

VC-01

LITOTRIPCIA ELECTROHIDRAULICA EN LITIASIS PANCREATICA

Kirschbaum, A⁽¹⁾; Málaga, I⁽¹⁾; Guidi, MA⁽¹⁾; Curvale, C⁽¹⁾; Hwang, HJ⁽¹⁾; De Maria, J⁽¹⁾; Matanó, RF⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Hospital El Cruce. Florencio Varela, Argentina.

Caso clínico: Paciente masculino de 59 años que consulta por dolor abdominal crónico, esteatorrea y pérdida de peso. Como antecedente de relevancia es tabaquista (37 P-Y), enolista (120 gr por día). Estudios complementarios: laboratorio: TGO 155 TGP 550 FAL 866. TC abdomen: múltiples calcificaciones pancreáticas. Wirsung dilatado. CRM: coledoco de 7 mm con afinamiento distal. cabeza de páncreas heterogénea. Wirsung dilatado y arrosariado. Se realiza ecoendoscopia lineal donde se observan múltiples calcificaciones con y sin sombra acústica posterior en parenquima pancreático. wirsung dilatado y arrosariado con imagen compatible con litiasis en porción proximal de conducto pancreático de 15 mm. Se decide realizar pancreatoscopia para litotricia electrohidráulica (video) y colocación de stent pancreático. Se fragmenta el lito parcialmente y se coloca stent pancreático. El paciente evoluciona asintomático hasta la fecha.

VC-02

NUESTRA PRIMERA EXPERIENCIA EN EL DRENAJE ECOGUIADO CON STENT HOT AXIOS

Pizzala, J⁽¹⁾; Villaverde, A⁽¹⁾; Mahler, M⁽¹⁾; Manazzoni, D⁽¹⁾; Abecia, V⁽¹⁾; Marcolongo, M⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Hospital Italiano de Buenos Aires. CABA, Argentina.

Introducción: El drenaje endoscópico es un procedimiento cada vez más utilizado dentro del abordaje “step up” de las colecciones pancreáticas en el contexto de pancreatitis aguda. Presentamos nuestra primera experiencia en el uso del set Hot Axios disponible recientemente en nuestro país. Objetivo/s: Describir nuestra primera experiencia en la colocación del stent Hot Axios en el drenaje de colecciones pancreáticas. Material (o Pacientes) y Métodos: Presentamos un caso clínico en video con la secuencia de pasos en la colocación endoscópica del stent Hot Axios. Resultados: La colección fue drenada en forma completa y el paciente evolucionó favorablemente. Conclusiones: Nuestra experiencia en el uso de stent Hots Axios para el drenaje de colecciones pancreáticas fue exitosa. Éstas prótesis son una alternativa atractiva a los métodos tradicionales de drenaje endoscópico.

VC-03

COLANGIOSCOPIA EN LA ACTUALIDAD: DESAFIANDO DIAGNÓSTICOS PREVIOS

Sciarretta, M⁽¹⁾; Talani, A⁽¹⁾; Yantorno, M⁽¹⁾; Correa, G⁽¹⁾; Tufare, F⁽¹⁾; Baldoni, F⁽¹⁾; Villaverde, A⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, HIGA San Martín. La Plata, Argentina.

INTRODUCCION: La colangioscopia en la actualidad representa una herramienta complementaria de gran valor, tanto para el diagnóstico como el tratamiento de la patología biliopancreática. La evaluación y caracterización de las estenosis biliares constituye una de las principales indicaciones de la colangioscopia. OBJETIVO: Presentar un video científico referido a un paciente con síndrome coledociano por obstrucción biliar, en el cual la colangioscopia modificó radicalmente el diagnóstico y tratamiento de la patología biliar. PACIENTE Y METODO: Mujer de 53 años que consultó por síndrome coledociano insidioso, sin dolor abdominal, prurito ni fiebre, con pérdida de peso de 12kg. En laboratorio presentó anemia, patrón de colestasis con bilirrubina total aumentada a predominio directo y marcador tumoral positivo (CA 19-9:178,9U/ml). La CRNM evidenció marcada dilatación de la vía biliar intrahepática y stop a nivel del Carrefour. Por sospecha de tumor de Klatskin, se realizó TC de abdomen con angiografía estadificadora que evidenció enfermedad resecable. En la evaluación por cirugía hepatobiliopancreática se decidió realización de colangiografía transperitonohepática que mostró estenosis a nivel de la confluencia y dilatación de la vía biliar intrahepática, con posterior colocación de drenaje biliar percutáneo interno-externo previo a a cirugía con intención curativa. Por disponibilidad, se realizó colangioscopia por vía endoscópica con el fin de caracterizar la estenosis y precisar su extensión, la cual evidenció litiasis múltiple en la vía biliar extrahepática, cambios inflamatorios epiteliales inespecíficos y ausencia de estenosis. Se realizó colangiografía por CPRE evidenciando litiasis coledociana y litiasis intrahepática múltiple. La misma se abordó en otra sesión mediante CPRE convencional. RESULTADOS: Se realizó abordaje por CPRE convencional con extracción completa de litiasis biliar compleja. La paciente presentó evolución favorable con resolución total de la patología biliar. CONCLUSION: La colangioscopia constituye en la actualidad una herramienta complementaria de gran utilidad en los pacientes con estenosis biliares, generalmente aportando información muy valiosa en cuanto a la etiología y la extensión de la misma. En este caso permitió modificar un diagnóstico previo de patología maligna (de resolución quirúrgica) a una patología benigna (de resolución endoscópica en 1 sesión).

VC-04

ESTENOSIS BILIAR INDETERMINADA

Málaga, I⁽¹⁾; Hensel, A⁽¹⁾; Guidi, MA⁽¹⁾; De Maria, JC⁽¹⁾; Curvale, C⁽¹⁾; Matanó, RF⁽¹⁾; Hwang, HJ⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Hospital El cruce. Florencio Varela, Argentina.

Paciente femenina de 60 años derivada a nuestro centro con diagnóstico de estenosis biliar indeterminada. Como antecedentes de enfermedad actual presenta colecistectomía laparoscópica hace 1 año, presentando dolor abdominal, ictericia y coluria hace 3 meses. Se realiza CPRE donde se evidencia estenosis de coledoco medio de 2 cm. se realiza papilotomía y se coloca stent biliar plástico de 10 FR. Es derivado posteriormente a nuestro servicio con laboratorio donde se observa CA 19-9 370 (VN hasta 35). Se decide realizar CPRE + colangioscopia con SpyGlass donde se observa en colangiograma estenosis bismuth I y colangioscopicamente una lesión de aspecto infiltrante, friable de la cual se toman biopsias dirigidas. Por último se coloca stent autoexpandible cubierto. El diagnóstico histológico confirma el diagnóstico de colangiocarcinoma.

VC-13

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE FUGA ESOFÁGICA POSTOPERATORIA

Ferreya, RE⁽¹⁾; Melín, M⁽¹⁾; Iannicillo, H⁽¹⁾; Abramson, L⁽²⁾

(1)Endoscopia, Hospital Nacional Posadas. Buenos Aires, Argentina. (2)Cirugía General, Hospital Nacional Posadas. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La perforación esofágica (PE) es una complicación con alta tasa de morbimortalidad. La mayor parte son de origen iatrogénico, dado el avance en la resolución de patología esofágica a través de procedimientos endoscópicos como dilataciones, mucosectomías, extracción de cuerpos extraños, etc. El manejo tradicional de las PE torácicas ha sido la cirugía temprana. Los datos sugieren que el cierre quirúrgico temprano es la técnica de elección y hasta el 30% de las reparaciones se complican con fugas, aumentando la morbimortalidad de esta patología. En la última década, el manejo de las fugas esofágicas postoperatorias, ha tenido diferentes enfoques de manejo. El tratamiento óptimo es discutido, generando controversia entre el manejo conservador, la reintervención quirúrgica o el manejo endoscópico. Objetivo: Mostrar el tratamiento endoscópico con stent autoexpandible metálico parcialmente cubierto, en un paciente con diagnóstico de mediastinitis por fuga esofágica postoperatoria. Caso clínico: Paciente de 57 años derivado a nuestra institución por perforación esofágica con 12 hs. de evolución, posterior a intento fallido de extracción de cuerpo extraño. Al ingreso se encuentra hemodinámicamente inestable respondiendo a la primera reanimación hidroelectrolítica, por tomografía computada se constata neumomediastino más derrame pleural izquierdo. Ante el diagnóstico de traumatismo perforante iatrogénico de esófago inferior, se decide conducta quirúrgica, efectuando toracotomía lateral izquierda con extracción de cuerpo extraño (prótesis dentaria parcial) más rafia primaria de esófago inferior, con tubo de drenaje torácico. Al 7° día postoperatorio presenta débito purulento por el tubo de drenaje torácico, evolucionando con signos de sepsis (Mediastinitis). Se realiza estudio contrastado observándose fuga del contraste al mediastino dirigida hacia tubo de drenaje torácico izquierdo. Ante la evidencia de fuga esofágica por dehiscencia de cierre primario, se decide la colocación de stent autoexpandible metálico parcialmente cubierto. El paciente evoluciona mejorando los parámetros de sepsis. Se inicia dieta líquida a las 72 hs, con buena tolerancia. Al 7° día de la colocación de la endoprótesis es dado de alta. A los 28 días de la intervención endoscópica se procede a la extracción de stent metálico por vía endoscopia guiado por fluoroscopia, sin complicaciones. Control a las 4 semanas de la extracción de stent, el paciente se encuentra asintomático, a la endoscopia control se observa una deformación pseudodiverticular en la zona afectada. En esófago medio cicatriz circunferencial correspondiente al sitio de anclaje por la copa proximal. Conclusión: La colocación de stent metálico autoexpandibles parcialmente cubierto es un método seguro y eficaz en pacientes con fuga esofágicas secundaria a dehiscencia de rafia primaria de esófago por perforación iatrogénica.

VC-14

DRENAJE DE VÍA BILIAR POR ECOENDOSCOPIA: COLEDOCODUODENOSTOMÍA

Hwang, HJ⁽¹⁾; Malaga, I⁽¹⁾; Curvale, C⁽¹⁾; Guidi, M⁽¹⁾; De María, J⁽¹⁾; Matano, R⁽¹⁾

(1)Gastroenterología y endoscopia, Htal El Cruce. Florencio Varela, Argentina.

Introducción: En los pacientes con estenosis biliar distal por tumor de páncreas está indicado el drenaje por vía ecoendoscópica cuando fracasa la CPRE. El drenaje biliar por ecoendoscopia presenta menor frecuencia de complicaciones y mejor calidad de vida que el drenaje percutáneo. Las opciones de drenaje por ecoendoscopia son: coledocoduodenostomía y hepatogastrotomía, siendo la primera la más fácil de realizar técnicamente y presenta menor riesgo de complicaciones. Objetivo: presentar un caso de estenosis biliar distal en la que se realizó drenaje guiado por ecoendoscopia ante el fracaso de la CPRE. Paciente: 56 años de sexo femenino con ictericia indolora, coluria y pérdida de peso. Laboratorio: aumento de transaminasas, FAL, bilirrubina y GGT. En la ecografía y TAC abdominal: masa sólida en cabeza de páncreas de 30 mm de diámetro, vía biliar dilatada intra y extrahepática (11 mm) y nódulos hepáticos (metástasis). Se realizaron dos intentos de CPRE con falla de canulación incluso con precorte. Se decidió realizar drenaje de la vía biliar por ecoendoscopia con colocación de stent metálico cubierto autoexpandible. En el mismo procedimiento se realiza punción aspirativa con aguja fina guiado por ecoendoscopia confirmando adenocarcinoma de páncreas. Buena evolución posterior a la colocación del stent con descenso de la bilirrubina, FAL y transaminasas. Inició quimioterapia paliativa. Conclusiones: el drenaje de la vía biliar por ecoendoscopia está indicada cuando falla la CPRE y es una alternativa del drenaje percutáneo.

VC-15

¿ES EL COMPROMISO APENDICULAR ACTUALMENTE UNA CONTRAINDICACIÓN PARA LA RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIONES MUCOSAS NO POLIPOIDES?

Barril, SG⁽¹⁾; Esteves, JS⁽¹⁾; Chiappero, AL⁽¹⁾; Lamot, J⁽²⁾; Alarcón, G⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, CMIC. Neuquén, Argentina. (2)Endoscopia Digestiva, Cmic. Neuquén, Argentina.

La resección Mucosa Endoscópica (RME) es una técnica comprobada para el tratamiento de las lesiones no polipoides de colon y recto. El compromiso e invasión del orificio apendicular históricamente fue considerado como una contraindicación para la realización de la misma. Sin embargo -con el avance tecnológico y mejor conocimiento de la técnica- las contraindicaciones en la actualidad se han ido reduciendo o, al menos, el carácter absoluto de las mismas se ha transformado en relativo. En esta oportunidad queremos mostrar nuestra experiencia en la resección mucosa endoscópica de tres lesiones de crecimiento lateral mayores a 20 mm con compromiso apendicular, en pacientes con altas comorbilidades que implicaban un elevado riesgo quirúrgico.