad se produce en la CPRE. Para el paciente la fuente de exposición es el rayo x directo proveniente del tubo, mientras que para los endoscopistas y sus asistentes la principal fuente es la radiación que proviene del paciente. Los rayos producen ionización en el medio que atraviesan, pudiendo provocar daño del ADN o muerte celular.

Objetivos: 1) Revisar las normas de minimización de la exposición radica para pacientes y personal de endoscopia en un centro de derivación y entrenamiento en CPRE. 2) Demostrar que el cumplimiento de estas normas son efectivas para mantener niveles de dosis eficaces aceptables en el personal endoscópico. 3) Reportar el tiempo de exposición, dosis de radiación y dosis por área (DPA), tanto en estudios diagnósticos como terapéuticos.

Métodos: Desde el comienzo del funcionamiento del servicio en el 2008 se intentó cumplir con la mayor parte posible de las normativas internacionales para minimizar la exposición radica. Desde junio de 2011 a junio de 2012 fueron registrados: el tiempo de exposición en segundos, la dosis de radiación en mGy y la dosis por área en Gy/cm² de todas las CPRE; así como las dosimetrías externas e internas en endoscopistas y asistentes. Los datos se expresaron en mediana ya que los valores no tienen distribución normal, y en el cálculo de p se utilizó el Test de Mann-Whitney.

Resultados: Algunas de las normativas de minimización radica fueron: utilización de sistemas de rayos x "under/couch", utilización de delantal envolvente y protector de tiroides, dispositivos de control personal, minimización del tiempo de fluoroscopia, colimación, captura de imágenes, modo pulsado, etc.

Se registraron 420 procedimientos (154 hombres y 266 mujeres) con un rango etario de 13 a 89 años. Los estudios diagnósticos representaron el 20% con los siguientes registros: dosis Rx: 12,8 mGy (IC 95%:10,0-14,9); tiempo: 94,5" (IC 95%: 78,7"-114,2") y DPA: 0,22 Gy/cm² (IC 95%: 0,17-0,27). Los estudios terapéuticos representaron el 80% con los siguientes registros: dosis Rx: 20,9 mGy (IC 95%: 18,1-24,3); tiempo: 168,5" (IC 95%: 146,0"-187,9") y DPA: 0,44 Gy/cm² (IC 95%: 0,37-0,51). La comparación de estas variables evidenció significancia estadística (p < 0,0001). El rango de las dosis eficaces en el personal endoscópico en un año fue entre 0,28 y 1,23 mSv en dosímetros externos y entre 0 y 0,22 en los internos (valores inferiores a los recomendados).

Conclusiones: Cumpliendo las normas de seguridad internacionales es posible trabajar con radiación ionizante en forma segura tanto para el paciente como para el personal. La complejidad del procedimiento es directamente proporcional a la cantidad y el tiempo de radiación utilizada.

EP-044

RESECCION ENDOSCOPICA DE TUMOR NEUROENDOCRINO BIEN DIFERENCIADO DE DUODENO.

DC Madrid Blanco, AV Pasqua, FH Marcaccio, S Carrion Sanchez, MJ Argüero, RC Gonzalez Sueyro, JA De Paula, CA Macias Gomez
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN

Los carcinoides duodenales (CD) representan entre el 0,3% y el 2% de todos los carcinoides gastrointestinales y su resolución es habitualmente la resección quirúrgica. Presentamos un caso de resección endoscópica exitosa en un CD menor a 10mm.

REPORTE DE CASO

Paciente de 40 años de edad con cuadro clínico de 6 meses evolución, caracterizado por dolor epigástrico asociado a pirosis que no cedía con inhibidores de la bomba de protones. Se realizó una video endoscopia digestiva alta donde se observó sobre cara anterior de bulbo duodenal, a nivel yuxtapiórico, una lesión plana elevada de +/- 8mm que fue biopsiada. La anatomía patológica fue informada como tumor duodenal neuroendocrino bien diferenciado. Se efectuó un barrido corporal de octeótride con Indio 111 con aumento de la captación centro abdominal a nivel duodenal a las 4 y 48 horas, gastrinemia fue de 37 µg/ml y cromogranina sérica de 3nm/l. La eco endoscopia mostró en el bulbo una lesión de bordes no bien definidos, hipocóica, heterogénea, entre la primera y segunda capa de 8,6 x 3mm, sin señal Doppler en su interior. Se realizó resección mucosa endoscópica de la lesión elevada de bulbo, completando la terapéutica con plasma argón. El estudio histopatológico mostró a nivel de la submucosa una lesión multinodular constituida por células de núcleo ovoide y citoplasma eosinófilo. La lesión estaba rodeada por tejido sano (glándulas de Brunner hiperplásicas). No se observó la presencia de células ganglionares, ni tejido fusocelular positivo para S-100 ni lesiones linfocelulares. La inmunohistoquímica fue de sinaptosina positiva, cromogranina positiva y ki-67 menor al 2%; la histopatología se interpretó como tumor neuroendocrino bien diferenciado, con márgenes de resección libres.

DISCUSIÓN

El CD es un tumor raro, tiene una incidencia de aproximadamente 5 cada 100.000 habitantes/año. Los bien diferenciados son de lento crecimiento y tienen mejor pronóstico con una supervivencia a los 5 años de aproximadamente 67 %.

El motivo de esta presentación es mostrar la resección endoscópica satisfactoria de un CD. Gracias al diagnóstico precoz y a la realización de la eco endoscopia, la terapéutica fue curativa. El diagnóstico endoscópico temprano es cada vez más frecuente, según ha sido recientemente reportado, debido al aumento del uso y optimización de la endoscopia. El 90 % de los casos no causan síndrome clínico y no se asocian a enfermedad avanzada. El tratamiento es la resección completa de la lesión ya sea por vía quirúrgica o endoscópica; ésta última se realiza en lesiones menores a 10mm, que no tengan compromiso más allá de la submucosa determinado por eco endoscopia y habiendo descartado secundarismos, tal cual sucedió en el caso clínico que reportamos.

EP-043

RESOLUCION EN URGENCIAS DEL MEGACOLON VOLVULADO DEL ADULTO

LE Carrevedo, MF Coraglio, G Del Castillo, L Filippa, G Masciangioli
Hospital de Gastroenterología Dr. Bonorino Udaondo, Argentina.

Introducción: El vólvulo de sigmoides tiene una frecuencia del 25 al 30% en los pacientes con megacolon del adulto, segunda complicación más frecuente, importante por su alta morbimortalidad.

Objetivo: presentar los métodos de diagnóstica y el tratamiento en la urgencia del megacolon volvulado.

Población: desde julio de 2010 a julio de 2011 fueron operados 29 pacientes con oclusión intestinal, 8 correspondieron a megacolon volvulado (27,58 %), 7 de sexo masculino, con una media edad de 50 años.

Material y método: se analizó que porcentaje de pacientes con oclusión intestinal correspondieron a megacolon volvulado, como fueron diagnosticados y tratados. Los datos se obtuvieron mediante revisión de historias clínicas. El diseño fue descriptivo observacional retrospectivo.

Resultados: en los 8 pacientes con megacolon volvulado el diagnóstico fue clínico, radiológico, con confirmación endoscópica. En 5 se realizó devolvulación endoscópica (62,5%), en 3 no se logró (37,5%) por lo que fueron operados, realizándose colostomía sigmoidea sobre varilla en 1 caso y 2 operaciones de Hartmann.

Conclusión

El megacolon volvulado del adulto constituye una urgencia quirúrgica de no poder ser descomprimido en forma endoscópica. El riesgo de isquemia del asa, la hemorragia masiva, la posibilidad de perforación del colon y la peritonitis secundaria son factores determinantes en la decisión de la conducta quirúrgica.

EP-045

HALLAZGOS ENDOSCOPICOS DE UNA SERIE DE CASOS DE TUBERCULOSIS INTESTINAL.

M Alfaro Villegas, M Nieva Gomez, F Arias, MV Ayats, E Valdiviezo, F Cardos, N Maldonado, F Aldana, T Sola
Hospital San Bernardo de Salta, Argentina.

El objetivo de la presentación de esta serie de casos es evidenciar los hallazgos colonoscópicos de tres casos confirmados de tuberculosis intestinal que se diagnosticaron desde enero a junio de 2012 en un hospital público de Salta Capital. Realizándose colonoscopia total con catanulación de válvula ileocecal en los tres casos.

Los pacientes fueron de sexo femenino con una edad promedio de 35 años, sin antecedentes de enfermedad pulmonar ni exposición epidemiológica conocida, con serología para virus de inmunodeficiencia humana negativa y procedentes de diferentes zonas geográficas.

Caso 1: Mujer de 51 años con diarrea crónica y proctorragia intermitente. Endoscópicamente se observó compromiso proctosigmoideo, con pérdida de patrón vascular simétrica y continua, edema mucoso hasta los 50 cms de margen anal y úlceras redondeadas y lineales con fondo fibrinoso y borde congestivo, dando una presentación similar a una colitis ulcerosa.

Caso 2: Mujer de 37 años consulta por diarrea y proctorragia, endoscópicamente se encuentran úlceras pequeñas redondeadas con fondo fibrinoso en colon transverso e izquierdo, e imagen pseudotumoral ulcerada en región cecal, en ileon distal se observa zona estenótica con ulceraciones asociadas, este caso plantea el diagnóstico diferencial endoscópico con la enfermedad de Crohn y el cáncer colónico.

Caso 3: Mujer de 17 años que presenta un cuadro suboclusivo por tener como antecedentes megacolon y fecalomas a repetición, en la colonoscopia posterior a la resolución del fecaloma se constatan múltiples úlceras de gran tamaño de entre 2-4 cms lineales, semilunares, geográficas que comprometen predominantemente el colon izquierdo.

El diagnóstico de tuberculosis intestinal se confirmó en todos los casos mediante estudio anatómico patológico y cultivo microbiológico.

Conclusión:

Se presenta esta serie de pacientes para evidenciar el polimorfismo de los hallazgos endoscópicos en la tuberculosis intestinal y la importancia de considerarla como un diagnóstico probable ante hallazgos que pudieran sugerir enfermedad inflamatoria intestinal y patología neoplásica aun en pacientes con serología para VIH negativa, el cual debe sospecharse en zonas de alta endemicidad.

PANESOFAGITIS NECROTIZANTE AGUDA CON RESOLUCIÓN AD-INTEGRUM CON TRATAMIENTO CONSERVADOR

A Paszkiewicz, F Peré, D Ibarra, L Racca, R Ronchetti, N Lago, E Campitelli
Hospital Aeronáutico Central Buenos Aires, Argentina.

Introducción:

La esofagitis necrotizante aguda, también conocida como esófago negro, es una entidad infrecuente, patrimonio de un grupo de pacientes, en general en mal estado general, con descompensación hemodinámica, con mayor frecuencia de sexo masculino, mayores de 65 años, diabéticos, portadores de enfermedades malignas, abuso de alcohol, hipertensión arterial y arteriopatías clínicamente sintomáticas entre las más frecuentes. Presentan una incidencia menor al 0,3% en estudios generales, encontrándose con mayor frecuencia en los estudios realizados en agudo en las unidades de cuidados intensivos, 0,6%

Es más frecuente encontrar compromiso del sector distal por las variantes de circulación que presentan, incrementado cuando el paciente presenta reflujo, en particular mixto.

Paciente y métodos:

Presentamos un paciente de 50 años, sexo masculino, diabético e hipertenso, con ingesta de AINES por cursar fractura de cadera, que presenta melena, por lo que se le realiza VEDA encontrándose necrosis de tres tercios del esófago, con úlceras, coágulos y detritus en toda la circunferencia. Gran hernia hiatal, de 5 cm, su estómago no presentaba patología mucosa y una úlcera bulbar de 3 cm Forrest III

Se encontraba en cetoacidosis, por una infección sobreagregada en su cadera y leucocitosis marcada.

Junto a los cuidados clínicos, se inició tratamiento con IBP en doble dosis y se bañó el esófago con sucralfato con catéter y luego se continuó con 15 cc cada 4 hs, controlándose y bañándose el cuerpo esofágico con sucralfato en cada control. Se controló al quinto día con compromiso de tercio medio y distal, al octavo con compromiso distal y al vigésimo primer día con leve eritema en tercio inferior, mas vinculable a RGE que a la patología en cuestión. No presentó evolutivamente, perforación, mediastinitis, estenosis o sinequias, compromisos residuales descriptos como cicatrización del lecho cruento. Actualmente se encuentra sin complicaciones vinculables al cuadro en cuestión y en tratamiento permanente por su diabetes y con 20 mg de omeprazole.

Conclusiones:

El esófago negro es una patología muy infrecuente, que compromete a los pacientes con patología múltiple sistémica y presenta complicaciones cuando la afectación es completa.

Nuestro paciente era sensiblemente más joven que lo que refieren las estadísticas, presentaba compromiso panesofágico y evolucionó favorablemente, por lo que queremos compartir esta excepción y resaltar el poder cicatrizante del sucralfato, aún criticado en las publicaciones, pero usado de manera sistemática para acelerar y estimular la cicatrización de lesiones ulceradas.

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON DISFAGIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

DA Jimenez Larriva, JE Pizzala, P Daffra, A de los Rios, S Carrión, V Abecia, C Elizondo, I Oria, J Etchevers, C Macias Gomez, JA De Paula
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción. La disfagia es un síntoma de alarma que indica la necesidad de evaluación inmediata del paciente para definir la conducta a seguir. La videoendoscopia digestiva alta (VEDA) es una herramienta apropiada para la evaluación de la disfagia esofágica ya que ofrece la ventaja de la evaluación de lesiones de la mucosa, la obtención de muestras de biopsia y una potencial intervención terapéutica.

Métodos. Se realizó un análisis retrospectivo de las VEDAs solicitadas por disfagia entre junio del 2004 y noviembre del 2011 en el servicio de gastroenterología de un hospital universitario de alta complejidad. Los registros clínicos electrónicos de los pacientes a los que se les realizó dicho estudio fueron revisados manualmente y los datos encontrados fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 17.0.

Resultados: Se seleccionaron 1214 VEDAs solicitadas por disfagia esofágica correspondientes a 1110 pacientes (57% mujeres) con una edad de entre 3 y 99 años, con una mediana de 67 años. Sólo el 0,2% (n=3) eran menores de 18 años, el 15,8% (n=190) de los pacientes tenían entre 18 y 49 años y el 84% (n=1021) fueron mayores de 49 años. En el 69,2% (n=840) de los estudios se encontró alguna anormalidad; los diagnósticos endoscópicos más frecuentes fueron: hernia de hiato en el 25,4% (n=308), esofagitis severa en el 10,6% (n=129), esofagitis leve en un 9,7% (n=118) y cáncer de esófago en 6,1% (n=74). Se tomaron biopsias en el 17,1% (n=208) de los estudios de las cuales más del 95% se realizaron ante una lesión endoscópica evidente. La patología maligna se diagnosticó en el 46,3% (n=97) de los casos biopsiados, de los cuales 35,6% (n=74) correspondieron a cáncer de esófago y 11,1% (n=23) a cáncer de estómago. Otros resultados de la biopsias fueron: candida albicans en el 15,9% (n=33), esofagitis o úlcera 13,9% (n=29), esófago de Barrett 7,7% (n=16), cambios actínicos 3,8% (n=8), esofagitis eosinofílica 3,4% (n=7) y en 7,2% (n=15) no se halló patología. Dentro de las biopsias del cáncer de esófago el 56,8% (n=42) fueron epidermoides, el 35,1% (n=26) adenocarcinomas y el 8,1% (n=6) otro tipo de neoplasia.

Conclusiones: La VEDA es un método eficaz para el estudio inicial de pacientes con disfagia y en la mayoría de los casos se encontró alguna anormalidad, sobre todo en pacientes mayores de 50 años. El cáncer de esófago tuvo en este grupo de pacientes una incidencia más elevada en mayores de 40 años y la esofagitis eosinofílica en pacientes menores de 50 años. La hernia hiatal y la esofagitis fueron los hallazgos más frecuentes aunque en este estudio no es posible determinar si tienen relación causal con la disfagia esofágica.