

VIDEOS

ENDOSCOPIA - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0027 - PALIACIÓN ENDOSCÓPICA EN CÁNCER DE PÁNCREAS: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Modalidad: 3-Videos

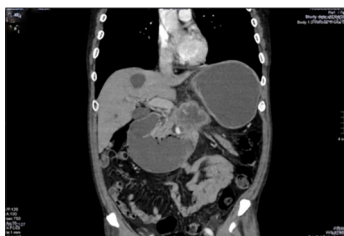
Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

Unidad Temática 2: Endoscopia: Intestino Delgado

SCIARRETTA, Martín | GARAVENTO, Leonardo | REDONDO, Agustina | CURA, Pablo | TALANI, Alejandro | LEONART, José | ORTÍZ, Lucía | GIRAUDO, Florencia | VILLAVARDE, Augusto | CHOPITA, Nestor

HIGA GRAL SAN MARTÍN LA PLATA

Descripción: Paciente de sexo masculino de 59 años de edad, que consultó por dolor epigástrico irradiado a dorso, síndrome pilórico y pérdida de peso de 1 mes de evolución. En tomografía presenta lesión sólida hipovascular en cuerpo pancreático que invade arteria mesentérica superior y cuarta porción duodenal asociada a metástasis hepáticas. Se realizó VEDA con colonoscopia observándose estenosis infranqueable en cuarta porción duodenal con biopsias sin evidencia de atipia. Posteriormente se colocó prótesis enteral metálica autoexpandible sin cobertura como tratamiento paliativo de la estenosis. El paciente presentó mejoría franca con buena tolerancia a la dieta general por vía oral y mejoría de parámetros nutricionales. Evolucionó con progresión del dolor pancreático con requerimientos de altas dosis de opiáceos fuertes (morfina). Se realizó ultrasonografía endoscópica con punción de la lesión y neurolisis del plexo celíaco. El análisis histológico de la punción fue compatible con adenocarcinoma. El paciente evolucionó con un marcado descenso de los requerimientos de analgesia, y actualmente se encuentra realizando tratamiento quimioterápico con Gemcitabina.



ENDOSCOPIA - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0035 - PANCREATITIS DEL SURCO

Modalidad: 3-Videos

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

ORÍA, Ines | VILLAVARDE, Augusto | PIZZALA, Juan | PASQUA, Analía | JAUK, Federico | MULLEN, Eduardo | GONZALEZ, María Laura | SPINA, Juan Carlos | MASSA, Oscar | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Descripción: Introducción La pancreatitis del surco es una forma rara de pancreatitis crónica que afecta el área del surco entre la cabeza pancreática, el duodeno y la vía biliar distal y que presenta características clínicas e imagenológicas similares al adenocarcinoma de cabeza pancreática, por lo cual su diagnóstico preoperatorio suele ser un desafío y la mayoría de los casos son diagnosticados luego de una cirugía. Caso Clínico-Video Paciente de sexo masculino, 61 años, oriundo de Chaco, tabaquista y enolista severo, es derivado para estudio de masa pancreática. Había consultado por pérdida de peso y dolor epigástrico con irradiación a dorso de 3 meses de evolución. Laboratorio sin anemia, enzimas pancreáticas, hepatograma y marcadores tumorales (CA19-9- CEA) normales. Tomografía (TC) abdominopelvíana con doble contraste: cabeza pancreática agrandada y heterogénea con áreas quísticas, engrosamiento de la primera y segunda porción de duodeno y antro gástrico. Colangiopancreatografía (CPRMN): masa de contornos lobulados y límites mal definidos de 25 x 21 x 41 mm comprometiendo la cabeza pancreática con señal heterogénea que deforma ligeramente el trayecto del colédoco distal sin comprimirlo. Arbol

biliar normal. Cuerpo y cola de páncreas y conducto de Wirsung normales. Ante la duda diagnóstica se decide realizar una Ecoendoscopia preoperatoria biliopancreática en la que se observa: Cuerpo y cola de páncreas: parénquima heterogéneo, con lobulaciones continuas, estrías hiperecóticas y pared de conducto principal hiperecótica (signos de pancreatitis crónica). Cabeza y proceso uncinado: parénquima de características similares y un área focalizada, de 40 mm, a nivel de la papila mayor con mayor hipocogenicidad, mayor nodularidad y focos hiperecóticos. Se realiza punción aspiración con aguja fina (PAAF) de 22G. A este nivel se observó también pared duodenal engrosada por formación hipocótica de límites mal definidos sin plano de clivaje con parénquima pancreático, y por dentro lesión anecoica doppler negativa, de 15mm, compatible con quiste duodenal intraparietal (PAAF para análisis físico-químico y citología, observándose líquido serohemático). Endoscópicamente se observó a nivel de rodilla duodenal y hasta segunda porción, comprometiendo la papila, mucosa edematosa, y lesión sobre elevada con mucosa de aspecto hiperplásico, de +/- 3cm, que ocupaba la mitad de la circunferencia, compatible con hiperplasia de glándulas de Brunner, se realizan múltiples biopsias. Conducto pancreático principal no dilatado. Vía biliar intra y extrahepática no dilatadas Resultados: Páncreas: Acinos en contexto de infiltrado inflamatorio agudo. Coexisten acúmulos de células fusiformes. Vimentina positiva en células fusiformes. Pan-citokeratina AE1-AE3 negativo en células fusiformes. Diagnóstico: Pancreatitis crónica reagudizada sin células epiteliales atípicas. Duodeno: Bulboduodenitis crónica, metaplasia foveolar sin displasia. Análisis del quiste: ca19-9 3000, CEA menor a 0,5. Citología negativa. Se indicaron enzimas pancreáticas y eliminación de los factores de riesgo con control evolutivo con buena respuesta clínica, aumento de peso y disminución del dolor. Discusión: Se describen dos formas clínicas de pancreatitis del surco: la forma pura con compromiso solo del área del surco y la segmentaria que involucra tanto el área del surco como la cabeza pancreática, como en nuestro paciente. Distinguir la forma segmentaria de una carcinoma de la cabeza pancreática es mandatorio para evitar cirugías asociadas a comorbilidades significativas. Subrayamos la importancia de la ecoendoscopia biliopancreática en el diagnóstico diferencial ya que permite observar con mayor detalle la región del surco y la cabeza pancreática y obtener material para estudio físico-químico, citológico e histológico. El antecedente de consumo de alcohol y de tabaco en este caso obliga a pensar en el diagnóstico de pancreatitis del surco y la suspensión de estos hábitos es fundamental en la evolución de estos pacientes así como la adecuada nutrición.

ENDOSCOPIA - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0039 - DRENAJE TRANSGÁSTRICO DE PSEUDOQUISTE DE PÁNCREAS POR DUODENOSCOPIA Y VISION RADIOLOGICA

Modalidad: 3-Videos

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

ROYG JARA, Diego Sebastian | DRA. PORFILIO, Giovanna | DRA.LUZURIAGA, Guadalupe | DRA.PARRA, Estela

HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DR. RAMON MADARIAGA

Los pseudoquistes pancreáticos como complicaciones de una pancreatitis aguda, requiere en algunos casos resolución ecoendoscópica, percutánea o quirúrgica. Este video demuestra resolución por duodenoscopia colocando drenajes plásticos transgástrico con la ayuda de la radiología de manera segura y efectiva. Adjunto video dado a soña encargada de recibir los videos por presentar una plataforma con pocos mb para incluir calidad de imagen de mi video.

ENDOSCOPIA - COLON Y RECTO

0072 - STENT COLÓNICO EN ABDOMEN AGUDO OCLUSIVO

Modalidad: 3-Videos

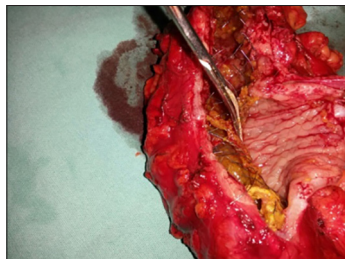
Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

FERNANDEZ TAYELDÍN, Sebastian(1) | GIANZANTI, Arturo(1) | MAFFASSANTI, Carlos Ignacio(2) | FUSCHETTO, Luciano Ariel(1)

SANATORIO DEL CIRCULO MEDICO BRAGADO (1); SANATORIO DEL CIRCULO MEDICO BRAGADO (2)

Descripción: Paciente masculino de 78 años de edad. Con diagnóstico de adenocarcinoma de Colon descendente. Estadificación prequirúrgica completa que evidencia ausencia

de invasión local y ausencia de metástasis a distancia. En espera de ser intervenido quirúrgicamente, en los días próximos, en forma electiva, con el fin de poder realizar una hemicolectomía izquierda laparoscópica. Ingresó por el servicio de guardia presentando un ABDOMEN AGUDO OCLUSIVO, con respuesta negativa al tratamiento médico y de sosten. Se decide colocar un STENT COLONICO AUTOEXPANSIBLE vía endoscópica, permitiendo resolver, así, la obstrucción intestinal, otorgándose una alta temprana y la realización posterior de una cirugía electiva de colon, con anastomosis en un tiempo, vía laparoscópica. El paciente evoluciona favorablemente, sin complicaciones postoperatorias.



ENDOSCOPIA - ESÓFAGO

0088 - TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE DIVERTICULO POR TRACCIÓN

Modalidad: 3-Videos

Unidad Temática: Endoscopia: Esófago

ALEMAN, Argelia Marisa(1) | CEJAS, Andrea Arasceli(2) | FERNANDEZ, Jorge(1) | BABOT HERRERA, Guillermo(1) | ROMANA MURGA, Jorge Ricardo(1)
HOSPITAL CENTRO DE SALUD ZENON SANTILLAN (1); SANATORIO MODELO (2)

Descripción: Introducción: el divertículo esofágico es una dilatación infundibuliforme que se produce en la pared del esófago patología infrecuente pero no excepcional, con una prevalencia en la población general entre el 0,01 y 0,11 %. Afecta más a hombres que a mujeres, mayor prevalencia en la 7ma década de vida. El mecanismo de producción del divertículo por tracción es ocasionado por la retracción que sufre la pared esofágica por un proceso cicatricial próximo (postinflamatorio) los síntomas más frecuentes que ocasionan son la disfagia, sialorrea, halitosis, regurgitación del contenido del divertículo, microaspiraciones, tos irritativa, neumonías, pérdida de peso. El diagnóstico se realiza con el tránsito baritado. El tratamiento es quirúrgico, una alternativa eficaz es el endoscópico. **Objetivo:** mostrar un video de caso clínico de paciente con divertículo esofágico por tracción con tratamiento endoscópico. **Materiales y métodos:** Paciente de 33 años de edad de sexo femenino, con antecedentes de cirugía a los 29 años de columna cervical por hernia de disco con colocación de placas y tutores, dos años posteriores a la cirugía consulta por disfagia progresiva alta, se diagnostica divertículo por tracción, se decide sacar placas y tutores con tratamiento quirúrgico del divertículo. A los tres meses de dicha cirugía remite la disfagia, en control radiológico contrastado se observa divertículo esofágico alto similar a Zenker. Se programa tratamiento endoscópico utilizando videogastroscoPIO flexible standard con y sin cap transparente. Se realizó endoscopia alta completa previa a la ablación del divertículo. Se coloca sonda nasogástrica con guía flexible, se posiciona endoscopio por encima del septum y se secciona el mismo usando catéter de corte de punta con corte y coagulación combinados. La sección se realiza desde esófago a divertículo y viceversa y hacia caudal abarcando 2/3 del septum y luego se retira sonda nasogástrica. Comenzó ingesta oral a las 18 hs del procedimiento y se progresa dieta según tolerancia. El control fluoroscópico se realizó a los 7 días. Resultados: se realizó una sola sesión. La duración del procedimiento fue de 25 minutos aproximadamente. La paciente presentó odinofagia transitoria las primeras 24 hs sin registrarse complicaciones tardías. Control a los seis meses paciente asintomática. **Conclusiones:** El tratamiento endoscópico del divertículo esofágico por tracción es un procedimiento efectivo y una buena alternativa a la cirugía. Es menos invasiva, más rápida y tiene menor estadía hospitalaria, además se puede realizar en pacientes de riesgo elevado.

ENDOSCOPIA - INTESTINO DELGADO

0102 - TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE UNA INVAGINACIÓN DUODENAL

Modalidad: 3-Videos

Unidad Temática: Endoscopia: Intestino Delgado

TELLECHEA, Juan Ignacio | MIRANDA-GARCIA, Pablo | GONZALEZ, Jean-michel | CULETTO, Adrian | BARTHET, Marc
HÔPITAL NORD

Descripción: La atresia duodenal es una patología que se origina debido a un error en la recanalización intestinal durante el desarrollo embrionario. Puede tratarse de una atresia completa o incompleta, si la falla es total o parcial. Suele ser diagnosticada en los controles ecográficos prenatales o en las primeras horas de vida. Aunque existen reportes de casos diagnosticados en edades más avanzadas, siendo la mayoría atresias parciales. El tratamiento habitual suele ser la resolución quirúrgica. Este es un caso, que se manifestó en la adultez y que debido la mediana edad del paciente y la morbilidad del tratamiento quirúrgico propuesto (Duodeno-pancreatectomía cefálica), se decidió resolver con un inédito tratamiento endoscópico. Paciente masculino, de 47 años, tabaquista e hipertenso, derivado a nuestro Hospital, un centro terciario del Sur de Francia. Presentaba una historia de repetidos síndromes sub-oclusivos, aseverándose en los últimos dos meses. Realizó una seriada esofago-gastro-duodenal que describió un mega-bulbo y una estenosis en la segunda porción duodenal. Realizó una Tomografía axial computada (Fig. 1). Y una Videoendoscopia digestiva alta que describió un bulbo duodenal dilatado, con un engrosamiento de los pliegues que se proyectan hacia la 2da porción. Se llegó al diagnóstico final de una atresia duodenal parcial. También se realizó una ecoendoscopia, donde se descartó una patología de Páncreas. Primer paso endoscópico: se colocaron dos Over-the-Scope-Clips (Ovesco AG, Tübingen, Alemania) sobre la invaginación, logrando retraer la mucosa invaginada. Luego se desplegó un stent metálico totalmente cubierto de 120 x 20 mm (TaeWoong, Gyeonggi-do, South Korea) desde el bulbo hasta la tercera porción duodenal y se fijó con dos clips Instinct (Cook, Bloomington, USA) para evitar su migración. Segundo paso: se retiró el stent metálico, y se constató la migración de los clips Ovesco. También se observó un remanente de mucosa, que protruía y que ocupaba 1/3 de la circunferencia duodenal, por lo que se reseccó realizando una mucosotomía (la anatomía patológica informó: mucosa de aspecto normal). Se colocó un nuevo stent metálico, de similares características. Finalmente, se realizó un tercer procedimiento endoscópico: donde se extrajo el stent, observando un área de la mucosa inflamatoria, se dilató con un balón hidráulico CRE 18-20 mm (Boston Scientific, Marlborough, USA). Y se realizó la resección, una mucosotomía, de un borde invaginado que ocupaba ¼ de la circunferencia de la rodilla duodenal superior. En el seguimiento, a 12 meses, el paciente presentó remisión de los síntomas y no requirió nuevos tratamientos. Resultando un procedimiento efectivo, y una alternativa a la cirugía.

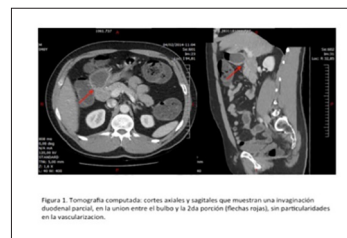


Figura 1. Tomografía computada: cortes axiales y sagitales que muestran una invaginación duodenal parcial, en la unión entre el bulbo y la 2da porción (flechas rojas), sin particularidades en la vascularización.

ENDOSCOPIA - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0165 - DRENAJE ENDOSCÓPICO DE PSEUDOQUISTE DE PÁNCREAS: SI NO RESUELVE... PENSA EN EL SÍNDROME DEL DUCTO PANCREÁTICO DESCONECTADO

Modalidad: 3-Videos

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

VILLARROEL, Mariano | TORELLA, Constanza | PAZ, Silvina | RAUSCH, Astrid | DUTACK, Alejandro | GONZALEZ DEL SOLAR, Carlos | COLOMBATO, Luis
HOSPITAL BRITÁNICO DE BS. AS.

Descripción: **Objetivos de la Presentación:** 1- Presentar el caso de un paciente joven, cursando internación por pancreatitis aguda de etiología alcohólica, complicada con un pseudoquiste de páncreas (PSP), recidivado post drenaje endoscópico transgástrico. 2- Describir el Síndrome del Ducto Pancreático Desconectado (SDPD) como causa de recidiva del PSP, criterios diagnósticos y tratamiento. **Caso clínico:** Varón de 18 años, cursando 4to mes de internación por pancreatitis aguda de origen alcohólico. Luego de 6 semanas del inicio del cuadro, se evidencia en TAC de Abdomen, pseudoquiste pancreático que alcanza los 11 cm, con abombamiento claro hacia el estómago. **Sintomático.** Se realiza drenaje endoscópico transgástrico guiado por fluoroscopia: Cisto-gastrostomía y colocación de stent metálico tipo "yo-yo". Muy buena evolución inicial, en base a 3 parámetros: A) Clínico: disminución de la analgesia, del dolor abdominal, afebril y tolerando dieta; B) Bioquímico: disminución de amilasa y lipasa; C) Imagenológico: disminución del PSP (de 10,5 a 2,3 cm en TAC). Se mantiene estable clínicamente, por lo que a las 3 semanas de colocado, se decide retirar stent metálico. Al ingresar por dentro del mismo, se observa: Ausencia de necrosis; ausencia de líquido residual; menor tamaño de cavidad e ingrown de copa intraquística, por lo que se retira el stent. A los 5 días, vuelve a repetir episodio de pancreatitis. Se realiza una nueva RMN de Abdomen con Colangiopancreatografía que evidencia aumento de diámetro de la cavidad a 3,5 cm y Wirsung con ausencia de

señal hacia la cola. Se plantea como posibilidad diagnóstica el "Síndrome del Ductus Pancreático Desconectado (SDPD)". Los criterios diagnósticos del mismo son: 1- Necrosis o colección en cuello o cuerpo pancreático de al menos 2 cm y tejido viable pancreático distal desde la zona de necrosis en TAC o RNM 2- Extravasación de contraste inyectado por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) o 3- Visualización de sección/desconexión del ducto pancreático distal por CPRE o Ecoendoscopia. Ante la necesidad de confirmar el diagnóstico presuntivo, y fundamentalmente con el objetivo de reducir el gradiente de presión intraductal del conducto pancreático y así favorecer la resolución mediante un abordaje transpapilar, se realiza una CPRE la cual evidencia: a) Ausencia de comunicación entre el PSP y el ducto pancreático b) Ausencia de pasaje de contraste hacia cola de páncreas: "Desconexión del Ducto Pancreático". Se realiza esfinterotomía pancreática y colocación de Stent pancreático de 5 FR x 9 cm. Se administra un supositorio de Indometacina como profilaxis de pancreatitis post-CPRE. Intercurre con un nuevo episodio de pancreatitis. Una última TAC de control, evidencia recidiva del PSP de 35 mm, sin claro abombamiento a estómago, stent en cabeza y cuerpo de páncreas. Inflamación y líquido libre a nivel de la cola y en resto de cavidad abdominal. Por persistencia del cuadro, se retira endoscópicamente el stent pancreático y se decide en ateneo multidisciplinario resolución quirúrgica (realizándose finalmente una cisto-yeyunoanastomosis), hasta el momento con buena evolución. Continúa seguimiento por consultorios externos. Conclusión: Se presenta el caso de un PSP como complicación de la pancreatitis aguda de etiología alcohólica, recidivado post drenaje endoscópico transgástrico y transpapilar, secundario al SDPD. Coincidente con la literatura y a pesar de los últimos avances endoscópicos, el tratamiento definitivo para este síndrome es generalmente quirúrgico.

ENDOSCOPIA - ESÓFAGO

0177 - ESTENOSIS BENIGNA REFRACTARIA DE ESÓFAGO EN PACIENTE CIRRÓTICA CON VARICES ESOFÁGICAS

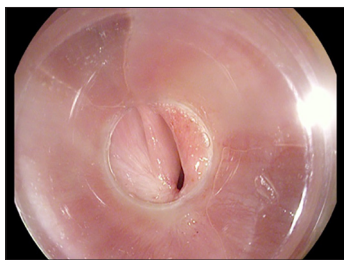
Modalidad: 3-Videos

Unidad Temática: Endoscopia: Esófago

ESTEVEZ, Javier Sebastián | BARRIL, Sergio | CHIAPPERO, Ana Laura | ESPIÑEIRA, Silvina | LAMOT, Juan Manuel | ALARCON, Guillermo Pablo

CENTRO INTEGRAL DE MEDICINA DEL COMAHUE (CMIC)

Descripción: Paciente de 56 años, con antecedente de cirrosis por enol y 3 episodios de HDA variceal (último episodio 6 semanas previas a la consulta, tratado con colocación de Sonda Balon de Sengstaken Blackmore en otra institución). Derivado por médico clínico para realización de VEDA y eventual TTO por Disfagia progresiva para sólidos en paciente alérgica al Iodo e intolerancia para realización de TBE. El hallazgo endoscópico fue una estenosis benigna múltiple en cricofaríngeo, esófago superior y medio. La misma fue refractaria a 3 sesiones de dilatación con balón, por lo cual se realizaron cortes controlados con Knife e inyección de Acetonida Triamcinolona con evolución favorable.



ENDOSCOPIA - COLON Y RECTO

0179 - DISECCION SUBMUCOSA ENDOSCOPICA CON TECNICA HÍBRIDA EN LESION DE CRECIMIENTO LATERAL DE RECTO; UNA BUENA OPCION PARA INICIAR EL DESARROLLO DE LA TECNICA DE ESD EN COLON Y RECTO

Modalidad: 3-Videos

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

VILLARROEL, Mariano(1) | YAÑEZ, Federico(2) | CILLO, Mariano(1) | DUTACK, Alejandro(1) | COLOMBATO, Luis(1)

HOSPITAL BRITÁNICO DE BS. AS. (1); CLINICA DE CUYO (2)

Descripción: Objetivos: 1- Presentar un caso de disección submucosa endoscópica (ESD) con técnica híbrida para el tratamiento de una lesión de crecimiento lateral (LST) de recto.

2- Describir la evolución y el seguimiento alejado de la paciente Caso clínico: Mujer de 58 años, sin antecedentes patológicos, con diagnóstico reciente de LST de recto, derivada del interior para definir conducta terapéutica. Estudios previos: Laboratorio dentro de parámetros normales Videocolonoscopía (VCC), San Rafael, Mendoza: hasta ciego. Pólipos sésiles de 5 y 7 mm en colon derecho e izquierdo. Polipetomías (hiperplásicos). Lesión elevada, granular, a 5 cm del margen anal, de aprox 5 cm. Biopsias múltiples: Adenoma tubulo-veloso con displasia de alto grado (DAG). Se realiza interconsulta con cirugía, quien sugiere tratamiento quirúrgico. La paciente consulta a otro centro en Mendoza capital. Se le realiza una videorectosigmoidoscopia para reevaluación de la lesión + ecoendoscopia para estadificación, observando un LST granular, heterogéneo de recto de aprox 40 mm, endosonográficamente no sobrepasa la muscular de la mucosa. No se observan adenopatías regionales. Se realiza una (1) biopsia dirigida: Adenoma Tubulo – Velloso con DAG. Se deriva la paciente a nuestra institución. Es evaluada en conjunto con coloproctología, y se decide realizar tratamiento endoscópico, mediante técnica de ESD. Se utilizó un gastroscopio Fujinon, 4400, se realizó cromoendoscopia digital (FICE filtros 4 y 6) + magnificación, y cromoendoscopia convencional con índigo carmín al 0,4% y cristal violeta al 0,5 %. En la valoración semiológica de la lesión, la cual se encontraba a unos 5 cm del margen anal, se evidenció que la lesión tipo LST granular, presentaba un patrón glandular de neoplasia no invasiva tipo IV de la Clasificación de Kudo; y patrón vascular y glandular irregulares de la Clasificación de Yao. Previo al inicio de la ESD, se realizaron marcas a 2 mm de la lesión con flush knife. Posteriormente, se infiltró la submucosa con una dilución de Ácido hialurónico al 0,4% + índigo carmín, y se dio inicio a la fase de incisión mucosa circunferencial. Se completó la semiluna distal, se volvió a infiltrar tantas veces como fuera necesario, hasta completar la incisión mucosa del lado proximal, la cual se realizó en retroflexión. Para facilitar el ingreso y la disección del espacio submucoso se colocó un cap transparente en el extremo distal del endoscopio. Para la fase de disección submucosa propiamente dicha, se utilizó el flush knife y el IT-knife nano. Durante la misma, dio la impresión de observar una micro perforación por lo que se colocaron clips y se terminó de completar la resección de la lesión con ansa monofilamento, logrando la exéresis completa de la lesión. La misma fue estaqueada y enviada a anatomía patológica. La paciente presentó en el postoperatorio, enfisema subcutáneo. Se realizó una TAC de tórax, abdomen y pelvis evidenciando un micro perforación de recto. Debido al buen estado clínico de la paciente y al sitio de la perforación (subperitoneal) en conjunto con coloproctología se decidió manejo conservador y tratamiento médico. La paciente tuvo buena evolución y se fue de alta a los 4 días. El informe final de la anatomía patológica fue: Adenocarcinoma Intramucoso sobre un Adenoma-Tubulo Velloso con DAG. Márgenes de resección libres de lesión. Sin invasión de la submucosa. Tis, N0, M0. Se realizó un control endoscópico a los 6 meses y al año, siendo la mucosa normal, se tomaron biopsias las cuales no evidencian patología residual. Conclusiones: 1) La ESD con técnica híbrida, es una buena opción para iniciar el desarrollo de ESD en colon y recto 2) En caso de perforaciones rectales subperitoneales y en pacientes con buen estado general, realizar un manejo conservador puede ser una conducta terapéutica válida.

ENDOSCOPIA - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0183 - PAPILECTOMIA ENDOSCOPICA SIN INFILTRACION SUBMUCOSA PREVIA: UNA TECNICA SEGURA Y CURATIVA EN LESIONES TEMPRANAS DE LA AMPOLLA DE VATER

Modalidad: 3-Videos

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

VILLARROEL, Mariano | TORELLA, Constanza | DUTACK, Alejandro | FERNANDEZ, Nora | COLOMBATO, Luis

HOSPITAL BRITÁNICO DE BS. AS.

Descripción: Objetivos: Reportar 3 casos de pacientes con adenoma de papila, tratados mediante la técnica: Papilectomía Endoscópica, sin infiltración submucosa, ni marcación con colorantes del conducto de Wirsung previo a la resección. Descripción: Se incluyeron 3 pacientes con adenomas de papila con displasia de bajo grado. Todos fueron estudiados con Ecoendoscopia, que informó lesión de compromiso intramucoso, sin infiltración al conducto biliar ni pancreático. No se observaron adenopatías. Previa evaluación semiológica de la papila, se procede a su resección. Utilizando un ansa multifilamento, se enlaza en bloque la papila de Vater. Se resecta la misma utilizando corriente Endo-cut. Se recupera la pieza con ansa de Roth y se envía para análisis anatomopatológico. Posteriormente se canula el conducto de Wirsung con papilotomo y guía. Se retira el papilotomo, y se introduce un stent pancreático de 5 fr x 5 cm bajo guía fluoro y endoscópica. Posterior a la resección, todos los pacientes quedaron internados y se les dio el alta a las 24 hs, tolerando dieta blanda. El análisis anatomopatológico de las lesiones informó en 2 casos adenoma tubular con displasia de bajo grado y 1 caso con displasia de alto grado. Los márgenes evaluados libres de lesión en todos los casos. No se presentaron complicaciones relacionadas al procedimiento en ningún caso. Conclusión: Se presentan 3 casos de pacientes con adenomas de papila, tratados mediante papilectomía endoscópica, sin necesidad de infiltrar la submucosa, ni marcar el conducto de Wirsung con colorantes previo a la resección. De esta manera, el procedimiento es mas seguro, simple y curativo para los pacientes, con bajo riesgo de complicaciones.

ENDOSCOPIA - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0188 - NECROSECTOMÍA PANCREÁTICA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA

Modalidad: 3-Videos

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

DURÁN, Sebastián | ABECIA, Victor Hugo | PIZZALA, Juan Eduardo | MAHLER, Manuel Alejandro | MARCOLONGO, Mariano Martín | MAZZA, Oscar María | CHAHDI BELTRAME, Magali

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Descripción: Caso Clínico Paciente masculino de 60 años derivado de Puerto Madryn con diagnóstico de pancreatitis aguda grave, Balthazar D, con falla orgánica rápidamente progresiva e insuficiencia respiratoria con requerimiento de ventilación mecánica y traqueostomía, soporte vasoactivo y diálisis. Recibió tratamiento antibiótico de amplio espectro sin rescates infectológicos. Se realiza tomografía computada multislice abdominopelviana con doble contraste donde luego del contraste endovenoso no se aprecia realce de la cola del páncreas, compatible con necrosis, asociado a líquido libre peripancreático (necrosis de la grasa peripancreática) y una colección de aproximadamente de 68x44mm superior a la cola del páncreas. Se decide colocación de catéter de drenaje continuo percutáneo. Posteriormente intercorre con múltiples episodios de fiebre y descompensación hemodinámica con necesidad de recambio de drenajes y múltiples esquemas antibióticos de amplio espectro. Debido a evolución tórpida se decide realizar lavado de cavidad y necrosectomía por vía endoscópica percutánea. Para ello se coloca stent esofágico totalmente cubierto de 10 cm de longitud y 20 mm de diámetro a través de ostoma generado por drenajes. A través de stent percutáneo se instrumenta trayecto con gastroscopio Pentax de 29 Fr con canal de trabajo 3.2 mm. Se visualizan dos cavidades con necrosis pancreática. Se realiza lavado y necrosectomía con asa canastilla y roth net. Se recolocan dos sondas K11 bajo guía radioscópica con alambre hidrofílico para mantener el trayecto en ambas cavidades. Este procedimiento se realiza un total de 4 veces. El paciente evoluciona favorablemente tolerando dieta vía oral, sin nuevas intercorencias. Curso internación por un total de 4 meses, se le otorga el alta luego de 1 mes desde la primera sesión de necrosectomía endoscópica.



ENDOSCOPIA - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0193 - HEMOBILIA COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Modalidad: 3-Videos

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

ALEMAN, Argelia Marisa | ALONSO PADILLA, Julieta | JUÁREZ, Álvaro Santiago | GARROCHO, Gonzalo Matías | RÍOS, Rosa Del Pilar | GARROCHO, Rodrigo Nicolás | GARROCHO MACHADO, Carlos

HOSPITAL CENTRO DE SALUD ZENON SANTILLAN

Descripción: Introducción: La hemobilia es una causa poco frecuente pero importante de sangrado digestivo en ocasiones masivo. Puede ser traumática, inflamatoria, infecciosa, tumoral, o manifestarse en coagulopatías. La arteriografía con visualización de la arteria hepática y sus ramas es el método estándar de diagnóstico. La videoendoscopia alta (VEDA) es diagnóstica si demuestra un franco sangrado desde la ampolla, descartando otras causas de hemorragia. Como tratamiento se recomienda la embolización arterial selectiva. Se reserva la cirugía con resección hepática y ligado directo de vasos sangrantes, para casos de fracaso o complicaciones de la misma. Caso clínico: paciente de sexo femenino de 21 años, consulta al servicio de guardia por melena de 72 hs de evolución. Antecedentes: laparotomía exploradora 15 días previos, posterior a traumatismo cerrado toracoabdominal y hematoma hepático, por accidente de tránsito. Examen físico: palidez generalizada, TA=110/70, FC=105 lpm. Laboratorio:Hb=4 g/dl Hto=12%, TP 81% KPTT 28", GOT 556 U/L, GPT 1203 U/L FAL 356 U/L, BT=0.47. VEDA: restos claros en lago mucoso, úlcera duodenal Forrest III. Ecografía abdominal: hígado no homogéneo. En lóbulo derecho imagen hipoecoica de 83x85 mm, por encima de la misma imagen similar de 41x52 mm. Líquido libre en pelvis. TAC abdominal: extensa lesión hepática en segmento IV, V, VI, VII, VIII, hipodensa y con áreas de mayor densidad en su interior, compatible con

laceración parenquimatosa. Líquido libre en cavidad peritoneal compatible con hemoperitoneo. Vesícula biliar distendida y heterogénea. Se indica realizar tratamiento de sostén, omeprazol 40 mg/día/ev y seguimiento por servicio de cirugía, con cese del cuadro. Luego de 48 hs presenta nuevo episodio de hematoquecia con compromiso hemodinámico ingresando a UCI. Se realiza VEDA con gastroscopio Olympus 180 de visión frontal, que muestra sangrado activo proveniente de vía biliar. Se realiza arteriografía que muestra extravasación de contraste desde arteria hepática derecha hacia vía biliar, y embolización selectiva de arteria hepática derecha con Spongostan®. Luego de 24 hs., ingresa a quirófano por shock hipovolémico, con diagnóstico de estallido de bazo, realizándose esplenectomía, ligadura de arteria hepática y colecistectomía de necesidad. Evoluciona favorablemente sin nuevo episodio de hemorragia digestiva, con mejoría clínica y de laboratorio. Conclusión: la hemobilia es una causa infrecuente de hemorragia digestiva, que debe ser considerada como diagnóstico diferencial en pacientes con antecedente de trauma abdominal cerrado. En nuestro caso se pudo realizar el diagnóstico con gastroscopio de visión frontal, teniendo en cuenta la dificultad técnica para visualizar la papila duodenal y el estado hemodinámico de la paciente, permitiendo el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

ENDOSCOPIA - INTESTINO DELGADO

0197 - RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA DE PERFORACIÓN DEL INTESTINO DELGADO DURANTE ENTEROSCOPIA ANTERÓGRADA

Modalidad: 3-Videos

Unidad Temática: Endoscopia: Intestino Delgado

Unidad Temática 2: Gastro: Intestino Delgado

ABECIA SORIA, Victor Hugo | PIZZALA, Juan Eduardo | DURÁN, Sebastián | MAHLER, Manuel Alejandro | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Descripción: Paciente masculino de 15 años de edad oriundo de Necochea con antecedente familiar de Síndrome de Peutz Jeghers que en contexto de dolor abdominal recurrente se realiza en marzo del 2015 enterotomografía, donde se observan formaciones polipoideas de contornos lobulados de aproximadamente 2, 3 y 6 cm que impresionan pediculadas con realce levemente heterogéneo, localizada en asas ileales del hipocondrio derecho. La de mayor tamaño genera intususcepción que impresiona ileocólica. Se decide realizar VEDA VCC y enteroscopia profunda con polipectomía. En mayo 2015 se realiza VCC sin particularidades y VEDA donde se resecan 3 pólipos sésiles de 5 a 8 mm en cuerpo gástrico, con informe de anatomía patológica de pólipos hamartomatosos. Se realizó enteroscopia retrógrada hasta 100 cm por el ileón sin observar lesión, se realizó tatuaje. Se decide realizar cápsula endoscópica (Capsocam), donde se evidencia a las 02:56 hs pólipo de superficie congestiva de coloración violácea que impresiona pediculado, A la hora 3:25 se observa tatuaje con tinta china. Se realiza enteroscopia anterógrada asistida por Balón con enteroscopio Olympus SIF-Q180, progresando aproximadamente hasta 300 cm distal al ángulo de Treitz. Se observa de distal a proximal en el trayecto evaluado de yeyuno: pólipo pediculado de 15mm; pólipo sésil de base ancha de 50mm; pólipo sésil de 40mm y un pólipo pediculado de 25mm aproximadamente. Se resecta el pólipo pediculado distal y se resecta en piecemeal el pólipo sésil de 50 mm, previa inyección submucosa de adrenalina 1/20.000, se observa en la base solución de continuidad que se procede a cerrar con 8 clips metálicos (Resolution). Se realiza prueba de fuga con contraste y radioscopia, siendo la misma negativa, por lo que se decide conducta expectante. Posteriormente ingresa a unidad de cuidados intensivos ventilando espontáneamente aire ambiente, sin requerimiento de drogas vasoactivas. Signos vitales estables, afebril. Leucocitos de 15000/mm3. Abdomen blando, distendido, sin signos peritoneales. Se inicia antibiótico terapia con gentamicina y metronidazol. Buen manejo del dolor con ketorolac y morfina, que luego se rotó a dipirone. Evoluciona favorablemente tolerando dieta oral y finalizando esquema antibiótico por lo que es dado de alta al 6 día post procedimiento.