

## TC - ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Código: 1698

### HALLAZGO ENDOSCÓPICO EN PACIENTES CON CLÍNICA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS

María Ughelli.

Hospital de Clínicas - departamento central - Paraguay

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.1.Esófago, Estómago y Duodeno

**HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON CLÍNICA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. INTRODUCCION:** La EDA (Endoscopia Digestiva Alta) se ha convertido en el "Gold Standard" para diagnóstico de patologías digestivas altas, ya que permite localizar e identificar el origen de la hemorragia, evaluar la velocidad de sangrado, definir cuál de todas las lesiones es la causa de sangrado y riesgo de re-sangrado. **OBJETIVOS GENERAL:** Identificar las lesiones endoscópicas más frecuentes en los pacientes (pctes) con clínica de hemorragia digestiva alta, en el Hospital de Clínicas, período junio 2013-junio 2014. **ESPECÍFICO:** Caracterizar a la muestra según datos demográficos y clínicos. Describir los tipos de tratamientos endoscópicos y médicos recibidos. **RESULTADOS Y DISCUSION:** Durante el período junio 2013 - junio 2014 se realizaron 1370 EDA. 273(19,92%) en base a la historia y clínica de sangrado digestivo alto. La edad media fue de 60±18 DE. Predominio masculino. El mayor número de pctes consultaron por el Servicio de URGENCIAS ADULTO, 214(78,4%); seguido de pctes derivados desde Consultorio Externo. 55(20%). Motivo Consulta: melena 134(49,1 Hematemesis 81(29,7%), rectorragia 13(4,8%), Hematoquezia 2(0,7%). Analizando el tiempo de evolución, desde el inicio de los síntomas hasta la consulta, tomando como referencia solo aquellos que consultaron por el servicio de URGENCIAS, 214(78,4%) pctes, 83 (38%) fueron excluidos por no contar con datos sobre el tiempo de evolución. De los 131(61,2%) pctes restantes, 33(25,2%) pctes, consultaron con una historia de sangrado menor o igual a 12hs, 35(26,7%) de 13 a 24hs de evolución y 63(48%) con más de 24hs de evolución. Tratamientos Endoscópico recibidos: Hemoclip 1(0,4%), Adrenalina, Ligadura Elástica 4(1,5%), Adrenalina 8(2,9), Ligadura Elástica 11(4%), No recibieron tratamiento Endoscópico 249(91,2%). Total: 273 pctes. De los 214 pctes derivados de URGENCIAS: 20(9,34%) recibieron como único tratamiento Goteo de omeprazol continuo. 194 pctes (90,6%) restantes, recibieron Bolos de omeprazol a horario, acompañado o no de tratamiento Endoscópico. La causa más frecuente de sangrado fue la úlcera péptica (Gastro-Duodenal) 98(35,9%), siendo la úlcera Gástrica a predominante 59(60,2%) FORREST Tipo III. En segundo lugar Varices Esofágicas/ Gástricas 54(19,8%). Entre las menos frecuentes: Neoplasias, desgarras de Mallory-Weiss, Lesión de Dieulafoy, Angiodisplasia, Duodenitis/Bulbitis erosiva, tx sub epitelial ulcerado, entre otros. **CONCLUSION:** La causa más frecuente de HDA sigue siendo la úlcera péptica, el sexo masculino el más afectado. La consulta tardía en el Servicio de Urgencias, así como el inicio precoz de perfusión intravenosa de IBP disminuye la tasa de sangrado activo y el requerimiento de tratamiento endoscópico, podrían ser la causa del mayor porcentaje de hallazgos de Ulceras Pépticas en estado FORREST III.

## TC - ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Código: 1681

### "HEMORRAGIA DIGESTIVA COMO MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE ANEURISMA GIGANTE DE ARTERIA HEPÁTICA"

Jorge E Alach; Alejandro U Buscaglia; Paula A Chavero; Marcela V Contreras; Marcelo R De faveri; Julio C De maria; Raul F Matanó; Claudio A Santos; Leandro A Spalletti.

Hospital Italiano de La Plata - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.1.Esófago, Estómago y Duodeno

**Introducción** El aneurisma de arteria hepática (AAH) es poco frecuente con una incidencia estimada de 0,002%-0,4%. Se cree que representa el 20% de los aneurismas viscerales. El aumento de la disponibilidad de nuevas tecnologías ha permitido detectar un mayor número de dichas lesiones. Son más frecuentes en el sexo masculino y su presentación clínica es variable, con dolor abdominal, anemia, ictericia, hemobilia y hasta asintomático. La fistulización es más frecuente con el árbol biliar y la comunicación con el tubo digestivo solo ha sido reportada en pocos casos. La mortalidad por su ruptura espontánea es alta. El AAH es un desafío diagnóstico debido a que es una patología infrecuente con múltiples opciones terapéuticas. **Objetivo** Presentar un caso de aneurisma de arteria hepática complicado con una fistula duodenal **Materiales o pacientes** Se presenta el caso de un hombre de 69 años con

antecedente de hipertensión arterial (en tratamiento con losartán) y tabaquismo que consulta en guardia por presentar dolor abdominal de seis semanas de evolución, melena y episodio de hematemesis dentro de las 12 horas previas a la consulta. Al examen físico se encuentra taquicárdico, con hipotensión arterial (que revierte con infusión de volumen), abdomen no doloroso, sin masas palpables y se observa abundante débito de sangre rojo rutilante a través de sonda nasogástrica. Se realiza videoendoscopia digestiva alta de urgencia y se observa en bulbo duodenal una lesión elevada de aspecto extra mucoso con una pequeña ulceración con un coágulo adherido. Ante sospecha de lesión submucosa se indica internación en unidad de terapia intensiva y se realiza tomografía computada de abdomen con contraste oral y endovenoso, observándose un aneurisma gigante de arteria hepática complicado con fistula a duodeno. Luego de realizarse el estudio, el paciente presenta súbitamente episodio de hematemesis y hematoquezia masiva, con shock hipovolémico y paro cardiorespiratorio, que responde a maniobras de resucitación. Se realiza arteriografía selectiva a cargo de servicio de hemodinamia observándose aneurisma gigante con imagen compatible con fistulización a tubo digestivo. Se coloca Plug de 8 mm con control angiográfico evidenciándose embolización de arteria hepática sin fistula residual. Continúa internación en unidad de cuidados intensivos y fallece 24 horas posteriores al procedimiento, como consecuencia del Métodos, resultados y conclusiones El método seleccionado es el reporte de caso. Se comunica un caso de aneurisma gigante de arteria hepática complicado con fistula duodenal. Consideramos importante reportar un caso de hemorragia digestiva de etiología poco frecuente y de alta mortalidad. La sospecha clínica permite optimizar la selección de métodos de diagnóstico y tratamiento.

## TC - ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Código: 1575

### INDICACION DE ENDOSCOPIA EN PACIENTES CRITICOS CON CAÍDA DE HEMATOCRITO SIN SIGNOS DE SANGRADO GASTROINTESTINAL

Andrés Sánchez; Martín Diego Di Marco; Alejandro Buscaglia; Pablo Cura; Adrian Anselmo Bologna; Alicia Scarponi; Ernesto Giergoff; Martín Sciarretta; Ivanna Candel; Yolanda Vargas; Rocío Lema; Sofía Domeniconi; Gloria Romero; Francisco Tufare.

Hospital Interzonal General de Agudos José de San Martín - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.1.Esófago, Estómago y Duodeno

**INTRODUCCIÓN** la anemia aguda evidenciada por una caída de hematocrito (hto) en pacientes hospitalizados en cuidados críticos es una entidad cotidiana. Encontrar su etiología es fundamental para instaurar su tratamiento inmediato. Las pérdidas gastrointestinales altas (gia) son una de las causas. Ésta se evidencia por presentar síntomas de sangrado como hematemesis y melena o signos como lavado gástrico y tacto rectal positivos. Para objetivarla contamos con video endoscopia alta (veda). Ante la ausencia de estos signos se plantea si la endoscopia tiene indicación. Siendo un estudio invasivo, seguir un criterio basado en la evidencia resulta de importancia. Buscamos conocer los resultados de las endoscopias realizadas a pacientes en cuidados críticos que presentan caída aguda del hematocrito sin presentar evidencia de sangrado. **OBJETIVOS** conocer la frecuencia en que la caída del hto sin evidencia de sangrado se debe a una causa gia. Como también conocer qué porcentaje requiere tratamiento endoscópico. **MATERIALES Y MÉTODOS** se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de pacientes internados en terapia intensiva que presentaron anemia aguda objetivada por caída de hto mayor a 3 puntos, sin evidencia de sangrado gia. Se objetivó motivo de consulta, hematocrito, resultado de tacto rectal y de lavado. Se realizó veda observando si presentó resultados positivos y si requirió terapéutica tanto endoscópica como médica. Resultados se recolectaron 21 pacientes a los cuales se les realizó veda. Todas las endoscopias fueron completas. De los 21 pacientes se encontraron hallazgos en 9, siendo 12 endoscopias negativas. De éstos 9 estudios en 7 se encontraron lesiones en tracto gastrointestinal y 2 en hipofaringe. Por esto 33.3% (7 De 21) presentaron hallazgos atribuibles a patología gastroenterológica. Dentro de los 7 pacientes con hallazgos, 3 presentaron gastritis erosiva sin evidencia de sangrado, interpretando que la caída de hematocrito no fue debida a aquella causa. Los 4 pacientes restantes (19%) presentaron lesiones que cambiaron una conducta médica, 2 por presentar úlcera gástrica forrest iii a quienes se indicó tratamiento con ibp y 1 por presentar úlcera por decubito de sng al que se le retiró la sng. El paciente restante fue el único que requirió tratamiento endoscópico (4.76%) Por úlcera gástrica forrest iia la cual se trató de manera combinada con inyección de adrenalina 1:20.000 Y método mecánico con hemoclip. **CONCLUSIÓN** la caída de hematocrito en pacientes en unidades críticas es un evento frecuente. La hemorragia digestiva alta es una de las causas que pueden producirla. La veda es fundamental para realizar el diagnóstico y eventual tratamiento. A pesar de que los hallazgos endoscópicos en pacientes sin evidencia de sangrado raramente requieren de tratamiento endoscópico, realizar el estudio puede modificar la conducta terapéutica.

**TC - ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA****Código: 1555****PREVALENCIA DE METAPLASIA INTESTINAL GÁSTRICA EN UN SERVICIO DE ENDOSCOPIA ASIA INTESTINAL GÁSTRICA**

Fernanda Dorado; Jorgelina Graciano.

SAGE. S. Dupuytren - Bs. As. - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.1.Esófago, Estómago y Duodeno

Debido al progresivo envejecimiento de la población, se ha registrado un aumento de la prevalencia de cáncer gástrico, cuyo diagnóstico temprano lleva a una mayor sobrevida. La metaplasia intestinal gástrica es el mejor marcador de riesgo para este cáncer. Sin embargo el costo-beneficio del screening endoscópico para cáncer gástrico, no está probado fuera de Asia. La prevalencia reportada de metaplasia intestinal gástrica en países occidentales varía en un rango de 7%-25%. El objetivo de nuestro trabajo es describir la prevalencia de metaplasia intestinal gástrica en pacientes derivados para endoscopia digestiva alta a nuestro Servicio.

**TC - ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA****Código: 1652****PERFORMANCE DIAGNOSTICA DE LA GLUCOSA INTRAQUÍSTICA EN EL DIAGNOSTICO DE LOS QUISTES PANCREÁTICOS MUCINOSOS**

Inés Oria; Augusto Villaverde; Juan Pizzala; Emiliana Martínez; Oscar Mazza; Analía Pasqua; Victor Abecia; Mariano Marcolongo.

Hospital Italiano de Buenos Aires y Hospital San Martín de La Plata - Capital Federal - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

**Introducción:** El diagnóstico preoperatorio de las lesiones quísticas pancreáticas continúa siendo deficiente por lo que varios marcadores intraquísticos han sido evaluados mediante ecoendoscopia con punción (EUS/FNA) en los últimos años. La glucosa es una alternativa atractiva que ha demostrado ventajas sobre el resto los marcadores intraquísticos en algunos reportes. **Objetivos:** Evaluar la performance diagnóstica de los valores de glucosa intraquística obtenida por EUS/FNA en el diagnóstico de los quistes mucinosos. **Materiales y métodos:** Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes que realizó EUS/FNA por quistes pancreáticos entre Junio 2018 y Junio 2019 en dos centros de alta complejidad. **Análisis estadístico:** Se evaluó la sensibilidad, especificidad, valores predictivos y área bajo la curva (AUC), con sus intervalos de confianza del 95%, para un valor de glucemia en el líquido intraquístico menor a 50mg/dl. Se definió como quiste mucinoso a aquel que presente histología compatible en pacientes operados, y en los no operados basado en los criterios del líquido intraquístico (citología positiva, CEA > 192ng/ml, string sign positivo) **Resultados:** Se incluyeron 27 pacientes, la media de edad fue 63.4 (DS 12.9) y 18 (66.7%) fueron mujeres. 18 pacientes presentaron diagnóstico definitivo de quiste mucinoso lo que constituye una prevalencia del 67% (IC95% 46-83.5). Presentaron glucosa baja en el líquido 20 pacientes (74,1%). La sensibilidad fue 94.4% (IC95% 72.7-99.9). La especificidad fue 66.7% (IC95% 29.9 -92.5). El valor predictivo positivo fue 85% (IC95% 62.1- 96.8). El valor predictivo negativo fue 85.7% (IC95% 42.1- 99.6). El área bajo la curva (AUC) fue 0.81 IC 95% 0.63-0.98 **Conclusión:** La concentración de glucosa intraquística es un marcador muy preciso, accesible y de bajo costo para el diagnóstico de quistes mucinosos, Debería considerarse de rutina en la punción de los quistes pancreáticos.

**TC - ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA****CÓDIGO: 1650****QUISTES PANCREÁTICOS: VALOR AGREGADO DE EUS-FNA SOBRE EUS Y RMI. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALTA COMPLEJIDAD**

Eduardo Pizzala; Ines Oria; Augusto Villaverde; Dalila Urgiles; Analía Pasqua; Oscar Mazza; Victor Abecia; Mariano Marcolongo.

Hospital Italiano - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

**Introducción:** La ecoendoscopia (EUS) y la colangiopancreatografía (CPRMN) son herramientas valiosas en la caracterización y manejo de las lesiones quísticas pancreáticas (LQP). Sin embargo, el diagnóstico preoperatorio de las LQP sigue siendo un desafío. La aspiración con aguja fina (FNA) guiada por EUS, nos permite analizar el líquido intraquístico y obtener así información adicional. **Objetivos:** Comparar la concordancia entre el diagnóstico de quiste por FNA, con la obtenida por dos métodos de diagnóstico por imagen (morfología EUS y CPRMN). **Evaluar si EUS-FNA ofreció algún beneficio en casos de CPRMN no concluyente.** **Materiales y métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de los registros informáticos de todas las ecoendoscopias digestivas realizadas entre Enero 2015 y Diciembre 2018 y se incluyeron los pacientes con diagnóstico de quistes pancreáticos. Se analizaron las

imágenes, el líquido quístico pancreático ( PCF) y el seguimiento **Resultados:** De un total de 2238 ecoendoscopias realizadas, 319 presentaron diagnóstico de quistes pancreáticos. Se realizó punción en 139 pacientes: 62 (44,6%) fueron clasificados como mucinosos según el CEA y/o la citología. La concordancia entre el diagnóstico presuntivo del quiste por punción, con el obtenido por EUS fue 89,2% (Kappa 0.78, P<0,001). La concordancia entre el diagnóstico presuntivo del quiste por punción, con el obtenido por CPRMN fue 72,66% (Kappa 0.41, P<0,001) Por otro lado, de los 319 pacientes con quistes pancreáticos 60 (18,8%) tenían resultado indeterminado en la CPRMN y por morfología endosonográfica 31 obtuvieron un diagnóstico presuntivo. En cambio, en el grupo de los 139 pacientes punzados la CPRMN era indeterminada en 40 pacientes (28,8%) y la punción diagnosticó 36 de los 40 pacientes (90%) **Conclusión:** En nuestro estudio, la EUS +/- FNA fue superior a la CPRMN, especialmente en casos de CPRMN no concluyente.

**TC - ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA****Código: 1697****FRECUENCIA DE POLIPOS COLONICOS Y CANCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL DE BARRIO OBRERO**

María Ughelli; Carolina Miranda; Hilda Bernal.

Hospital de Clínicas - departamento central - Paraguay

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon

**INTRODUCCION:** Pólipo es una descripción macroscópica para denominar un tumor o crecimiento localizado que protruye desde la pared hacia la luz intestinal. Según su histología pueden ser neoplásicos y no neoplásicos. La secuencia adenoma-carcinoma es bien conocida y se acepta que más del 95% de los adenocarcinomas proceden de un adenoma. **OBJETIVOS:** General: Determinar la frecuencia de pólipos recto colonicos y/o Cáncer colorrectal en pacientes sometidos a colonoscopia en el Hospital de Barrio Obrero. Específicos: Caracterizar a la muestra según datos demográficos y clínicos. Describir la forma, número y distribución topográfica. Analizar la histología. **METODOLOGIA:** observacional, retrospectivo. Se revisaron informes de colonoscopias e informes histológicos, período 1 de julio de 2013 a 31 de diciembre de 2014 de pacientes de ambos sexos, sin rango etario, sintomático/asintomático, con pólipos y/o Cáncer Colorrectal en la colonoscopia. **RESULTADOS Y DISCUSION:** Del total de 331 colonoscopias se hallaron 73(22%) pacientes con pólipos y 16(5%) con lesiones de aspecto neoplásico. El promedio de edad fue 58±11 años y 60±14 años respectivamente. La mayoría sintomáticos. 37 pacientes con pólipos eran de sexo femenino y 36 de sexo masculino. Una ligera tendencia hacia el sexo masculino para el Cáncer Colorrectal. Aquellos con pólipos, 54(74%) eran únicos, 19(26%) múltiples. Se hallaron en total 107 pólipos, 74(69%) séiles, 27(25%) pediculados, 3(3%) sub pediculados, 3(3%) pólipos planos. En relación a la histología, 22 no adenomatosos y 52 adenomatosos, 1 pólipo subpediculado rectal informo Carcinoma In situ, 32 pólipos sin informe histológico. El 81% de las lesiones neoplásicas se hallaban en colon izquierdo. El 50% eran lesiones estenosantes. Solo 2(13%) pacientes tenían pólipos colonicos asociados. 8(50%) eran Adenocarcinoma Infiltrante moderadamente diferenciado Grado I, seguido de Adenocarcinoma Infiltrante Pobremente diferenciado Grado III, 2(13%) Estos hallazgos coinciden con otros trabajos publicados. **CONCLUSION:** Del total de colonoscopias 22% presentaron pólipos. La mayoría sintomáticos, séiles, localizados en colon izquierdo y correspondían a pacientes mayores de 50 años, lo que confirma la regla. En aquellos con lesiones de aspecto neoplásico, la edad promedio fue mayor a 50 años y de mayor localización en colon izquierdo. La presencia de adenocarcinoma asociado a pólipos fue baja comparada con hallazgos de adenocarcinoma sin pólipos, esto podría explicarse porque el 50% eran lesiones estenosantes a nivel rectal o unión recto sigmoidea, siendo el estudio incompleto. Teniendo en cuenta la secuencia adenoma-cáncer, es importante el screening de Cáncer Colorrectal en pacientes asintomáticos y sintomáticos para la detección temprana de pólipos, sobretodo en mayores de 50 años.

**TC - ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA****Código: 1557****TASA DE DETECCION DE ADENOMAS MEDIANTE VIDEOCOLONOSCOPIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE MENDOZA**

Ana Laura Richardi; Belén Bussetti; Carolina Dutto; Lorena Leiva; Alfredo Torres; Romina Victoria; Carolina Viñuela; Lucrecia Koll; Oliver Jorge; José Adí.

Hospital Lagomaggiore - Mendoza - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon

**INTRODUCCION:** En Argentina, el cáncer colorrectal (CCR) ocupa el tercer lugar de todos los cánceres para ambos sexos. Es uno de los que cuenta con mayor posibilidad de prevención debido a que su lesión precursora (adenoma) es de lento crecimiento. La tasa de detección de adenoma (TDA) es fundamental dentro de los parámetros de calidad de una videocolonoscopia (VCC). **Objetivo Primario:** Evaluar TDA en el total VCC realizadas, teniendo en cuenta la edad (> y < de 45 años), la preparación colónica (satisfactoria vs insatisfactoria). **Objetivo secundario:** Evaluar la TDA en pacientes incluidos en programa de prevención y detección temprana de cáncer colorrectal, teniendo en cuenta la preparación colónica, y la misma comparar-

la con la TDA obtenida en el total de VCC realizadas. MATERIALES Y METODOS: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo. Datos obtenidos de VCC realizadas por diferentes motivos (dolor abdominal, anemia, enfermedad inflamatoria, etc) en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Lamomaggiore entre Enero 2016- Febrero 2019. Se seleccionaron además aquellos pacientes que se le realizó screening de CCR. Se valora TDA, teniendo en cuenta edad y preparación colónica. Se compara TDA de todos los pacientes admitidos para realización de VCC con pacientes admitidos por screening de CCR. RESULTADOS: Un total de 2404 VCC fueron analizadas, 57,36% eran femenino, el resto masculino. La edad promedio fue de 51 años. Se detectaron 375 adenomas resultando TDA 15,31%. (Mujeres 12,03%, hombres 18,34%). Respecto a la edad la TDA fue mayor en los paciente >45 años (17,58% vs 7,44%). De acuerdo a la preparación colónica, en preparación satisfactoria la TDA fue mayor comparada con la preparación insatisfactoria (13% vs 2,62%. (p: 0,093). En el subgrupo estudiado por screening se analizaron un total de 241 VCC (10% del total de VCC). La TDA fue 21,57%, 16,35% mujeres y 25,60% hombres. En preparaciones satisfactorias fue de 17,42 % vs insatisfactorias 1,24%. (p: 0,030). CONCLUSIONES: La TDA obtenida en el total de VCC fue menor a la recomendada en la literatura (15% para mujeres y 25% para hombres). Esto podría corresponder al alto porcentaje (18%) de VCC con preparación insatisfactoria, lo cual disminuye la TDA. Otro parámetro que puede influir es la cantidad de pacientes <45 años en donde es esperable que el hallazgo de adenomas sea menor. También es importante la influencia de la variabilidad interoperador, ya que en nuestro servicio consta con formación de residentes supervisados por médicos de planta, lo que puede también disminuir la TDA. También se demuestra que la TDA es significativamente mayor en pacientes con preparación colónica satisfactoria especialmente en el grupo de screening en donde la TDA si fue mayor a la recomendada. Por otro lado, se plantea que para disminuir la mencionada variabilidad interoperador se debe insistir en la observación minuciosa por parte del endoscopista y en respetar el tiempo de retirada recomendado.

**TC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA**

**Código: 1682**  
**HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CAPITAL FEDERAL**

*Carlos Brodersen; Lorenzo Padin; Sergio Etchepare; María Victoria Maurette; Yurani Navarro; María Belén Di Donato; Victoria Marturano.*

Hospital Durand - CABA - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon

INTRODUCCIÓN: en el mundo, más de once billones de personas presentan deficiencia de hierro, de acuerdo con la OMS. Esto representa cerca del 25% de la población total, siendo el origen gastrointestinal el de mayor relevancia en hombres después de los 50 años y en mujeres postmenopáusicas. Es por eso que el Panel Europeo sobre la Adecuación de la Endoscopia Gastrointestinal (EPAGE) aconseja realizar endoscopia alta y baja para su estudio. OBJETIVO: estudiar cuáles son los hallazgos más frecuentes en los estudios endoscópicos cuya indicación es la anemia ferropénica. MATERIALES Y METODOS: se realizó un estudio de corte transversal desde el año 2016 hasta el 2019 en el Hospital Carlos G. Durand (CABA) con una muestra de 161 pacientes a quienes se les realizó un estudio de endoscopia digestiva alta (VEDA) y/o baja (VCC), incluyendo aquellos que tuvieran más de 18 años, diagnóstico de anemia ferropénica (hemoglobina menor a 13 gr/dl para hombres y 12 gr/dl para mujeres con niveles de ferritina menores a 15 µg/L) y que fueran asintomáticos. RESULTADOS: el 67% de los pacientes incluidos fueron de sexo femenino, la mediana de edad de 60 años. En cuanto a la localización anatómica de las patologías, el 35 % de los pacientes presentaron hallazgos positivos tanto en VEDA como en VCC; el 33% solo presentó hallazgos en la endoscopia baja y un 22% solo en la alta. Un 10% no presentó ninguna lesión. Los hallazgos más frecuentes en VEDA fueron gastropatía erosiva (12.4%), presencia de Helicobacter Pylori (12.4%) y esofagitis grado C (6.9%). En las colonoscopias, los hallazgos preponderantes fueron hemorroides (17.3%), en segundo lugar divertículos (13.3%) y pólipos, que en la anatomía patológica resultaron ser adenomas tubulares con displasia de alto grado (9.3%). CONCLUSION: la realización de estudios endoscópicos del tracto gastrointestinal como arsenal de primera línea, además de descartar otras patologías pertinentes según edad y sexo, continúa siendo una recomendación vigente y acertada para contribuir al diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica asintomática ya que en muchos casos, aunque afortunadamente no la mayoría, puede haber una patología maligna subyacente. COMENTARIOS: en el algoritmo para el estudio de anemia ferropénica los estudios endoscópicos son de primera línea.

**TC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA**

**Código: 1579**  
**EVALUACIÓN DE CALIDAD EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA, EN UN HOSPITAL DE AGUDOS COMPARADOS CON REGISTROS PREVIOS A LA ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA**

*Belén Bussetti; Ana Laura Richardi; Carolina Dutto; Lorena Leiva; Romina Victoria; Alfredo Torres; Carolina Viñuela; Lucrecia Koll; Oliver Jorge; Jose Adi.*

Hospital Lagomaggiore - Mendoza - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon

INTRODUCCIÓN Debido a la implementación de programas de detección de cáncer colorrectal (CRC) a nivel nacional, ha conducido a la revisión de los parámetros de calidad de la videocolonoscopia (VCC). OBJETIVO: Evaluar indicadores de calidad y seguridad útiles para mejorar desempeño de las unidades de Endoscopia Digestiva. Conocer la evolución del servicio comparada con otro periodo previo a la organización de la unidad de endoscopia. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, protocolizado y observacional desde febrero del 2016 a febrero del 2019, comparando con periodo previo a la organización de la unidad de endoscopia (2010). Método estadístico: medidas de tendencia central, medidas de dispersión, chi2 y test de student. RESULTADOS: Se incluyeron un total de 2389 VCC en el periodo del 2016-2019. Edad promedio fue de 50,75 años (DS±10,64); el 57,76 % (n 1380) del total correspondieron a sexo femenino. Tiempo promedio de espera fue de 23,37 días. Firmaron el consentimiento informado el 100% de los pacientes (pac). Se realizaron con anestesia general mínima 100% (n 2389). Del total de pac. el 81,67 % (n1877) se consideraron con una preparación colónica satisfactoria (BBPS ≥ 6). En el 93,47 % (n 2233) de los pac. se logró intubación cecal (IC). Se realizó ileoscopia a sólo al 18,02% (n 156). La tasa de detección de adenomas (TDA) del 15,82 % (378/2389), TDA >de 50 años 22,16% (324/1462). Tasa de detección de pólipos(TDP) del 35,45% (847/2389) TDP >de 50 años de 40,83% (597/1462). Tasa de polipectomía adecuada del 77%. Biopsias en el 49,19% (n 61) para diarrea crónica y del 67,78% (101) para EII. La tasa de complicaciones fue del 0.16 % (un sangrado post-polipectomía y tres perforaciones, uno de ellos falleció y el resto se resolvió endoscópicamente). Al comparar con el periodo preorganización 2010 (n 307), no hubo diferencias estadísticamente significativas respecto al pedido de consentimientos (100% vs 98%), tiempo de espera 23,7 días vs 10,39 días, TDA y en la realización de biopsias para diarrea crónica e EII. Si hubo diferencias significativas en preparación colónica satisfactoria de 81,67% vs 54,30% (ic95%; p<0,05), tasa de IC 93,74% vs 75,83% (ic95%; p<0,05), TDP fue del 35,45% vs el 22,14% (ic95%; p<0,05). CONCLUSIÓN: Los resultados obtenidos fueron relevantes al compararlos con los registros previos a formación de unidad de endoscopia y que en gran medida se conciden con lo estandarizado por las sociedades científicas. Creemos conveniente continuar a futuro implementado y re-evaluando dichas medidas de rendimiento, en especial la reformulación del informe, agregando datos que posteriormente facilitarían la recopilación de los mismos para ofrecer estudios de mayor calidad.

**TC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA**

**Código: 1300**  
**¿AVALA EL ANÁLISIS DE LA TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS EN DIFERENTES INTERVALOS DE EDAD LA RECOMENDACIÓN DE COMENZAR LA PESQUISA DEL CÁNCER COLORRECTAL A LOS 45 AÑOS?**

*Bleenis R. Gutiérrez; José L. Fernández; Federico I. Cassella; Andrés Wonaga; Luis A. Viola.*

Centro Integral de gastroenterología - CABA - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon

Antecedentes. La detección y extirpación de los pólipos precancerosos es un objetivo importante para reducir el riesgo subsecuente de cáncer colorrectal (CCR). Recientemente, la American Cancer Society recomendó bajar de 50 a 45 años la edad de comienzo para pesquisar el CCR. Sin embargo, son limitados los datos sobre la prevalencia de las lesiones precursoras en adultos más jóvenes. Objetivo. Evaluar la tasa de detección de adenomas (TDA) en diferentes intervalos de edad. Métodos. Estudiamos una revisión retrospectiva de las colonoscopias realizadas por cualquier indicación a pacientes ambulatorios de 18 o más años de edad en un centro de endoscopia de Buenos Aires, durante el período de enero de 2016 a mayo de 2017. Se registraron las características de los pacientes y del estudio (edad, sexo, tasa de llegada a ciego, escala de Boston). Se evaluó la TDA en la población total y en los pacientes con indicación de pesquisa de CCR. Los pacientes fueron divididos según la edad en los siguientes grupos: 50 o más años (grupo 1), menores de 50 años (grupo 2), 45 a 49 años (grupo 3), 50 a 54 años (grupo 4), y 55 a 59 años (grupo 5). Se compararon las TDA en cada grupo usando una prueba de x2. Resultados. Analizamos 2.665 colonoscopias, la indicación fue la pesquisa de CCR en 1.438 de ellos, 1.359 pacientes eran mujeres y 1.306 hombres, la edad promedio fue 56,0 +/- 12,8 años, la tasa de llegada a ciego fue 96,5%, y la escala de Boston promedio fue 6,52 +/- 1,16. Se detectaron adenomas en 457 de 1.956 pacientes del grupo 1 (TDA 23,4%) y en 66 de 709 del grupo 2 (TDA 9,3%) (P = 0,000). En el grupo 3, tenían adenomas 30 de 215 pacientes (TDA 13,9%); en el grupo 4, 63 de 383 (TDA 16,4%); y en el grupo 5, 104 de 438 (TDA 23,7%) (grupo 3 vs. grupo 4: P = 0,49, grupo 4 vs. grupo 5: P = 0,012). Considerando la población de pesquisa, se detectaron adenomas en 260 de 1.225 pacientes del grupo 1 (TDA 21,2%) y en 34 de 213 del grupo 2 (TDA 15,9%) (P = 0,045). En el grupo 3, tenían adenomas 18 de 94 pacientes (TDA 19,1%); en el grupo 4, 39 de 273 (TDA 14,2%); y en el grupo 5, 62 de 292 (TDA 21,2%) (grupo 3 vs. grupo 4: P = 0,34, grupo 4 vs. grupo 5: P = 0,04). Conclusiones. Aunque, tanto en la población total como en la de pesquisa, la TDA fue significativamente mayor en los pacientes de 50 o más años que en los pacientes menores de 50 años, no hubo diferencias entre los intervalos de 45 a 49 años y de 50 a 54 años. La diferencia se hizo significativa cuando se consideraron los pacientes de 55 a 59 años. La TDA similar en los pacientes de 45 a 54 años sugiere que la pesquisa del CCR debería comenzarse a los 45 años.

---

**TC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA**


---

**Código: 1309****UTILIZACION DE SCORES ENDOSCOPICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL***Mariano Biagioni; Olga Quintero; Andres Wonaga; Juan Sorda; Maria Eugenia Linares.*

Hospital de Clinicas José de San Martín, Sección Enfermedad Inflamatoria Intestinal - Buenos Aires - Argentina

*Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon*

La evaluación de la actividad endoscópica en la era de la "curación mucosa" continúa siendo un desafío en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Para ello se han propuesto varios scores endoscópicos pero muy pocos han sido validados adecuadamente y su uso esta principalmente restringido a ensayos clínicos. Objetivos: Evaluar el conocimiento y aplicación de los índices de severidad en EII en endoscopistas de la República Argentina y averiguar que variables se asocian a la utilización de scores. Material y método: Estudio descriptivo de corte transversal durante el año 2019, a través de un cuestionario de carácter anónimo que se distribuyó mediante correo electrónico y mensajería móvil a médicos endoscopistas de Argentina. Se tomaron datos del médico y preguntas que evalúan la aplicación de índices endoscópicos de severidad en colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC). Para el análisis estadístico se utilizó el programa Stata 15.1. Para comparar variables dicotómicas se utilizó Chi Cuadrado. Resultados: La encuesta fue contestada por 149 endoscopistas. El 75,17% de los encuestados utiliza correctamente los scores de actividad en CU (67.8 MAYO y 7.38% UCEIS) y el 20.8% no utiliza scores. En el caso de EC solo el 26.84% los utiliza adecuadamente (12.75% CDEIS y 14.09% SES-CD) y el 40.9% no utiliza scores. Encontramos diferencia significativa en relación a la cantidad de pacientes con EII que ven mensualmente los endoscopistas en consultorio: en CU, los que ven mas de 10 pacientes al mes con EII, el 90.91% utiliza scores adecuados y en los que ven menos de 10 pacientes, sólo el 70.69% los utiliza correctamente (p 0.018). Similares resultados se observan en EC: en los que ven menos de 10 pacientes al mes con EII, el 48.4% utiliza scores adecuados vs 20.6% los que evalúan menos de 10 (p 0.001). Encontramos que la edad del endoscopista es relevante: En CU 87.34% de los menores a 40 años utiliza adecuadamente los scores vs el 61.43% en mayores a 40 (p 0.000). En el caso de EC, 39.24% de los menores de 40 años utilizan scores adecuados y en mayores solo el 12.86% (p 0.000). Conclusiones: Hay mayor conocimiento y adherencia en la utilización de scores endoscópicos de severidad en CU que en EC. Las variables comunes para el uso de scores fueron una edad menor de 40 años y más de 10 consultas mensuales de pacientes con EII. Consideramos que es necesario desarrollar estrategias de capacitación para el seguimiento de pacientes con EII.

---

**TC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA**


---

**Código: 1454****EVALUACIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL DE INTERVALO EN DOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL***María Victoria Mulqui; María Florencia Alvarez; Nadia Belén Agüero; María Victoria Laborie; Ricardo Martín Amé; Mathius Bernardo Soruco; Andrea Bolomo; Yanina Gabriela Carlino; Mariano Antonio Higa; Domingo César Balderrama.*

Hospital Universitario Privado de Córdoba. - Córdoba - Argentina

*Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon*

INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal (CCR) es la segunda causa mundial de muerte por cáncer, tanto en varones como en mujeres. La colonoscopia es el «patrón oro» para el despistaje del CCR con una alta sensibilidad. Sin embargo se puede presentar el cáncer colorrectal de intervalo (CCR-I) que es la neoplasia de colon que se diagnostica entre los períodos de cribado posterior a una colonoscopia sin lesiones neoplásicas. El CCR-I es un marcador de calidad en los centros que realizan despistaje de CCR y se acepta una frecuencia menor al 5% de todos los CCR. En Argentina existen escasas publicaciones sobre CCR-I. OBJETIVOS: El objetivo principal fue determinar el porcentaje de pacientes con CCR-I en 2 centros de tercer nivel de la ciudad de Córdoba. Los objetivos secundarios fueron comparar las características clínicas de los pacientes con CCR-I y los hallazgos de la colonoscopia previa de estos pacientes. MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, desde Enero/2008 hasta Diciembre/2018 en el Hospital Privado Universitario de Córdoba y Hospital Raúl Ángel Ferreyra. En ambas instituciones en conjunto se realizan más de 4500 colonoscopías/año. Se definió CCR-I de acuerdo a las guías internacionales como los pacientes que presentaron diagnóstico de CCR dentro de los 60 meses posteriores a una colonoscopia previa sin hallazgos de neoplasia. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico patológico de CCR durante el período de estudio. Se excluyeron pacientes con CCR que se diagnosticaron posteriores a los 5 años de la realización de una colonoscopia o

con antecedentes de resección de colon. El protocolo de investigación fue aprobado por el comité de ética institucional. RESULTADOS: Se incluyeron 285 pacientes en el estudio. Se detectaron 6 (2,1 %) casos que cumplieron los criterios de CCR-I. La edad promedio de los pacientes con CCR-I fue de 67.6 (±)13.6 años. El tiempo promedio entre el diagnóstico de CCR-I y la última colonoscopia fue de 29.5 (±)16.5 meses. La localización de las neoplasias fueron 50% en colon ascendente-ciego y 50% en recto-sigma. Respecto a la colonoscopia inicial se observó que la preparación fue inadecuada en 1 de 6 casos y en 4 pacientes la exploración fue hasta ciego. El 60% tenía antecedentes familiares de CCR. No se observaron casos de CCR-I por resección incompleta de lesiones previas. CONCLUSIÓN: En nuestro medio encontramos una frecuencia de CCR-I del 2,1 % en un periodo de 10 años de evaluación, que se encuentra de acuerdo a lo sugerido por las guías de calidad de colonoscopia de tamizaje. En el 66% de estos pacientes la colonoscopia previa fue completa hasta ciego y la preparación fue óptima.

---

**TC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA**


---

**Código: 1662****UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA ENTEROSCOPIA SIMPLE BALÓN SEGÚN ESTUDIO INICIAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE DERIVACIÓN***Sebastián Duran; Pamela Ruth Daffra; Victor Hugo Abecia; Juan Eduardo Pizzala; Santiago Gustavo Rinaudo; Mariano Martín Marcolongo.*

Hospital Italiano de Buenos Aires - Caba - Argentina

*Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.4.Intestino Delgado*

La enteroscopia asistida por balón ha demostrado ser eficaz en el diagnóstico y tratamiento de lesiones del intestino delgado visualizadas previamente por otros métodos. Pocos estudios evalúan la utilidad de la cápsula endoscópica (CE) y los estudios por imágenes no invasivos que preceden la enteroscopia simple balón (ESB). Este trabajo representa una contribución al mejor entendimiento de la ESB en relación al rédito diagnóstico y a la correlación de la ubicación de las lesiones entre la enteroscopia y los diferentes estudios que lo preceden. Materiales y métodos: Estudio analítico y observacional de una cohorte retrospectiva de pacientes derivados para realización de ESB. Entre septiembre 2010 y junio 2017 se incluyeron pacientes consecutivos a los que se realizó ESB en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Resultados: Se analizaron 140 ESB realizadas en 120 pacientes. La vía de acceso fue anterógrada en un 91% de los estudios. La indicación más frecuente fue el sangrado de origen oscuro oculto (41%). El 50% de los pacientes tenían CE previa al estudio, el 27% contaba con enterotomografía (ETC) o enteroresonancia (ERMN) y 21% con ambos estudios. El rédito de diagnóstico de lesiones global fue del 70% donde las angiodisplasias (46%) fueron el hallazgo más frecuente. Este fue aún mayor cuando la enteroscopia fue precedida por CE comparado con ETC o ERMN (76 % vs 61 % p= 0,06). La concordancia entre la CE y la ESB fue moderada para diagnóstico de lesiones (kappa 0,4194; p < 0,001) y buena para localización de las mismas (Kappa 0,6337 p < 0,001). Conclusiones: La ESB en nuestro centro es un procedimiento con alto rédito diagnóstico. Dicho rédito mejora y la concordancia topográfica de lesiones es mayor, cuando se realiza de forma dirigida posterior a una CE.

---

**TC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA**


---

**Código: 1271****HALLAZGOS DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN LA PATOLOGÍA DE INTESTINO DELGADO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL 601 CIRUJANO MY DR. COSME ARGERICH, EN EL PERIODO DE JUNIO 2017 A***Elsy Alcivar; Mariel Iriarte; Noel Aldabe; Daniela Ibarra; Priscila Fantin.*

HOSPITAL MILITAR CENTRAL 601 CIR My DR COSME ARGERICH - CABA - ARGENTINA

*Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.5.Endocápsula*

Introducción: La cápsula endoscópica (CE) es un estudio de diagnóstico, indirecto, inalámbrico no invasivo que permite explorar la totalidad del intestino delgado. La indicación más frecuente es la hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO) que puede ser evidente u oculto. Objetivos: Describir los hallazgos de la CE como método diagnóstico en la patología del intestino delgado y enumerar la prevalencia de las causas más comunes, así como los motivos por los cuales se realizó el estudio en los pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Militar Central. Materiales y métodos: Análisis retrospectivo de 58 pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología, que se realizaron CE en el período Junio 2017- Abril 2019. Resultados: El promedio de edad de los pacientes fue 62,76 años con una desviación estándar de 15,21 (rango: 22 a 89 años). El 71% (41 pacientes) fueron

de sexo femenino y (17 pacientes) el 29% de sexo masculino. El tiempo promedio total del tránsito del estudio fue de 687.24 minutos +/- 169.43. Los 3 principales motivos de solicitud del examen corresponden a: anemia (57%), dolor abdominal en el 9% de los pacientes y enfermedad inflamatoria intestinal (9%). El resto del grupo se divide entre hematoquezia, sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca y otros motivos. De los 58 exámenes analizados, en 45 de ellos, (78%) se obtuvo un resultado patológico y en 13, (22%), el resultado del examen fue informado como normal. Considerando los exámenes con hallazgos patológico (45), en 22 exámenes (49%) el hallazgo correspondió a angi displasias; en 5 exámenes (12%) lesión submucosa, 4 exámenes (9%) el resultado del examen correspondió a erosiones de la mucosa, 4 estudios (9%) duodenopatía congestiva y xantomias en otros 4 estudios (9%). Los siguientes hallazgos fueron: en 2 exámenes (4%) úlceras, en 1 (2%) enteropatía difusa, en 1 (2%) sospecha enteropatía por AINES, en 1 (2%) sangrado activo en duodeno y 1 caso (2%) pólipos duodenal. Conclusiones: En nuestro trabajo se encontró que el motivo más frecuente de solicitud del estudio es anemia por sospecha de HDOO, siendo el hallazgo más frecuente las angi displasias. Concomitantemente los pacientes con evidencia de sangrado tienen 1,4 veces más probabilidad de tener un resultado positivo, que aquellos que no presentan este signo, similar a lo reportado en la literatura.

**TC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA**

**Código: 1375**

**UTILIDAD CLÍNICA DE LA VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA DE INTESTINO DELGADO EN LA SOSPECHA DE ENFERMEDAD DE CROHN: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA**

*Estanislao J. Gomez; Raquel Gonzalez; Lisandro Pereyra; Mariela Roel; Andres G. Mora Nuñez; Federico E. Bentolilla; Cristian D. Ahumada; Jose M. Mella; Silvia C. Pedreira; Daniel G. Cimmino; Luis A. Boerr.*

Servicios de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Alemán - BUENOS AIRES - ARGENTINA

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.5.Endocápsula

**INTRODUCCIÓN.** La videocápsula endoscópica (VCE) de intestino delgado (ID) puede detectar lesiones compatibles con enfermedad de Crohn (EC) en pacientes con síntomas sugestivos y resultados inconclusos en la evaluación diagnóstica convencional. Sin embargo, no ha sido evaluada la utilidad del estudio con VCE en la toma de decisiones clínicas. **OBJETIVOS.** Investigar la utilidad clínica de la VCE para confirmar el diagnóstico de la EC, y también evaluar si los resultados de la VCE modifican las decisiones terapéuticas subsecuentes. **MÉTODOS.** Se realizó un estudio observacional de cohorte retrospectivo. Fueron incluidos pacientes adultos derivados para estudio con VCE por sospecha clínica de EC, en el período Nov 2012-Nov 2018. Se registró información sobre demografía, estudios complementarios, estudio de VCE, intervenciones terapéuticas para enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y seguimiento en los 3 meses posteriores al estudio. Se realizó análisis univariado y multivariado de regresión logística para identificar predictores de EC. **RESULTADOS.** En el período de estudio se realizaron un total de 345 protocolos de VCE, de los cuáles 90 fueron en el escenario de la EII. Incluimos en el análisis a 63 estudios de VCE realizados por sospecha de EC: Sospecha clínica de EC 54 (86%) y colitis indeterminadas 9 (14%). Edad media 41 años (rango 17-77 años) y 54% varones. La VCE alcanzó el ciego en 58 (92%) de los casos, y se observó retención en 5 (8%), requiriéndose la remoción quirúrgica en solo un paciente (1.6%). En total, 28 de 63 (44%) pacientes presentaron hallazgos consistentes con EC en la VCE. Las lesiones identificadas incluyeron úlceras 24 (86%), eritema y edema de vellosidades 17 (61%), aftas y erosiones 5 (86%), estenosis 2 (7%). Se distribuyeron principalmente en ID distal (3er tercio) en 23 (82%), pero en 14 (50%) de los casos se observó afectación de ID proximal (1ro y 2do tercio). Score de Lewis (SL) promedio fue 903 (112-4356). Se observó actividad inflamatoria significativa (SL  $\geq$  135) en 17 (27%) y moderada o severa (SL > 790) en 7 (11%). La VCE evidenció mucosa de ID normal en 34 (54%) de los pacientes, lo que descartó la EC. Con el resultado de la VCE se tomó una conducta terapéutica en 23 (36%) de los pacientes, iniciando una medicación para EII en la mayoría de los casos en los 3 meses posteriores. En el análisis de regresión logística se identificaron las variables sexo masculino (p=0.02) y hallazgos indeterminados en ileocolonoscopía (p=0.004) como predictores independientes de EC. **CONCLUSIONES.** En nuestro estudio, la VCE confirmó el diagnóstico de EC en el 44% de los casos. Sexo masculino y hallazgos indeterminados en ileocolonoscopía fueron predictores independientes de EC. En un tercio de los casos se tomó una decisión terapéutica con el resultado de la VCE. La VCE es una herramienta útil en la sospecha de EC, adicionando información relevante para el diagnóstico y teniendo un gran impacto en las decisiones terapéuticas.

**TC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA**

**Código: 1700**

**TUMORES NEUROENDÓCRINOS DE PÁNCREAS: UNA MIRADA BAJO ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA**

*Ignacio Moratorio; Taullard Andrés; Taullard Daniel.*

Hospital Británico de Montevideo Uruguay - Montevideo - Uruguay

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.6.Ecoendoscopia

**Introducción y objetivos:** Los tumores neuroendocrinos de páncreas constituyen neoplasias raras y comprenden 1-2% de todos los tumores pancreáticos. Si bien la gran mayoría de ellos son indolentes, son potencialmente malignos y la ultrasonografía endoscópica con punción y aspirado con aguja fina permite caracterizar y tomar biopsias para la confirmación diagnóstica. El objetivo del presente estudio es describir los casos de TNE-p diagnosticados bajo ultrasonografía endoscópica, en el servicio de Endoscopia Digestiva de una institución privada en el período 2017-2018 y compararlos con una revisión actualizada de la literatura. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo; en que se identificaron aquellos usuarios que se sometieron a USE en el período 2017-2018, por una sospecha de tumor neuroendócrino de páncreas o aquellos a quienes se les diagnosticó uno después de realizada la biopsia por ultrasonografía endoscópica. **Resultados:** 9 tumores neuroendocrinos de páncreas. Mediana de edad 61.5 años, 75% hombres. Un tumor funcionante (gastrinoma). 9 punciones y aspirado con aguja fina, 8 cromogranina A y sinaptofisina positivos (89%). 1 carcinoma neuroendócrino, 8 tumores bien diferenciados. No síndromes hereditarios **Conclusiones:** La incidencia de los tumores neuroendocrinos viene en aumento principalmente como hallazgos incidentales por la amplia utilización de técnicas de imagen, constituyendo tumores no funcionantes. La ultrasonografía endoscópica constituye una herramienta fundamental en el diagnóstico de estas neoplasias.

**TC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA**

**Código: 1599**

**ENGROSAMIENTO PARIETAL DEL TUBO DIGESTIVO POR TOMOGRAFÍA Y HALLAZGOS EN LA ENDOSCOPIA**

*Leandro Daniel Giunta Rivas; Paula Galletto; Marina Soledad Leiva; Ana Belén Mullinaris; María Ludmila Rossi; Diego Ernesto Martínez; Micaela Chitussi; Juliana Bajo; Julián Blas Hendriksen; María Cecilia Calzona.*

HIGA Dr. Rodolfo Rossi - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.Endoscopia Diagnóstica

**Introducción:** El engrosamiento parietal del tubo digestivo evidenciado por imágenes y su correlación endoscópica ha sido poco estudiada. Aún en la actualidad representa un gran desafío ya que abarca desde patologías benignas hasta aquellas con gran morbimortalidad, por lo que es frecuente realizar estudios endoscópicos para determinar su etiología. **Objetivos:** Describir la frecuencia entre los hallazgos endoscópicos e imagenológicos en aquellos pacientes con engrosamiento parietal del tubo digestivo por tomografía computada (TC). **Materiales y métodos:** Se realiza un estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal analizando los informes endoscópicos entre enero del 2010 hasta enero del 2019, incluyéndose aquellos en los que el motivo de consulta es engrosamiento parietal de algún sector del tubo digestivo evidenciado por TC. Se excluyen los estudios en los cuales la preparación fue inadecuada (Escala Boston  $\leq$  5) o en los que no se logra intubación cecal a pesar de no tener patología orgánica. **Resultados:** Del total de 6586 endoscopias (4600 videoendoscopias digestivas altas [VEDA] y 1986 videocolonoscopias [VCC]), 85 estudios cumplen criterios de inclusión: 63 VCC y 22 VEDA, con una media de 60 años (38-86). De estos, 2 (2.36%) presentaban engrosamiento en esófago, 14 (16.47%) en estómago, 6 (7.05%) en duodeno, 7 (8.24%) en ciego, 10 (11.76%) en colon ascendente, 7 (8.24%) en colon transversal, 5 (5.88%) en colon descendente, 27 (31.76%) en recto-sigma y 7 (8.24%) en el marco colónico. En el 38.8% de los estudios no se evidenciaron lesiones (21 VCC y 12 VEDA), mientras que el 61.2% fue patológico (42 VCC y 10 VEDA). Solo 44% (n=38) del total de los estudios incluidos presenta lesiones coincidentes con el área donde se detectó el engrosamiento parietal: 2 gastropatías no erosivas, 1 pliegue gástrico engrosado, 5 diverticulosis, 2 colopatías, 18 lesiones vegetantes, 6 lesiones superficiales, 2 lesiones deprimidas y 2 estenosis. **Discusión:** Sólo el 17.6% (n=15) del total, evidenciaron lesiones coincidentes con el sector de engrosamiento y hallazgos que motivaron la toma de la biopsia encontrándose: 5 gastritis crónicas inespecíficas, 8 adenocarcinomas (2 gástricos y 6 colorrectales), 1 linfoma tipo B gástrico, 1 adenoma avanzado y 2 colitis crónicas inespecíficas. Los sectores que mayor asociación demostraron son: Colon descendente (60%), Marco colónico (57%), recto sigma (51.9%) y estómago y colon ascendente (50%). En comparación con otros estudios publicados la proporción entre nuestros hallazgos y engrosamiento fue menor. **Conclusión:** Si bien el porcentaje de hallazgos patológicos compatibles con el sector engrosado fue menor al 50%, consideramos que nuestro tamaño de muestra no es suficiente para arribar a conclusiones estadísticas, pudiendo ser un punto de partida para realizar un estudio prospectivo que consigne la relación entre sintomatología, signos imagenológicos y endoscópicos permitiendo desarrollar un score diagnóstico.

**TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA****Código: 1529****COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE DERIVACIÓN ZONAL CON COMPLEJIDAD PARA RESOLVER LA PATOLOGÍA DE LA VÍA BILIAR POR INSTRUMENTACIÓN ENDOSCÓPICA**

Matías Martín; Marcelo Peche; Sergio Martín.

Clínica Roca S.A. - Centro de Enfermedades Digestivas - Río Negro - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.1.Esófago, Estómago y Duodeno

Introducción: La indicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) incluyen la remoción de litos biliares y la obstrucción maligna. La litiasis coledociana es una complicación frecuente de la litiasis vesícula. Durante la realización de colangiografías intra operatorias por litiasis vesicular, la prevalencia es de 20.9% de hallazgo de litiasis coledociana en Sudamérica. En un estudio argentino sobre 734 CPRE, se objetivó: media de edad de 60 años, varones 34.9%. La complicación más reportada en CPRE es la pancreatitis aguda con incidencia del 3 al 10% en revisiones sistemáticas, y mortalidad del 0.7%. El riesgo de sangrado se estima entre el 0.3-2% y el de colangitis es del 0.5-3%. Objetivo: Describir los resultados a lo largo de cinco años y 5 meses de experiencia en CPRE. Métodos: Estudio descriptivo, de corte trasversal en pacientes sometidos a CPRE en centro sanatorial privado, desde el 1/1/2014 hasta el 31/5/2019. Los datos descriptivos se presentaron en forma de proporción, media y rango según correspondiera. Se utilizó un Videoduodenoscopio Pentax HD EPKj y fuente Electrobisturí ERBE Endocut I. Se usaron esfinterotomos de tracción, Cesta de Dormia, Balón extractor de litos de 12-15 mm, guías hidrofílicas de 0.035 y stents plásticos. Se revisaron los casos registrados en una base de datos propia que constata cada CPRE realizada, incluyendo pacientes de 18 años o más con criterios clínicos y/o radiológicos de patología de vía biliar principal y demanda de CPRE para su resolución. Se analizaron variables demográficas, aspectos técnicos (canulación, esfinterotomía, solución de patología biliar y colocación de prótesis biliar), y variables clínicas (diagnóstico, y necesidad de nueva CPRE o cirugía para resolución de la patología de la vía biliar). Además fueron registrados los eventos adversos. Resultados: En el periodo del estudio se realizaron 256 CPRE en 196 pacientes, varones 36.76%. La media de edad fue de 65 años. Del las CPRE realizadas el 79.6% fue por litiasis coledociana, el 6.6% para colocación de prótesis biliar (de ellos el 64.7% fue por tumores primarios de cabeza de páncreas y el resto por metástasis en páncreas y por compresión por quistes hidatídicos). El 5% de las CPRE fue por estenosis benigna del colédoco, el 3.9% por tumor maligno del colédoco y por tumor papilar el 3%. Fue posible realizar canulación del colédoco en el 91% de los casos, y en 50 de los casos los pacientes tenían esfinterotomía previa. 45 pacientes tuvieron que ser sometidos a una segunda CPRE de acuerdo a la evolución clínica (17.5%) y 36 (14%) no pudieron ser solucionados por CPRE y fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos. En cuanto a las complicaciones por CPRE se registraron 8 casos de pancreatitis aguda (3.1%), 2 casos de hemorragia digestiva alta (0.8%) y 1 caso de perforación intestinal. En total se registró un 4.3% de complicaciones. No se registró ninguna muerte relacionada a las complicaciones.

**TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA****Código: 1699****VALORANDO LA ENDOSCOPIA INTERVENCIONISTA EN LA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO**

Estela Parra Wirth; Giovanna Porfílo Gularte; Milena Llera Sosa; Sebastian De Oliveira; Guadalupe Luzuriaga; Diego Royg.

Servicio de Gastroenterología, Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga - Misiones - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.1.Esófago, Estómago y Duodeno

INTRODUCCION: La ingestión de cuerpos extraños es un problema frecuente. Más frecuente en la población pediátrica. Segunda causa de urgencia endoscópica. El 80-90% pasan espontáneamente, el 10-20% extracción endoscópica y 1% cirugía. OBJETIVOS: Evaluar casuística de ingresos por cuerpos extraños en nuestro hospital. Comparar los datos obtenidos con la literatura a nivel mundial. Valorar la herramienta de cierre endoscópico de perforaciones como una opción válida para el tratamiento eficaz de las complicaciones. MATERIALES Y METODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo, de análisis univariado, de tablas de frecuencias y análisis bivariado de tablas de contingencia transversal, desde el 2010 al 2019, incluyó 3006 consultas de urgencia por cuerpo extraño, ambos sexos en población pediátrica y adulta. Considerando: síntomas de ingreso, el tipo de endoscopia, tiempo entre la consulta y la extracción del cuerpo extraño, antecedentes de impactaciones previas, forma y tamaño del cuerpo extraño, localización, lesiones por decúbito, plan de extracción, complicaciones y resolución endoscópica y quirúrgica. RESULTADOS: Un total de 3006 consultas por cuerpo extraño, 1926 población adulta y 1080 pediátrica. De este total, se realizaron 1260 videogastroskopias, y 9 videocolonoskopias. Se concreta extracción en 618 pacientes. Extracción en el primer intento 94.9%, segundo intento 3.3% y tercer intento 1.3%. Sexo masculino mayor frecuencia (54,20/45,80%), edad media en población pediátrica 4 años, y adultos 45 años.

Síntomas más frecuentes odinofagia (25,80%), disfagia (9,30%), sialorrea (8,60%). Tiempo entre consulta y endoscopia 4 a 6 hs. Ingesta accidental 92,30%, intencional 7,70%. Pacientes con antecedentes de impactación previa representan el 6,90%. Tipos de cuerpos extraños punzantes 68,1% (huesos, espinas alfileres prótesis dental), bolo alimentario 14,6%, romos 10,7% (monedas, pilas) y largos 6% (bombillas, antenas). Sitio de impactación en esófago 47,8%, distribuidos tercio superior 66,40%, medio 22,70%, inferior 10,90%; hipofaringe 36,8%; estómago 9,2%; intestino delgado 3,4%; colon 2,4%; recto 0,4%. Lesiones por decúbito erosión 80,50%, úlcera 12,49% y desgarro 7,02%. Las complicaciones que se registraron en esta serie 17 perforaciones (0,8%), 4 con cierre endoscópico (dos por huesos vacunos), uno por hueso de pollo asociado a una fistula esófago subclavia, y uno en población pediátrica por objeto metálico dentado (dispositivo de placa de televisión), utilizando como herramienta de cierre: 6 endoscópica quirúrgica, 7 resolución quirúrgica. No hubo óbitos en esta serie. CONCLUSIONES: Coincidencia con la literatura mundial. No se registraron óbitos, interpretamos por el tiempo de intervención temprana, la utilización de herramientas de cierre endoscópico, Co2 durante el procedimiento, y la disponibilidad de accesorios, disminuyendo el riesgo de mediastinitis. Pendiente estudios funcionales en paciente con antecedentes de impactaciones previas.

**TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA****Código: 1223****EXPERIENCIA INICIAL CON UN BALON DIGERIBLE**

Fernando Robledo; Franco Peral; Juan Pablo Del Aguila; Tatiana Alfonso; Melvi Cosio; Matias Garriga; Cinthia Choque Vargas.

HIGA Dr. Diego Paroissien - NOT APPLICABLE - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.1.Esófago, Estómago y Duodeno

Introducción Con el aumento de las tasas de obesidad, los pacientes y los médicos tienen un interés creciente en las opciones de pérdida de peso no quirúrgicas. Los balones intragástricos endoscópicos han mostrado éxito hasta la fecha y continuamente se están desarrollando nuevos dispositivos. el Balon digerible Lexbal aprobado por la ANMAT, que consta de 1 o2 balones rellenos de líquido ingeridos por etapas y retirados después de 4-6 meses. Nuestro objetivo fue evaluar el perfil de seguridad y el éxito de este sistema de globos. Métodos Trece pacientes de una práctica bariátrica multicéntrica se estudiaron prospectivamente entre enero de 2018 y abril de 2019. Los datos recopilados de los pacientes incluyeron edad, género, peso inicial, IMC, duración del tratamiento y eventos adversos. El análisis estadístico se realizó para el exceso de pérdida de peso (EWL), la pérdida de peso corporal total (TBWL) y el cambio de IMC. Todos los balones se colocaron bajo visión radioscópica con control ecográfico posterior. Ninguno de los pacientes presentaron molestias post colocación. Método de colocación resultado rápido sencillo y seguro y de bajo costo Se evaluaron el IMC, la grasa corporal, la circunferencia de la cintura, la presión arterial diastólica, la Hb glicosilada, el colesterol, los triglicéridos, la glucosa en sangre y el HOMA-IR. índice La hormona estimulante de la tiroides, GOAT y GPT. La calidad de vida y el grado de satisfacción del paciente mejoraron significativamente al final del tratamiento Resultados La cohorte era predominantemente femenina con una edad promedio de 38 años. El peso promedio inicial fue de 90/10 kilos y un IMC de 33. La pérdida de peso promedio fue de 12 kilos, IMC disminuido en 3.2. Más del 65% de los pacientes alcanzaron > 5% de TBWL. Hubo una diferencia significativa entre los pacientes que completaron el curso de 150 días (82.5%) en comparación con los pacientes que tuvieron una recuperación temprana del balón en términos de reducción de peso. No se produjeron eventos adversos importantes. Se presentaron complicaciones menores en el 22,2% de los pacientes: arcadas (9,5%), úlceras gástricas (3,2%), náuseas (3,2%), dolor abdominal (3,2%), vómitos (1,6%), dispepsia (1,6%) e intolerancia al dispositivo (1,6%). Conclusiones Desde nuestra experiencia, el balón digerible Lexel es una opción segura y efectiva para la pérdida de peso no quirúrgica. No hubo complicaciones graves y la mayoría de los pacientes experimentaron reducciones de peso. Los estudios futuros se centrarán en determinar la duración óptima del tratamiento.

**TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA****Código: 1284****¿ES ÚTIL REPETIR UNA COLANGIOGRAFÍA ENDOSCÓPICA LUEGO DE UN PRECORTE INICIAL CON CANULACIÓN FALLIDA?**

Martín Guidi; Nelson Condado; Cecilia Curvale; Julio De María; Agustín Sequeira; Ignacio Málaga; Raúl Matanó.

Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce" - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

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

## ENDOSCOPIA

ante el fracaso de acceder a la vía biliar con precorte, el próximo paso sería la realización de un abordaje biliar percutáneo (DBP), ecoendoscópico o quirúrgico. **OBJETIVO:** Determinar la tasa de éxito en lograr la canulación biliar en una segunda y/o tercera CPRE luego de un precorte inicial fallido. Como objetivos secundarios evaluar las complicaciones. **METODO:** Estudio de cohorte retrospectivo. Se analizó la base de datos en Excel de todas las CPREs con papila naíve entre 01/01/2017 y 01/01/2019. Se analizaron las siguientes variables: A) canulación dificultosa (más de 8 minutos de intento de canulación, más de 5 intentos infructuosos de acceso biliar y más de 3 canulaciones al wirsung), B) tipos de precorte (estándar, septotomía, infundibulotomía) y C) complicaciones. **RESULTADOS:** De las 730 CPREs realizadas, 597 se incluyeron en el análisis por presentar papila naíve. Se realizó precorte en 85 pacientes (14%) por canulación dificultosa. La técnica más utilizada fue la infundibulotomía en 79 pacientes (92%). La canulación exitosa global con precorte se logró en 84/85 pacientes (98,8%): 70 pacientes en el precorte inicial (82%), 10 en el segundo intento (12%) y 4 en el tercer estudio (4,8%). El único paciente en quien no se logró canulación se realizó una derivación biliodigestiva por cáncer de páncreas (1,2%). El intervalo entre los intentos de precorte fue de 3 a 5 días. La tasa global de complicaciones fue del 6% (6 pacientes) y todas en la primer CPRE (no registrándose eventos adversos en los retomes). Las mismas fueron: 1 perforación peripapilar, 2 hemorragias y 2 pancreatitis y b) 2º intento: 1 hemorragia. Todas las complicaciones se manejaron endoscópicamente. **CONCLUSIONES:** Repetir la CPRE luego de una canulación dificultosa con precorte inicial fallido permite mejorar notoriamente la tasa de éxito en el abordaje terapéutico de la patología biliar sin incrementar las tasas de complicaciones y evitando el tratamiento quirúrgico y/o percutáneo.

### TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

**Código: 1252**

#### TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO EN ESTENOSIS PAPILARES

*Martín Guidi; Martín Ferrario; Nelson Condado; Cecilia Cuvale; Raúl Matano.*

Hospital alta complejidad "El Cruce" - Buenos Aires - Argentina

*Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas*

**Introducción:** La estenosis papilar (EP) es una lesión estenótica benigna de longitud variable que compromete la región intraduodenal del complejo esfinteriano y/o la porción distal del colédoco. Se ha reportado una prevalencia del 1 a 3,9%. Generalmente su diagnóstico ocurre durante la colangiografía endoscópica. La confirmación diagnóstica requiere la realización de un cepillado y biopsia de la estenosis con resultado negativo para células atípicas. También suele solicitarse dosaje de CA 19.9, tomografía axial computarizada abdominal (TAC) resonancia magnética de abdomen con colangiografía resonancia (RNM) y/o ecoendoscopia (EUS) para descartar malignidad. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de EP tanto como la efectividad y seguridad del tratamiento endoscópico de las mismas. **Diseño:** Estudio de cohorte retrospectiva. **Material y métodos:** Ingresaron en forma consecutiva 3676 pacientes con indicación de CPRE durante el periodo comprendido entre noviembre de 2010 y febrero de 2018. Los criterios de inclusión fueron: estenosis con compromiso papilar (tipo I) o de colédoco distal hasta 1 cm por encima de la pared duodenal (tipo II). Cepillado y biopsia negativa, ausencia de hallazgos compatibles con malignidad evaluados mediante CA 19.9, TAC, RNM y/o EUS con posterior seguimiento mayor a 12 meses. Los datos fueron analizados usando el programa estadístico SPSS versión 22 para Windows 10. En las estenosis tipo I se postula la ampliación de la. Mientras que en las tipo II hay varias variantes: la estricturotomía, estricturoplastia, estricturotomía seguida de estricturoplastia, protocolo de Roma o colocación temporal de prótesis biliar metálica totalmente cubierta (SEMSfc). **Resultados:** Se registraron 35 estenosis papilares (0,95% del total de CPREs realizadas). Todos los pacientes con EP tipo I recibieron ampliación de EPT. En los pacientes con EP II se realizaron: 6 estricturoplastías, 6 estricturotomías, 6 tratamientos, 10 protocolos de Roma y en un paciente se colocó temporalmente prótesis biliar metálica totalmente cubierta durante el lapso de 6 meses. **Conclusiones:** Las EP son entidades frecuentes. Las EP tipo I están asociadas principalmente a EPT previas y las tipo II a coledocolitiasis. El tratamiento endoscópico en esta entidad es seguro y efectivo.

### TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

**Código: 1308**

#### ROL DE LOS DIVERTÍCULOS PERIAMPULARES EN LA PATOLOGÍA BILIO-PANCREÁTICA

*Martín Guidi; Martín Ferrario; Nelson Condado; Cecilia Cuvale; Raúl Matano.*

Hospital alta complejidad "El Cruce" - Buenos Aires - Argentina

*Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas*

**Introducción:** Los divertículos duodenales son observados en el 5 a 10 % de la población, llegando a ser del 20% en personas mayores de 80 años. El 75 % de los mismos son divertículos periampulares (DPA). Los DPA pueden ser causantes de diferentes patologías biliopancreáticas. Entre ellas se pueden citar al Síndrome de Lemmel, la coledocolitiasis primaria y pancreatitis aguda recurrente. Debido a que en la bibliografía sólo hay reportes de casos, se desconoce su verdadera prevalencia. **Objetivo primario:** Determinar la prevalencia de los DPA como factor etiológico de patología biliopancreática. **Objetivos secundarios:** Determinar la efectividad y seguridad de la CPRE en la resolución de las patologías biliopancreáticas en este grupo de pacientes. **Diseño:** Estudio de cohorte retrospectivo. **Material y métodos:** Durante el lapso de los últimos 6 años 3433 pacientes consecutivos tuvieron indicación de realización de CPRE. Con el objetivo de determinar la causalidad de los DPA en la patología biliopancreática, el análisis de los datos se realizó dividiendo a los pacientes en dos grupos: grupo 1 integrado por pacientes con DPA y grupo 2 pacientes sin DPA, considerado arbitrariamente como grupo control. Se registraron las siguientes variables: a) tasa de DPA; b) patologías biliopancreáticas diagnosticadas; c) tasa de canulación biliar selectiva; d) tasa de requerimiento de precorte e) resolución completa y f) complicaciones post CPRE. **Análisis estadístico:** Un valor de  $P < 0,05$  fue considerado estadísticamente significativo. Para el análisis de los datos se utilizó el test de Chi2 y el odds ratio con un intervalo de confianza del 95%, para evaluar diferencias de edad y sexo entre ambos grupos se utilizó prueba de hipótesis para comparación de medias y proporciones. **Resultados:** Se presentaron 112 pacientes con DPA (3,26%). Siendo el 9,8% (11 casos) de los pacientes con DPA diagnosticados como Síndrome de Lemmel. **Tabla adjuntada.** **Conclusiones:** La prevalencia de patologías biliopancreáticas causadas por DPA es más frecuente de lo sospechado. La CPRE es segura y efectiva como terapéutica en este grupo de pacientes. Los DPA son causales de coledocolitiasis primaria en pacientes colecistectomizados o portadores de vesículas alitiásicas, por ende, no debería considerárselos como grupos independientes al antiguamente descrito Síndrome de Lemmel.

### TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

**Código: 1285**

#### TASA DE CANULACIÓN Y EFECTOS ADVERSOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ANATOMÍA GASTROINTESTINAL ALTERADA DEBIDO A CIRUGÍA DERIVADOS PARA REALIZACIÓN DE COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA

*Martín Guidi; Agustín Sequeira; Cecilia Cuvale; Raúl Matano.*

Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce" - Buenos Aires - Argentina

*Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas*

**INTRODUCCIÓN:** La anatomía gastrointestinal alterada debido a cirugía aumenta la dificultad para la realización de colangiografía endoscópica (CPRE), especialmente debido a que la canulación es compleja usando endoscopios de visión frontal. **OBJETIVO:** Determinar el éxito de canulación biliar en pacientes con anatomía gastrointestinal alterada debido a cirugía derivados para CPRE, así como los eventos adversos asociado al procedimiento MATERIALES Y MÉTODOS: Se incluyeron todos los pacientes derivados a nuestra institución para realización de CPRE que tenían anatomía gastrointestinal alterada desde enero de 2010 hasta noviembre 2018. En todos los casos se realizó evaluación inicial con endoscopio de visión frontal. La incidencia de canulación biliar exitosa y la de complicaciones fueron analizadas. Las siguientes variables fueron analizadas para establecer potenciales factores asociados a la falla de canulación: edad, género, indicación de CPRE, tipo de cirugía (gastrectomía subtotal tipo Billroth II, hepático-yeyuno anastomosis, etc) y tipo de endoscopio utilizado. Se realizó un análisis univariado, Odds Ratio con su correspondiente intervalo de confianza del 95%. Finalmente, un análisis multivariado posterior a un modelo de regresión logística fue usado para determinar factores significativos asociados con la falla de canulación biliar. **RESULTADOS:** Se incluyeron 79 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. La edad media fue de 68 (19-90) años, siendo el 53,6% hombres. La principal indicación de CPRE fue la estenosis biliar benigna (74,68%). La gastrectomía vertical tipo Billroth II fue la cirugía más frecuente (73,42%), seguido de hepáticoyeyuno anastomosis (20,25%). Los estudios se realizaron con colonoscopio en el 75,95% de los casos, duodenoscopio en el 13,92% (previa colocación de guía en el asa aferente con endoscopio de visión frontal) y enteroscopio (10,13%). Se logró una canulación biliar exitosa en 77,22% de los casos. En cuatro casos con visión frontal, se realizó una técnica de rendezvous usando una guía a través de acceso percutáneo, con un éxito de canulación de 100%. En el análisis univariado anatomías diferentes a la Billroth II y el uso de enteroscopio se asoció a un mayor riesgo de falla de canulación (OR 2,95 -1-9,31- y 1,59 -0,97-6,85,  $p < 0,05$ ). Pero en el análisis multivariado ninguno de ellos mostró una asociación significativa. La incidencia de efectos adversos fue de 10,12% (colangitis 3,79%, perforación intestinal 2,53% y pancreatitis en un paciente). **CONCLUSIÓN:** La tasa de canulación biliar en este grupo de pacientes es alta, con una baja incidencia de efectos adversos. La realización de una evaluación inicial con endoscopio de visión frontal es mandatoria.

---

**TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA**


---

**Código: 1550****DECÚBITO VENTRAL O DORSAL: ¿ES IMPORTANTE LA POSICIÓN DURANTE LA C.P.R.E.?**

*Dante Manazzoni; Sebastian Durán; Manuel Mahler; Mauricio Higa; Jonathan Vargas Pino; María Lourdes Posadas Martínez; Santiago Rinaudo; Juan Eduardo Pizzala; Victor Hugo Abecia Soria; Mariano Marcolongo.*

Hospital Italiano de Buenos Aires - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

Introducción: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (C.P.R.E) fue realizada, en sus inicios, con el paciente en decúbito lateral izquierdo. Con el perfeccionamiento de la técnica, se fue adoptando la posición de decúbito ventral, que es en la actualidad la más utilizada. Esta posición además de ofrecer buenas imágenes radioscópicas, permite una excelente visualización y posicionamiento frente a la papila duodenal. Entre sus ventajas se menciona, la imposibilidad de un correcto manejo de la vía aérea. La posición de decúbito dorsal permitiría una mejor valoración radioscópica de la vía biliar y brindaría un mejor manejo de la vía aérea. En la actualidad no hay una guía que recomiende una posición por sobre la otra y la bibliografía disponible es escasa. Por esto, hemos decidimos llevar a cabo este estudio, que comparará las tres posiciones utilizadas para la realización de la C.P.R.E. Objetivos: determinar la eficacia y complicaciones para las tres posiciones durante la CPRE. Secundariamente evaluar si la posición influye en los tiempos del procedimiento y de radioscopia. Materiales y métodos: Cohorte prospectiva de pacientes mayores de 18 años que realizaron una C.P.R.E en el hospital Italiano de Buenos Aires entre Julio de 2018 a mayo de 2019. Se excluyeron los pacientes que hayan realizado CPRE y ecoendoscopia en el mismo procedimiento. Todos los estudios fueron realizados con anestesia general e intubación orotraqueal. La posición fue elegida por el endoscopista a cargo. Resultados: durante este período se realizaron 391 procedimientos, de los cuales 308 se incluyeron para el análisis. En total, 155 fueron en hombres (50,3%). La mediana de edad fue de 71 años (RIC 18-94). Se realizaron 147 (47,7%) procedimientos en decúbito dorsal, 129 en decúbito ventral (41,9%) y 32 en decúbito lateral izquierdo (10,4%). La tasa global de éxito fue del 99 % y la de complicaciones del 8,8 %, siendo la pancreatitis aguda la más frecuente (5,1%). En el análisis uni y multivariado no se observaron diferencias significativas entre las distintas posiciones para eficacia y complicaciones. El tiempo de procedimiento fue mayor en la posición de decúbito dorsal (mediana 45,6 minutos) vs decúbito ventral (mediana 33,8 minutos) OR: 2,98 p= 0,003 IC 95%:2,8-16. La mediana de tiempo de radioscopia fue de 2,8 minutos para el decúbito ventral, 3,8 para decúbito lateral y 4 minutos para decúbito dorsal. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los grupos, p= 0,1. Conclusión: en nuestro estudio no se observaron diferencias significativas entre las distintas posiciones en cuanto a éxito terapéutico y complicaciones. Los tiempos de procedimiento y de radioscopia fueron mayores cuando el paciente se posicionó en decúbito dorsal. Este hallazgo deberá ser validado en estudios futuros, considerando los efectos nocivos de la radiación y la exposición continua a la que se encuentra el endoscopista.

---

**TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA**


---

**Código: 1584****DRENAJE TRANSMURAL GUIADO POR ULTRASONOGRAFIA ENDOSCOPICA DE COLECCIONES PANCREÁTICAS**

*Juan Pizzala; Augusto Villaverde; Ines Oria; Dante Manazzoni; Victor Abecia; Manuel Mahler; Dalila Urgiles; Mariano Marcolongo.*

Hospital Italiano de Buenos Aires - CABA - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

Introducción: Las colecciones peripancreáticas son una complicación frecuente de la pancreatitis aguda. El manejo de estas colecciones ha cambiado significativamente en la última década. El drenaje guiado por ultrasonografía endoscópica mediante colocación de stent ya sea metálico o plástico, es hoy en día la técnica de elección. Objetivo:El objetivo primario fue describir nuestra experiencia en drenaje transmural guiado por ecoendoscopia de colecciones pancreáticas sintomáticas. Los objetivos secundarios fueron el éxito técnico y clínico, la duración del procedimiento, los eventos adversos y la duración de la estancia hospitalaria. Materiales y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los registros informáticos de todos los pacientes a los que se les realizó drenaje transmural guiado por ecoendoscopia de colecciones pancreáticas desde enero del 2015 hasta junio del 2019. Resultados:Se realizó drenaje transmural ecoguiado en 8 pacientes, el 50% eran hombres. La mediana de edad fue de 64 años (RIC 56-73). La ubicación más común de las colecciones fue en cuerpo pancreático. La indicación para el drenaje de la colección más frecuente fue el dolor en 6 casos (75%), seguida de la infección. De los casos analizados 5 (62,5%) fueron por necrosis encapsulada y 3 por pseudoquistes pancreáticos. La mediana de tamaño de las lesiones fue de 95 mm (RIC 67,5-120). Solo un caso presentó impronta en pared gástrica, pero presentaba circulación colateral; por lo cual se realizó drenaje ecoguiado. En 6 pacientes se utilizaron stents metálicos por aposición luminal; de ellos 3 fueron stents Axios y 3 stents Nagi. Los dos casos restantes fueron drenados con stents plásticos doble pigtail. La ruta de drenaje en todos los casos fue la transgástrica. Se observó mayor duración de los procedimientos

realizados con stent plástico, con una mediana de duración de 80.5 minutos (RIC 77.8-83.2), en comparación con una mediana de 29 minutos (RIC 24.2-42) con los stents metálicos. Se consiguió el éxito técnico en 7 de los 8 casos. En el caso fallido hubo una migración interna del stent durante la colocación, con resolución endoscópica. No se observaron complicaciones graves relacionadas al procedimiento. Se logró el éxito clínico en el 100% de los casos. En 3 casos (37,5%), se observaron eventos adversos clínicos, siendo la infección de la colección, la común en todos. No se registraron complicaciones mayores. En todos los pacientes con tejido necrótico sólido, se requirieron necrosectomias endoscópicas posterior al drenaje. La mediana del número de días para el retiro del stent metálico fue de 26 días (RIC 23-35). La mediana de la estancia hospitalaria para el procedimiento fue 1.5 días (RIC 1-3.5). Conclusión:En nuestra experiencia el drenaje transmural guiado por ultrasonografía endoscópica, demostró ser una técnica eficaz y segura, con buenos resultados tanto técnicos como clínicos; con bajo porcentaje de efectos adversos.

---

**TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA**


---

**Código: 1600****PIEDRAS OTRA VEZ: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA RECURRENCIA DE LITIASIS COLEDOCIANA LUEGO DE UNA C.P.R.E. PREVIA EXISTOSA**

*Dante Manazzoni; Santiago Rinaudo; Sebastian Duran; Fernando Gimenez; Mauricio Higa; Jonathan Vargas Pino; Manuel Mahler; Maria Lourdes Posadas Martínez; Juan Eduardo Pizzala; Victor Hugo Abecia Soria; Mariano Marcolongo.*

Hospital Italiano de Buenos Aires - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

Introducción: La litiasis coledociana es tratada en la mayoría de los casos de forma endoscópica a través de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (C.P.R.E). Se estima que la prevalencia oscila entre el 4% y 24%. Con el aumento de la expectativa de vida, las recurrencias se han convertido en un evento cada vez más frecuente que en ocasiones puede comprometer la vida de los pacientes. Identificar los factores de riesgo es crucial para un adecuado seguimiento de los mismos. Objetivo: determinar la tasa de recurrencia de litiasis coledociana, después de una cpre con resolución completa de los litos. Secundariamente evaluar factores de riesgo asociados a la recurrencia. Materiales y métodos: análisis retrospectivo de los registros médicos electrónicos de pacientes mayores de 18 años pertenecientes a la cobertura médica del hospital Italiano de Buenos Aires que hayan realizado una C.P.R.E entre enero de 2006 y mayo de 2016 por coledocolitiasis. Se excluyeron pacientes que hayan tenido tubo de Kehr, esfinteropapilotomía previa, estenosis de la vía biliar, trasplantados hepáticos y con enfermedades autoinmunes de la vía biliar. Los pacientes con seguimiento menor a 36 meses también fueron excluidos. Resultados: Se incluyeron 329 pacientes, el 62,9% (n= 207) fueron mujeres. La tasa de recurrencia fue de 17,9% (n=59) y fue más frecuente en mujeres con el 67,8% (n=40). La mediana a la primera recurrencia fue de 26,5 meses (RIC 3-156). La mediana de edad a la recurrencia fue de 82 años (RIC 43-95). El 59,3% (n=35) presento colangitis como sintoma inicial de la recurrencia y dos de estos pacientes (3,4%) fallecieron a causa de la misma. En el análisis multivariado la presencia de la vesícula biliar fue el único factor significativo asociado a la recurrencia p= 0.008 OR:2,4 IC 95% 1,23-4,64. Un 16,9 % (n=10) presento una 2da recurrencia siendo la presencia de una papila diverticular de relevancia estadística n= 0.02 OR 7 IC 95% 1,3- 39. Cuatro pacientes (40%) presentaron una tercera recurrencia con una mediana de 43,25 meses al evento (12-72). En total tres (0,9%) pacientes murieron por colangitis en el contexto de la recurrencia. Conclusión: se observó una alta tasa de recurrencia de litiasis coledociana. Las papilas peridiverticulares y la presencia de la vesícula in situ fueron los dos factores asociados a recurrencia.

---

**TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA**


---

**Código: 1655****EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA NEUROLISIS DEL PLEXO CELIACO BAJO EUS. EXPERIENCIA EN DOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL**

*Inés Oria; Juan Pizzala; Augusto Villaverde; Dalila Urgiles; Agustina Redondo; Vanina Pagotto; Victor Abecia; Mariano Marcolongo.*

Hospital Italiano de Buenos Aires y Hospital San Martín de La Plata - BUENOS AIRES - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

Introducción: El dolor visceral secundario al cáncer de páncreas es difícil de controlar y supone un desafío para el médico. Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de la neurolisis del plexo celíaco guiado por ultrasonido en pacientes con cáncer de páncreas irresecable. Materiales y métodos: Diseño retrospectivo de registros electrónicos de ecoendoscopias biliopancreáticas realizadas entre Junio 2017 y Junio 2019 en dos centros de alta complejidad. Se incluyeron todos los pacientes con cáncer de páncreas avanzado que realizaron neurolisis del plexo celíaco. Se evaluó el dolor en una escala de 0-10 en cuatro periodos: previo al procedimiento, a las 24hs posterior al procedimiento, a los 15 y 30 días. Se definió como mejoría del dolor a la reducción  $\geq$  30% entre 15 y 30 días respecto al basal y la reducción de analgesia si se presentó reducción en el esquema de tratamiento. Análisis estadístico: las variables cuantitativas se describieron en media y desvío estándar (SD) y las



variables categóricas en frecuencia absoluta y relativa. Se compararon las medias de dolor entre los periodos con un análisis de medidas repetidas y se ajustaron las comparaciones múltiples mediante Tukey. Se consideró una  $p < 0,005$ . Se utilizó el software R. Resultados: Se evaluaron 38 pacientes con dolor severo a pesar del tratamiento con opioides que fueron sometidos a neurolisis bajo EUS. Cuatro fallecieron antes del primer mes del diagnóstico y seis se perdieron en el seguimiento, por lo que se incluyeron 28 pacientes. La media de edad fue 60.61 (SD 13.77) y 14 (50%) fueron hombres. La media del dolor luego del procedimiento, en los tres periodos evaluados, fue menor que antes del mismo ( $p < 0,0001$ ) (Tabla 1). Considerando como basal al dolor previo al procedimiento, fue menor el dolor a las 24hs ( $p < 0,001$ ), también fue menor el dolor a los 15 días ( $p < 0,001$ ) y a los 30 días ( $p < 0,001$ ). Además se observó reducción del dolor entre las 24hs y a los 15 y 30 días ( $p < 0,001$ ). Entre los 15 y 30 días posteriores al procedimiento no se observaron diferencias significativas en el dolor ( $p = 0,9$ ). Presentaron mejoría del dolor a los 15 días 20 pacientes (71%). A los 30 días 19 pacientes presentaron mejoría del dolor (68%) La media de reducción del dolor a los 15 días fue 43.75 (SD 23.66) y a los 30 días fue 42.96 (SD 27.66). Presentaron reducción de la analgesia 15 pacientes (53%). Dos pacientes presentaron como complicación hipotensión transitoria leve. Conclusión: Se observó reducción del dolor y del requerimiento de analgesia luego de la neurolisis bajo EUS. La reducción del dolor se registró a las 24 hs del procedimiento, alcanzando la máxima reducción a los 15 días y persistiendo al mes del procedimiento. En nuestro estudio, la neurolisis bajo EUS fue un procedimiento seguro y efectivo para el tratamiento del dolor severo secundario al cáncer de páncreas.

**TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA**

**Código: 1679**

**EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA NEUROLISIS DEL PLEXO CELÍACO BAJO EUS. EXPERIENCIA EN DOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL**

Augusto Villaverde; Ines Oria; Juan Pizzala; Dalila Urgiles; Agustina Redondo; Victor Abecia; Mariano Marcolongo.

Hospital Italiano de Buenos Aires - CABA - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

Introducción: El dolor visceral secundario a cáncer de páncreas es difícil de controlar y supone un desafío para el médico. Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de la neurolisis del plexo celíaco guiado por ultrasonido en pacientes con cáncer de páncreas irresecable. Materiales y métodos: Diseño retrospectivo de registros electrónicos de endoscopias biliopancreáticas realizadas entre Junio 2017 y Junio 2019 en dos centros de alta complejidad y se incluyeron todos los pacientes con cáncer de páncreas avanzado que realizaron neurolisis del plexo celíaco. Se evaluó el dolor en una escala de 0-10 en cuatro periodos: previo al procedimiento, a las 24 hs posterior al procedimiento, a los 15 y 30 días. Se definió como mejoría del dolor a la reducción  $\geq 30\%$  entre 15 y 30 días respecto al basal y la reducción de analgesia si se presentó reducción en el esquema de tratamiento (escalón) Análisis estadístico: las variables cuantitativas se describieron en media y desvío standard (DS) y las variables categóricas en frecuencia absoluta y relativa. Se compararon las medias de dolor entre los periodos con un análisis de medidas repetidas y se ajustaron las comparaciones múltiples mediante Tukey. Se consideración un  $p < 0,005$ . Se utilizó el software R. Resultados: Se evaluaron 38 pacientes con dolor severo a pesar del tratamiento con opioides que fueron sometidos a neurolisis bajo EUS. Cuatro fallecieron antes del primer mes del diagnóstico y seis se perdieron en el seguimiento, por lo que finalmente se incluyeron 28 pacientes. La media de edad fue 60.61 (SD 13.77) y 14 (50%) fueron hombres. La media del dolor luego del procedimiento, en los tres periodos evaluados, fue menor que antes del mismo ( $p < 0,0001$ ) (Tabla 1). Considerando como basal al dolor previo al procedimiento, fue menor el dolor a las 24hs ( $p < 0,001$ ), también fue menor el dolor a los 15 días ( $p < 0,001$ ) y a los 30 días ( $p < 0,001$ ). Además se observó reducción del dolor entre las 24hs y los 15 y 30 días ( $p < 0,001$ ). Entre los 15 y 30 días posteriores al procedimiento no se observaron diferencias significativas en el dolor ( $p = 0,9$ ). Presentaron mejoría del dolor a los 15 días 20 pacientes (71%). A los 30 días 19 pacientes presentaron mejoría del dolor (68%) La media de reducción del dolor a los 15 días fue 43.75 (SD 23.66) y a los 30 días fue 42.96 (SD 27.66). Presentaron reducción de la analgesia 15 pacientes (53%). Dos pacientes presentaron como complicación hipotensión transitoria leve. Conclusión: Se observó reducción del dolor y del requerimiento de analgesia luego de la neurolisis bajo EUS. La reducción del dolor se registró a las 24 hs del proced,alcanzando la máxima reducción a los 15 días y persistiendo al mes del procedimiento. En nuestro estudio, la neurolisis bajo EUS fue un procedimiento seguro y efectivo para el tratamiento del dolor severo secundario al cáncer de páncreas.

**TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA**

**Código: 1711**

**INDICADORES DE CALIDAD EN COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSCOPICA RETRÓGRADA (CPRE)**

Andrea Judith Diaz; Mariana Omodeo; Carlos Adrian Canelada; Javier Andres Omodeo; Daniela Zelarayan; Abel Novillo; Guillermo Herrera Babot.

Sanatorio 9 de julio - Tucumán - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

Introducción: La Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) se utiliza de manera eficaz en el manejo no quirúrgico de una variedad de patologías pancreatobiliares. Es uno de los procedimientos endoscópicos más exigentes técnicamente y de mayor riesgo para los endoscopistas y es por ello que la Sociedad Americana de Gastroenterología (ASGE) y el Colegio Americano de Gastroenterología (ACG) han establecido una serie de indicadores para ayudar a reconocer los exámenes de alta calidad. Objetivos: Evaluar los indicadores de calidad de las CPRE que fueron realizadas en una institución privada, en Argentina, y compararnos con estándares internacionales. Materiales y métodos:Se realizó un análisis retrospectivo, descriptivo, observacional y autoevaluativo del cumplimiento de los indicadores de calidad en CPRE propuestos por la ASGE. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a una CPRE en el período comprendido entre noviembre de 2016 y mayo de 2019. Las variables evaluadas como indicadores de calidad fueron: Indicación adecuada, Consentimiento informado, Profilaxis antibiótica, Tasa de canulación, Tasa de extracción de coledocolitias. Colocación de prótesis en obstrucciones biliares por debajo de la bifurcación, tiempo y dosis de radiación y tasa de complicaciones. El desenlace se midió como porcentaje de cumplimiento de cada estándar de calidad sobre el total de CPRE. Resultados: En el período de estudio se realizaron 169 CPRE. Todos los procedimientos fueron realizados por un mismo operador. El consentimiento informado se obtuvo en el 100 % de ellos. La indicación fue apropiada en el 100 % de los casos siendo las más frecuentes la litiasis coledociana (93%) y las estenosis malignas (4%) y benignas de la vía biliar (3%). Se realizó profilaxis antibiótica en 34 pacientes (20.7%) la mayoría de ellas en pacientes sometidos a Rendes Vous. No se registraron casos de colangitis post-CPRE. El éxito de la canulación fue de 93.4 % y el éxito en la extracción de coledocolitias fue de 96%. Se registraron complicaciones en 2 pacientes (1.3 %), 1 caso de hemorragia con resolución endoscópica y una perforación duodenal Stapfer tipo II que fue manejada de manera exitosa con tratamiento conservador. Con respecto a la colocación de prótesis en obstrucciones biliares bajas, se realizaron 14 drenajes en total, 6 en patología tumoral, 3 en estenosis biliares benignas y 5 en coledocolitias no extraíbles. El éxito fue del 100% y no se registraron complicaciones. El tiempo de fluoroscopia y la dosis de radiación fueron documentadas en 21 procedimientos (43%). Conclusiones: Nuestro trabajo muestra cumplimiento en algunos de los indicadores de calidad y falla en otros. Esto nos estimula a generar cambios en busca de mejorar nuestros niveles de calidad.

**TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA**

**Código: 1378**

**RECURRENCIA LOCAL LUEGO DE LA RESECCIÓN DE LESIONES COLORECTALES GRANDES Y FACTORES ASOCIADOS**

Pablo Carrara; Maria Eugenia Romero; Leandro Di Paola; Guido Orbe; Rodrigo Ubeira; Federico Cassella; José Sotelo; José Luis Fernandez; Luis Viola.

Sanatorio Güemes/ Centro Integral de Gastroenterología - CABA - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.3.Colon

Introducción. La resección de las lesiones colónicas es una herramienta fundamental en la prevención del cáncer colorrectal. La polipectomía está indicada para las lesiones pediculadas y la resección mucosa endoscópica (RME) para los pólipos sésiles grandes y las lesiones de extensión lateral. La recidiva es la principal limitación de estos procedimientos. Objetivos. Determinar la tasa de recurrencia local luego de la resección endoscópica de las lesiones colorrectales grandes y analizar los factores asociados. Material. En dos centros de la Ciudad de Buenos Aires, analizamos retrospectivamente 62 lesiones  $> 20$  mm resecadas endoscópicamente en 57 pacientes a los que se les realizó una colonoscopia de vigilancia con un intervalo de por lo menos 3 meses. Métodos. Determinamos el sexo y la edad promedio de los pacientes, el intervalo para la endoscopia de vigilancia, el tamaño promedio de las lesiones y la tasa de recurrencia. Como factores asociados comparamos el tamaño de las lesiones ( $> 30$  mm vs.  $< 30$  mm), la morfología (sésiles o de extensión lateral vs. pediculadas), la localización (colon derecho vs.colon izquierdo), la técnica de resección (RME vs. polipectomía y RME en fragmentos (piecemeal) vs. RME en bloque), y la histología (adenoma túbulo-veloso, veloso o serrato vs. adenoma tubular). Utilizamos una prueba de Fisher para la comparación estadística y la odds ratio (OR) con el intervalo de confianza del 95% (IC 95%) como medida de asociación. Resultados. La edad promedio de los pacientes fue 62,9+10,9 años, 36 eran hombres y 21 mujeres. La endoscopia de vigilancia se realizó entre 3 y 14 meses (mediana 6,2 meses). El tamaño medio de las lesiones fue 27,9+13,6 mm (rango 20 a 80 mm). Recurrieron 17 lesiones (27,4%). La recurrencia se observó en:  $> 30$  mm 7/19 (36,8%) vs.  $< 30$  mm 10/43 (23,3%) [P=0,36, OR 1,9, IC 95 % 0,6-6,2]; lesiones sésiles o de extensión lateral 15/47 (31,9%) vs. pediculadas 2/15 (13,3%) [P=0,20, OR 3,0, IC 95 % 0,6-15,2]; lesiones de colon derecho 9/22 (40,9%) vs. de colon izquierdo 8/40 (20,0%) [P=0,14, OR 2,8, IC 95 % 0,9-8,7]; RME 15/47 (31,9%) vs. polipectomía 2/15 (13,3%) [P=0,20, OR 3,0, IC 95 % 0,6-15,2]; RME en fragmentos 14/27 (51,9%) vs. RME en bloque 1/20 (5,0%) [P=0,001, OR 20,5 IC 95 % 2,4-175,3]; y adenomas túbulo-velosos, velosos o serratos 15/50 (30,0%) vs. tubulares 2/12 (16,6%) [P=0,48, OR 2,1, IC 95 % 0,4-11,0]. Conclusiones. Nuestra tasa de recurrencia fue mayor que la de la literatura. Esto puede deberse a que no cauterizamos los bordes de la lesión, los endoscopistas tenían distinto nivel de experiencia y no usamos endoscopios de alta definición en todos los casos. Aunque no se alcanzó significación estadística por lo pequeño de la muestra, hubo más recurrencia en las lesiones más grandes, sésiles o de extensión lateral, localizadas en colon derecho, o con componente veloso o serrato. La RME en bloque disminuyó significativamente la tasa de recurrencia.

---

**TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA**


---

**Código: 1612****FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE ADENOMAS SERRATOS EN UNA INSTITUCION PRIVADA DE MAR DEL PLATA***Mauricio Arco; Juan Conosciuto; Verónica Fanjul; Roberto Higa; Ruben Lozzi; Fernando Moreno; Eugenia Paredes; Martín Pastorino; Héctor Roman.*

CLÍNICA COLON - BUENOS AIRES - ARGENTINA

*Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.3.Colon*

Introducción Recientemente se ha descrito la asociación entre obesidad, pólipos colonicos y cáncer colorectal (CCR). El mecanismo por el cual se produce estaría determinado por la activación de diversas vías moleculares que finalmente favorecen la carcinogénesis. Un Índice de Masa Corporal (IMC) elevado se relaciona con la mayor posibilidad de generar pólipos adenomatosos. Objetivo Evaluar en un análisis prospectivo la asociación del índice de masa corporal y la tasa de detección de adenomas junto con otras variables clínico endoscópicas en nuestro medio Material y métodos Se analizaron en forma consecutiva todas las videocolonoscopias (VCC) realizadas en una institución privada de Mar del Plata durante un lapso de 8 meses (desde agosto 2018 – hasta marzo 2019) por screening de CCR. Se excluyeron pacientes menores de 40 años o portadores de Enfermedad Inflamatoria Intestinal o síndromes de poliposis colonica. Se analizaron los indicadores de calidad en VCC: tiempo de retirada, escala de Boston, llegada a ciego y Tasa de Detección de Adenomas (TDA). Se analizó la relación entre pólipos colonicos y diversas variables como edad, IMC, tabaquismo y Diabetes (DM). Se realizó un análisis univariado y estratificado de estas variables utilizando el programa EPI INfo 7.2. Resultado Se analizaron 934 VCC en un periodo de 8 meses por screening CCR. La edad promedio fue de 58.05 ± 12.12 años. Se realizaron 339 polipectomías, de ellos 262 fueron pólipos adenomatosos o serratos. La TDA fue de 24.14%. Del total de pólipos el 69,5% fueron adenoma tubular con DBG (n=182), 11.5%, adenoma tubular con DAG (n=30), 2.3% adenoma túbulo-velloso con DBG (n=6), 6.8% adenoma túbulo-velloso con DAG (n=18), 0.4% adenoma velloso con DBG (n=1), 3.4% adenoma velloso con DAG (n=9) y un 6.1% fueron Pólipos Serratos (PS) (n=16). Los PS predominaron en colon derecho 81.25% (n=13) y en mujeres 62.5% (n=10). Una escala de Boston mayor a 7 permitió la detección del 93.7% de los mismos. Al correlacionarlos con el IMC se observó 4 PS en pacientes con IMC ≤29 y 12 en aquellos con IMC ≥ 30 (p 0.0001). Fisher exact test. No hubo diferencia significativa al correlacionarlos con el consumo actual o pasado de tabaco o Diabetes Mellitus tipo 2. Conclusiones Los parámetros de calidad en colonoscopia permiten aumentar el rendimiento en la TDA. En la literatura se describe una mayor proporción de adenomas en pacientes obesos, pero no se hace hincapié en su relación con PS. En nuestra experiencia un IMC ≥ 30 y una edad superior a 50 años son factores de riesgo para el desarrollo de adenomas serratos.

---

**TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA**


---

**Código: 1649****RESECCIÓN ENDOSCÓPICA TRANSMURAL COLÓNICA. EXPERIENCIA INICIAL***Maria Marcolongo; Manuel Mahler; Sebastian Duran; Dante Manzoni; Juan Piz-zala; Victor Abecia.*

Hospital Italiano de Buenos Aires - Buenos Aires - Argentina

*Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.3.Colon*

Introducción: Las técnicas avanzadas de resecciones endoscópicas son herramientas fundamentales en el tratamiento de lesiones colónicas complejas. Sin embargo, estas técnicas pueden resultar inadecuadas en lesiones que involucren a capas más profundas de la pared o en aquellas ubicadas en localizaciones difíciles. No obstante, la incorporación de la resección endoscópica transmural nos brinda una nueva alternativa para el tratamiento mínimamente invasivo de estas lesiones. Objetivo: Describir nuestra experiencia inicial en la resección endoscópica transmural de lesiones colónicas utilizando el dispositivo FTRD? (Full Thickness Resection Device, Ovesco Endoscopy; Tübingen; Alemania). Pacientes y Métodos: Fueron evaluados en forma retrospectiva los datos de los 6 pacientes a los que se les realizó resección transmural colónica entre septiembre de 2017 y octubre de 2018. La edad media de los pacientes fue de 69 años (rango 56 - 76). Las indicaciones fueron: adenomas con "no lifting sign" recurrentes o residuales (zona de cicatrización previa o resección previa incompleta) en 4 pacientes, adenoma sin tratamiento previo con "no lifting sign" en un paciente, y adenoma involucrando el orificio apendicular en un paciente. Las lesiones estaban localizadas 3 en colon transversal, una en colon ascendente, una en ciego y una en colon sigmoide. Resultados: En los 6 pacientes se logró una resección técnicamente exitosa. En los 6 casos se obtuvo una resección histológica completa (R0). El tamaño medio de las lesiones fue de 2 cm. (rango 1,5 - 2,5). El diámetro medio de las piezas fue 3,3 cm. (rango 2,5 - 4). El diagnóstico histopatológico definitivo fue: 2 adenomas vellosos con displasia de alto grado, 1 adenoma tubular con displasia de bajo grado, 2 lesiones aserradas sésiles (una de ellas con

displasia de bajo grado) y un adenocarcinoma (T1). Este último presentaba como único factor adverso una invasión submucosa de 1,3 mm. El tiempo medio del procedimiento fue de 50 min. (rango 46 -102). El tiempo medio en alcanzar la lesión con el dispositivo montado en el colonoscopio fue de 13 min. (rango 4 -36). En un caso se observó sangrado en napa leve inmediatamente posterior al corte que se controló mediante coagulación tipo "soft" aplicada con el catéter de marcación. No se observaron complicaciones mayores vinculadas al procedimiento. Conclusiones: En nuestra experiencia la resección endoscópica transmural colónica utilizando un dispositivo FTRD? es factible y segura.

---

**TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA**


---

**Código: 1626****POLIPECTOMÍA DE INTESTINO DELGADO EN EL SÍNDROME DE PEUTZ JEGHERS MEDIANTE ENTEROSCOPIA***Maria Laura Garbi; Florencia Giraud; Martín Yantorno; Gustavo Javier Correa; Martín Sciarretta; Fernando Baldoni; Francisco Tufare.*

HIGA San Martín - Buenos Aires - Argentina

*Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.Endoscopia Terapéutica*

Introducción: El Síndrome de Peutz Jeghers (SPJ), es una enfermedad hereditaria autosómica dominante, caracterizada por la pigmentación mucocutánea y la presencia de pólipos hamartomatosos en el tubo digestivo. El intestino delgado (ID) es la localización más frecuente de los pólipos. La vigilancia y el tratamiento del ID en el SPJ se basa en la prevención de las complicaciones (invaginación, sangrado y malignidad). Por lo tanto, deben ser resecados todos los pólipos con un tamaño mayor a 1 cm. La capsula endoscópica, la entero-tomografía y la enteroscopia permiten la detección y la resección temprana de los pólipos, evitando la cirugía. Objetivos: describir el éxito técnico y la seguridad de la enteroscopia para la resección de pólipos hamartomatosos del intestino delgado > 1 cm en pacientes con diagnóstico de SPJ. Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en un centro de salud de tercer nivel, entre enero 2015 y enero 2018. Se recolectaron los datos a partir de historias clínicas informatizadas. El diagnóstico de pólipos en el ID, se realizó mediante enterotomografía o videocápsula endoscópica. Se realizó polipectomía con asa, previa inyección con adrenalina mas indigo carmín. Se incluyeron todos aquellos con histología compatible con hamartoma. Se analizaron las características de las lesiones, su localización, vía de abordaje, el éxito y la seguridad de la técnica. Resultados: se incluyeron 10 pacientes (4 mujeres y 6 hombres), 4 con antecedentes de resección intestinal secundaria a complicaciones de pólipos intestinales. El rango de edad es de 15 a 44 años. Se realizaron 15 procedimientos, 6 por vía anterógrada y 9 por vía retrógrada. Los procedimientos se realizaron con enteroscopia: 4 simple balón, 11 con doble balón. El tiempo promedio fue 55 minutos (30 a 120 minutos). Se resecaron 34 pólipos (30 pediculados, 1 sub-pediculado y 3 sésiles), el tamaño promedio fue de 2,7 cm, con un rango de 1 a 10 cm). Se localizaron 11 en yeyuno y 23 en íleon. Se logró la resección completa en todos los pacientes en una única sesión, excepto en uno que se necesitaron dos sesiones. La tasa de éxito técnico fue del 100%. Con respecto a las complicaciones, 3 pacientes presentaron sangrado inmediato y un único paciente sangrado tardío, que se resolvió con colocación de clip de hemostasia. Conclusiones: en nuestra experiencia, la polipectomía de ID de pólipos hamartomatosos mediante enteroscopia es un método seguro, con baja tasa de complicaciones y alta tasa de éxito técnico, en concordancia con la bibliografía. Por lo tanto, es importante resaltar el rol de la vigilancia, para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los pólipos mediante enteroscopia, evitando complicaciones asociadas a estos como invaginación, sangrado y malignidad, disminuyendo la necesidad de cirugía.

---

**TC- ENDOSCOPIA MISCELÁNEA**


---

**Código: 1499****HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA***Mariana Massera; Maria de los Angeles Daca Alvarez; Javier Vijoditz; Ana Laura Visso; Barbara Pardo; Romina Fischman; Rafael Escobar Fernández.*

Sanatorio Mendez - Buenos Aires - Argentina

*Área Temática: 14.Endoscopia Miscelánea*

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA Autores: Massera M.; Daca Alvarez M.; Pardo B.; Vijoditz J.; Visso A.; Fischman R.; Escobar Fernández R. RESUMEN Introducción: La OMS define a la anemia como la disminución de la concentración de hemoglobina menor a 12 mg/dl en mujeres y menor a 13 mg/dl en hombres, siendo la ferropénica el subtipo con mayor prevalencia. El sangrado gastrointestinal crónico constituye la principal etiología, en varones adultos y mujeres postmenopáusicas. La videoendoscopia digestiva alta (VEDA) y la videocolonoscopía (VCC) son estudios esenciales para realizar el diagnóstico y orientar el tratamiento. Las gastropatías y la enfermedad diverticular son los hallazgos endoscópicos más frecuentes en la literatura en este grupo de pacientes. Objetivo: Describir los hallazgos endoscópicos en pacientes con anemia ferropénica

en la población de un centro de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Materiales y métodos: Se analizaron los resultados de los estudios endoscópicos (VEDA y VCC) realizados a pacientes ambulatorios e internados con diagnóstico de anemia ferropénica entre Marzo de 2017 y Marzo de 2019. Se incluyeron pacientes con anemia ferropénica, mayores a 18 años, con valores de ferritina <15 ng/dl, saturación de transferrina <16%, VCM < 80 fl, HCM <27 pg. Se excluyeron pacientes con sangrado digestivo evidente y mujeres en edad fértil sin estudios ginecológicos al día. Resultados: Los hallazgos endoscópicos en la VEDA fueron: gastropatía atrófica (20.3%), gastropatía congestiva (12.7%), pólipos gástricos (7.6%) y gastropatía erosiva (6.7%); sin hallazgos en el 12.7%. Los hallazgos en la VCC: enfermedad diverticular (26.7%), patología hemorroidal (20.4%) y pólipos colónicos (14.9%); sin hallazgos en el 23,6%. Solo el 3.3% de los pacientes estudiados no presentaron hallazgos en ambos estudios endoscópicos simultáneamente. Discusión: El 88% de las VEDA y el 77% de las VCC presentaron hallazgos patológicos en los pacientes estudiados, con un predominio en mayores de 60 años. Los hallazgos más frecuentes en nuestra serie, la gastropatía atrófica y la enfermedad diverticular, coinciden con los reportados en la bibliografía. Así como la baja frecuencia (3,3%) de hallazgos negativos en ambos estudios de forma simultánea. A pesar de la amplia variedad de hallazgos endoscópicos, no todos justifican la presencia de la anemia ferropénica, lo que replantea la toma de decisiones acerca de instaurar la terapéutica específica sin progresión del estudio, o continuar con el estudio de intestino delgado. La historia clínica pormenorizada, los factores de riesgo asociados a pérdidas digestivas imperceptibles, especialmente en pacientes de mayor edad con comorbilidades, deben ser elementos que junto a los hallazgos endoscópicos nos permitan decidir adecuadamente la mejor estrategia a seguir.

**TC- ENDOSCOPIA MISCELÁNEA**

**Código: 1358**  
**UTILIDAD DEL ANTIGENO DE HELICOBACTER PYLORI EN SANGRE COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO NO INVASIVO**

*Tatiana Alfonso; FERNANDO ROBLEDO; Franco Peral; Lettieri; Mauro Iantorno; Juan Pablo Del Aguila; Melvi Cossio; Cinthia Choque Vargas; Carolina Yañez Chavez; Marcelo Navajas.*

HIGA Dr. Diego Paroissien - NOT APPLICABLE - Argentina

Área Temática: 14. Endoscopia Miscelánea

Resumen: La infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) es causa de úlcera péptica y desarrollo del cáncer gástrico. Se detecta mediante métodos invasivos y no invasivos. Este estudio prospectivo se realizó para evaluar la utilidad de la detección de antígeno en sangre como prueba no invasiva para el diagnóstico de enfermedad producida por *H. pylori* (biocard home test) vs Biopsia endoscópica. Se comparó con la biopsia y su detección histológica, método de referencia invasivo, analizando la asociación entre ambos. Se realizaron endoscopia-biopsia y análisis de sangre en 30 pacientes con síntomas del tracto digestivo superior. Se excluyó a pacientes que tomaban inhibidores de la bomba de protones (IBPs) y consumidores de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) de esta prueba no invasiva comparadas con el método de referencia (biopsia endoscópica) Materiales y métodos: Se reclutaron en total 30 pacientes con confirmación endoscópica de *H.pylori* sin tratamiento posterior (vírgenes de tratamiento con IBP y o con AINE) Se evaluaron VPP y VPN y la sensibilidad de ambos métodos Conclusiones. La detección de antígeno en sangre (Biocard Home test) es una prueba no invasiva, fácil y rápida para el diagnóstico y confirmación de enfermedad. En pacientes vírgenes de IBPs y AINEs no se encontraron diferencias significativas VPP: 81,1, VPN: 44,0 La sensibilidad de ambos métodos fue igual para ambos métodos Solo se observó una discrepancia en 1 solo caso. Creemos que es útil especialmente en la población pediátrica o como primer instancia en el consultorio de medicina general para detectar posibles casos que rechazan la endoscopia por diversas razones (miedo, desconocimiento etc).

**TC- ENDOSCOPIA MISCELÁNEA**

**Código: 1386**  
**RÉDITO DE LA VIDEO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES AMBULATORIOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO**

*Pablo Martín Marini.*

Gastroenterólogo, Hospital municipal subzonal de Balcarce - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 14. Endoscopia Miscelánea

Introducción: la Video Endoscopia Digestiva Alta (VEDA) y Baja son los procedimientos diagnósticos más solicitados en gastroenterología. En la mayoría de los países de Latinoamérica las unidades de endoscopia son de acceso libre, en donde los estudios son solicitados por médicos no especialistas, lo que incrementa la de-

manda de estos procedimientos. Sin embargo en el hospital de la ciudad de Balcarce los pacientes con solicitud de estudio endoscópico, son evaluados previamente por un gastroenterólogo. El Objetivo fue mostrar cuales son los motivos de solicitud de VEDA en pacientes ambulatorios y sus hallazgos endoscópicos de relevancia. Materiales y métodos: re revisó la base de datos del servicio de endoscopia en el período comprendido desde el 2 de Junio de 2016 hasta el 27 de Diciembre de 2018. Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 18 años, con pedido de VEDA diagnóstica ambulatoria y los criterios de exclusión, pacientes menores de 18 años, pacientes internados, pedidos de guardia y VEDAS terapéuticas. Se registraron: edad, sexo, motivo del estudio y hallazgos endoscópicos. Los datos fueron descargados a una planilla Excel para su análisis. El tipo de estudio fue descriptivo de cohorte transversal. Resultados: en el período comprendido en el estudio se realizaron 217 VEDAS, 149 reunieron los criterios de inclusión. 44,3% correspondieron a mujeres con una edad promedio de 60 años (min 18-max 87) y 55.7% a hombres, edad promedio de 66 años (min 30-max 87). Las principales solicitudes de estudio con sus correspondientes hallazgos endoscópicos de relevancia se detallan a continuación. Epigastalgia (18%): 15 mujeres (2 gastropatía erosiva) y 12 hombres (2 proceso orgánico de estómago). Disfagia (14%): 7 mujeres (5 con VEDA normal) 14 hombres (4 cánceres de esófago y de la unión, 1 candidiasis esofágica y 1 con signos endoscópicos de acalasia), Anemia (12%): 10 mujeres (6 presentaron endoscopia normal, 1 un cáncer de estómago y 1 una úlcera forrest IIc) y 8 hombres (3 endoscopia normal, 1 proceso orgánico de estómago, 1 úlcera forrest IIc, 1 lesión compatible con GIST y 1 lesión en duodeno). Dolor (7.3%): 4 mujeres y 7 hombres (1 cáncer estómago remanente, 1 cáncer de la UEG y 1 estómago en cascada). Celiacía (3.5%): 5 mujeres (3 con VEDA normal y 2 con signos de atrofia vellositaria). Vómitos (1,3%): 1 mujer con compresión extrínseca del cuerpo gástrico y 1 hombre con esofagitis Los Angeles B asociado a gastropatía erosiva. Alteración por tomografía (<1%): 1 hombre con cáncer de estómago. Conclusión: este trabajo demuestra que la VEDA aplicada con criterio es una valiosa herramienta con un excelente rédito diagnóstico.

**TC- ENDOSCOPIA MISCELÁNEA**

**Código: 1606**  
**LOS CRITERIOS DE ROSEMONT EN ECONEOSCOPIA ¿SON PREDICTORES DE INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA EN PACIENTES CON PANCREATITIS CRÓNICA?**

*Mariana Arramon; Agustina Redondo; Loudet Cecilia; Brizzio Ana; Baldoni Fernando; Cura Pablo; Villaverde Augusto; Tufare Francisco.*

HIGA San Martin La Plata - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 14. Endoscopia Miscelánea

Introducción: La ecoendoscopia (USE) en la actualidad es el método de elección para la detección de cambios morfológicos tempranos relacionados a pancreatitis crónica (PC). Para el diagnóstico por USE de PC los criterios de Rosemont modificados presentan una sensibilidad de 84 % y especificidad de 70%, y son los más utilizados. Actualmente el diagnóstico de insuficiencia pancreática exocrina (IPE) es un desafío. La elastasa en materia fecal (EF) es el test más sencillo y disponible, es un indicador de función pancreática. Nuestra hipótesis es que la USE podría proporcionar información morfológica confiable que se asocia con la probabilidad de severidad de IPE en la PC. Objetivo: Determinar la probabilidad y severidad de IPE de acuerdo a los criterios de Rosemont en pacientes con diagnóstico de PC. Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo. Se recolectaron datos de pacientes derivados a nuestro servicio entre abril 2017 y abril 2018, en relación a las características por USE de pacientes con diagnóstico de PC evaluado de acuerdo a los criterios de Rosemont y se relacionaron con el diagnóstico de IPE. Se incluyeron pacientes de acuerdo a la presencia/ausencia de 5 hallazgos parenquimatosos y 4 ductales. El diagnóstico de IPE se determinó de acuerdo a los valores de EF, a través de Elisa Kit (ScheBo®) que utiliza anticuerpos monoclonales junto a la presencia de síntomas. Se consideró IPE severa cuando presentaron valores de elastasa menores a 100 µg/g, moderada entre 100-200 µg/g y leve mayores a 200 µg/g. Para comparar criterios de Rosemont con probabilidad de IPE se utilizó test de Fisher, y para evaluar severidad de IPE se utilizaron criterios de Kruskal Wallis con corrección de Bonferroni. Se consideró significativa p<0.05. Programa STATA 14. Resultados: Se incluyeron 21 pacientes, 11 de ellos con diagnóstico de IPE severa. Se observó una tendencia hacia la presencia de cálculos y dilatación del conducto pancreático principal en los pacientes con IPE, pero dicha tendencia no fue significativa. El número de criterios fue significativamente mayor en pacientes con PC e IPE severa (p<0.04). La presencia de focos hiperecóticos > de 2 mm con sombra acústica posterior se asoció a la presencia de IPE severa en forma significativa (p<0.001). De los 8 pacientes en el grupo de PC consistente la mediana de EF fue de 31 µg/g (14-59), con pancreatitis sugestiva fue de 226 µg/g (38- 336), y con pancreatitis indeterminada la media de los valores de EF fue de 368 µg/g (310-510). Conclusión: En nuestro trabajo la asociación entre hallazgos morfológicos parenquimatosos y ductales de PC fue significativa para predecir IPE. Si bien faltan estudios prospectivos y de mayor número de pacientes, es prometedor el rol de la USE para predecir el compromiso funcional de pacientes con PC.

---

**TC- ENDOSCOPIA MISCELANEA**


---

**Código: 1526****EFFECTIVIDAD DE LA PREMEDICACION CON N-ACETILCISTEINA Y SIMETICONA PARA OPTIMIZAR LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA***David Roapillo; Teresa Barcia; Elsa Chaar; Diego Fernandez; Gerardo Llamado.*

Hospital General de Agudos J.M. Penna de la CABA - Buenos Aires AMBA - ARGENTINA

*Área Temática: 14.Endoscopia Miscelánea*

Una videoesofagogastroduodenoscopia (VEDA) de alta calidad implica la correcta visualización de la mucosa gástrica sin la presencia de moco, burbujas de aire, espuma ni contenido biliar. Se evaluará la premedicación de N-Acetilcisteína y Simeticona como herramientas para optimizar la calidad de este procedimiento. Objetivo : Evaluar la visualización de la mucosa gástrica previa administración de N-Acetilcisteína y Simeticona 30 minutos antes del procedimiento. Material y Métodos: Estudio aleatorizado simple. Se seleccionaron en dos grupos los pacientes con indicación de realizar VEDA que concurren al servicio de gastroenterología. En el período comprendido de mayo del 2018 hasta mayo del 2019. Se utilizó un equipo de videoendoscopia modelo Pentax Epk p 2000. El grupo 1 incluyó a los pacientes premedicados con N Acetilcisteína y Simeticona y el grupo 2 a los pacientes control. La premedicación utilizada N-Acetilcisteína 600mg en pastilla efervescente y Simeticona 200mg en suspensión, 30 minutos antes de realizar el procedimiento. Se evaluó la visibilidad de la mucosa gástrica en cuatro segmentos a través de la Clasificación de Chang et al, modificada del Score original de Kuo. Análisis Estadístico: las distintas variables estadísticas se analizaron utilizando el Test de Fisher y de Mann-Whitney. Se estimaron los ODDS RATIO para el análisis univariado, con sus correspondientes intervalos de confianza del 95%. Se consideró como significativo un valor de p menor a 0,05. RESULTADOS: 34 pacientes que se realizaron una VEDA cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión para el estudio. El grupo 1 (18 pacientes premedicados ) y grupo 2 (16 pacientes sin premedicación). Se observó que el Grupo 1 tuvo una visualización óptima del 44.4% y aceptable el 55.5%, mientras que en el Grupo 2 no se registró pacientes con visualización óptima . La visualización aceptable fue del 81.21% y no aceptable del 18.75%, incidiendo en el diagnóstico . CONCLUSIONES: La premedicación con N-Acetilcisteína y Simeticona previa a la VEDA, es efectiva a partir de los 30 minutos de su administración optimizando la visualización de la mucosa de los cuatro segmentos a predominio antral. No se presentaron efectos adversos y el costo beneficio es favorable.

---

**TC- ENDOSCOPIA MISCELANEA**


---

**Código: 1622****UTILIDAD DEL STRAIN HISTO PARA EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES PANCREÁTICAS SÓLIDAS***Nadía Perron; Agustina Redondo; Fernando Baldoni; Augusto Villaverde; Francisco Tufare.*

HIGA San Martín La Plata - Buenos Aires - Argentina

*Área Temática: 14.Endoscopia Miscelánea*

Introducción: El diagnóstico diferencial de lesiones focales pancreáticas sólidas (LFPS) continúa siendo un desafío. Actualmente la punción guiada por ecoendoscopia (USE- FNA/BNF) constituye la alternativa más eficaz. La medición de la elasticidad tisular mediante elastografía por USE en la actualidad se considera un complemento a la USE-FNA/BNF. La modalidad de elastografía cuantitativa Strain Histo, es una variante que posee insuficientes estudios prospectivos y presenta variabilidad en los puntos de corte en la bibliografía actual para el diagnóstico diferencial de LFPS. Objetivo: Definir el punto de corte de Strain Histo que identifica a adenocarcinoma de páncreas. Evaluar la relación de elastografía cualitativa y el diagnóstico de adenocarcinoma. Materiales y métodos: Estudio prospectivo realizado entre enero 2017 y enero 2019 en Unidad de endoscopia del servicio de Gastroenterología de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con hallazgo de LFPS e indicación de USE- FNA/BNF. Se realizaron estudios con ecoendoscopia Pentax ® lineal multifrecuencia, bajo sedoanalgesia. Se realizó evaluación inicial con utilización de modo B, posteriormente elastografía cualitativa (según clasificación de Iglesias-García) y por último medición cuantitativa mediante Strain Histo, por el mismo operador entrenado. Durante el procedimiento se realizó USE FNA- FNB con aguja de 22 y 25 G. Se correlacionaron los valores de la medición de elastografía cuali y cuantitativa en relación al resultado histológico y evolución clínica del paciente. Para el análisis de datos se utilizó programa STATA 14. Resultados: Se incluyeron 47 pacientes. Los hallazgos histo-

lógicos fueron 34 (72.3%) adenocarcinomas, 3 (6.4%) neuroendocrinos y pancreatitis crónica 10 (21.3%). En cuanto a la evaluación con elastografía cualitativa, 37 (78.7%) lesiones fueron patrón homogéneo azul y se asoció a mayor probabilidad de ser adenocarcinomas OR 1.15 (IC95% rango), al igual que las heterogéneo azul que fueron 9 (19.1%) lesiones, con OR 1.42 (IC95% rango), 1 (2.1%) lesión fue homogéneo verde y resultó pancreatitis crónica, ninguno fue clasificado heterogéneo verde. El grupo de adenocarcinomas obtuvo valores de Strain Histo de 55 ± 29 (mediana de 53) y las otras lesiones 56 ± 25 (mediana). No hubo diferencia significativa entre ambos grupos (p valor = 0.8). Al realizar curva ROC se obtuvo un área bajo la curva de 0.48. Conclusiones: A diferencia de la literatura, no hemos encontrado un valor de Stain Histo como punto de corte para el diagnóstico diferencial LFPS. En cuanto a la evaluación cualitativa, las lesiones homogéneas o heterogéneas azules tienen mayor riesgo de ser adenocarcinomas. Sin embargo, concluimos que la elastografía debería considerarse como herramienta complementaria para el diagnóstico de lesiones sólidas pancreáticas.

---

**TC- ENDOSCOPIA MISCELANEA**


---

**Código: 1273****EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE EDUCACION VIRTUAL EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN ENDOSCOPISTAS NOVATOS: PRIMERA EXPERIENCIA EN ARGENTINA***María Marta Piskorz; Andrés Wonaga; Lorena Bortot; María Eugenia Linares; Valentina Araya; Mónica Gardey; Claudio Perretta; Jorge A Olmos.*

Simulación Médica Roemmers (Simmer) - Buenos Aires - Argentina

*Área Temática: 14.Endoscopia Miscelánea*

La enseñanza de la endoscopia digestiva (ED) se realiza sobre pacientes, con el consecuente riesgo permanente de complicaciones durante la curva de aprendizaje. Con el uso de simuladores ese riesgo desaparece. El simulador virtual con un instructor capacitado, permite aprender ED a través de ejercicios y casos clínicos, con la ventaja de poder medir performance y repetir un mismo ejercicio hasta obtener un desarrollo adecuado. Objetivo: Determinar la efectividad de la implementación de un programa de entrenamiento virtual (PEV) en ED en endoscopistas novatos. Material y método: Estudio quasi experimental antes- después, realizado en un centro especializado en simulación clínica (SIMMER), Buenos Aires, Argentina. Se incluyeron a alumnos que cursan el primer año de la carrera de especialización en gastroenterología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina, durante los años 2017-8. El PEV consistió en una jornada de 8 horas con el simulador GI-Bronch Mentor (Simbionix), coordinada por un instructor especializado en donde se simulaban casos de ED con enseñanza del manejo del instrumental y una discusión clínica de cada situación. Se realizaron al inicio, un ejercicio de habilidad psicomotriz (Endobubble 2) y luego una videocolonoscopia: Tras la jornada de instrucción clínica y endoscópica, se repitieron los dos ejercicios y se compararon para evaluar los resultados. Se utilizó el paquete estadístico STATA 14.0 para el análisis. Resultados: 63 alumnos completaron el PEV. La edad media fue de 30 +/- 2.8 años y el 56% eran de sexo femenino. En el ejercicio de habilidad psicomotriz, se observó una disminución estadísticamente significativa en el tiempo de ejecución del ejercicio (p=0.0134) y el número de roces con la pared (p=0.0162). El número y porcentaje de globos explotados aumentó de manera estadísticamente significativa (p=0.0108 y p=0.0381 respectivamente). En el ejercicio de la colonoscopia, el porcentaje de llegada al ciego mejoró significativamente (p=0.008), como así también el porcentaje de mucosa examinada (p=0.0002) y la eficacia para el screening (p=0.0245). El tiempo de llegada al ciego en minutos mejoró aunque sin significancia estadística con una p=0.58. El tiempo de retirada desde el ciego mayor a 6 minutos mostró una mejoría estadísticamente significativa (p=0.000). En el post curso se sacaron fotos de ciego (p=0.000) y no se retiró el aire al salir (62% vs 16%, p=0.000). En cuanto a los parámetros de conductas de riesgo (tiempo con dolor, tiempo con loop, excesiva presión local y movimientos rápidos), todos mostraron mejoras estadísticamente significativas. Limitaciones: Falta de grupo control y de extrapolación a la actividad clínica. Conclusiones: Este estudio demostró una mejoría significativa en la performance de endoscopistas novatos, mejorando la habilidad psicomotriz, la calidad del estudio y disminuyendo las conductas de riesgo, por lo que recomendamos su uso en el período inicial de formación endoscópica.

---

**CC- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA**


---

**Código: 1340****GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA, EL PROCEDIMIENTO EN DONDE NADA PUEDE MALIR SAL (A PROPÓSITO DE UN CASO)***Pablo Martín Marini; Octavio Julio Supaga.*

## ENDOSCOPIA

Gastroenterólogo, Hospital Municipal Subzonal de Balcarce Felipe Fossati, Cirujano Hospital Municipal Subzonal de Balcarce Felipe Fossati - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.1.Esófago, Estómago y Duodeno

Paciente de sexo femenino de 85 años de edad con disfagia orofaríngea secundaria a un Accidente Cerebro Vascular (ACV) Isquémico con pedido de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). Se realizó video endoscopia (VEDA) con transiluminación, punción percutánea con el pasaje del hilo guía, exteriorización del mismo bajo visión endoscópica y posterior colocación de la sonda PEG con técnica de pull. Finalizando el procedimiento, la paciente presentó un episodio de aspiración acompañado con caída de la saturación de oxígeno, lo cual impidió la reintroducción del endoscopio para corroborar el correcto posicionamiento de la sonda. Veinte días después del procedimiento, el familiar de la paciente refirió observar una pequeña fuga peritoneal. Se realizó una VEDA, en la que se observó el enterramiento del tubo PEG. El síndrome de la sonda de gastrostomía enterrada (BBS de sus siglas en inglés Buried Bumper Syndrome), es una complicación rara, en donde el extremo de anclaje de la sonda PEG migra de la luz gástrica y se aloja en la pared gástrica o en cualquier lugar del tracto gastrointestinal fuera de la cavidad gástrica. Tiene una prevalencia que va del 1.5% al 8.8% y generalmente ocurre más allá de las cuatro semanas de realizado el procedimiento pero se han reportado casos en los que ha ocurrido a los 21 días. Los síntomas más comunes incluyen inmovilización de la sonda, dificultad para el pasaje de alimento, fugas peritubulares, oclusión completa y dolor abdominal. El principal factor para BBS es la tracción excesiva de la sonda, aunque la malnutrición, alteraciones en la cicatrización y el aumento de peso han sido descriptos. El diagnóstico es principalmente clínico pero requiere la confirmación endoscópica. La sonda PEG debe ser removida, incluso si esta no produce síntomas, ya que la migración continua puede conducir al sangrado, perforación, peritonitis y la muerte. Varias técnicas pueden ser empleadas para remover el dispositivo enterrado, o se reaccende a la luz con una nueva sonda PEG o se asegura un sitio de acceso completamente nuevo. Conclusión: El enterramiento de la sonda PEG es una complicación poco frecuente de la gastrostomía endoscópica percutánea, pero debe ser tenida en cuenta por el endoscopista ya que un retraso en su diagnóstico y tratamiento puede comprometer la vida del paciente.

### CC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Código: 1563

#### ESOFAGITIS NECROTIZANTE AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Jahaira Fabiola Icaza Cárdenas; María Julia Varela; Leandro Di Paola; Oscar Torrico Paz; Hernán Bracone; Rosalba Pinasco; Santiago Regnasco; Emilia Cristina Saá.

Hospital General de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano" - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.1.Esófago, Estómago y Duodeno

INTRODUCCIÓN: La esofagitis necrotizante aguda, o esófago negro, es una patología infrecuente que se define como pigmentación negra del esófago secundaria a necrosis de la mucosa. De instalación súbita, con potenciales graves complicaciones y restitución ad integrum en 24hs., tiene una presentación clínica inespecífica y baja probabilidad de sospecha diagnóstica. PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 89 años, con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular, anticoagulada y mal estado nutricional. Ingresa a Ginecología por prolapso genital. Durante su internación presenta disfagia súbita para sólidos y líquidos asociada a sialorrea. Se realiza videoendoscopia digestiva alta (VEDA) constatándose mucosa con áreas de necrosis difusa que se extiende en forma concéntrica hasta el tercio medio del esófago. Impresión diagnóstica: Esofagitis necrotizante aguda. Se inicia tratamiento médico con inhibidores de bomba de protones endovenoso, sucralfato y reposo digestivo. Tomografía computada de abdomen: Esófago con engrosamiento mucoso circunferencial del tercio superior y medio, sin signos de compromiso mediastinal. Evoluciona favorablemente, repitiéndose VEDA a las 72 hs, con recuperación total de la mucosa esofágica. OBSERVACIONES: La esofagitis necrotizante aguda, si bien es una patología infrecuente, debe ser tenida en cuenta entre los diagnósticos diferenciales en adultos con antecedentes cardiovascular y cuadro clínico de disfagia súbita. A pesar de que la incidencia de dicha patología es baja y que la alta mortalidad en estos pacientes deviene de las comorbilidades asociadas, se debe tener especial cuidado por las complicaciones del compromiso esofágico.

### CC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Código: 1560

#### HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE CAUSA INFRECUENTE; REPORTE DE UN CASO

Andrés Mauricio Valderrama; Jahaira Fabiola Icaza Cárdenas; María Julia Varela; Hernán Bracone; Carmen Spataro; María José Jaroslavsky; Santiago Regnasco; Emilia Cristina Saá.

Hospital General de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano" - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.1.Esófago, Estómago y Duodeno

Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA), es una patología altamente fre-

cuenta de la gastroenterología, con una incidencia entre el 50-150/100.000 personas al año. Es la urgencia gastroenterológica más frecuente con una tasa de mortalidad de 3,5 a 7%. Las neoplasias del tracto gastrointestinal superior representan menos del 3% de todos los casos de HDA, dentro de las cuales las neoplasias de origen epitelial representan el 90%-95%, siendo el adenocarcinoma el más prevalente. Presentamos el caso de sangrado digestivo de origen tumoral como causa infrecuente. Caso clínico: Paciente masculino de 61 años, de nacionalidad argentina, sin antecedentes patológicos. Cursó internación en sala por cuadro de anemia crónica de tipo ferropénica, asociado a disminución de peso no cuantificada, dolor abdominal difuso inespecífico, astenia, adinamia e hiporexia. Refiere episodio de melena autolimitada 5 meses previos a la internación. Sin particularidades al examen físico, laboratorio con anemia leve (HB 11mg/dl), coagulopatía; inmunoserologías negativas; CA 125 y CA 15-3 elevados. Al ingreso se le realiza tomografía de abdomen y pelvis por cuadro de dolor abdominal: A nivel de techo gástrico en pared superior y medial, formación vegetante de 48 x 37 mm. VEDA: Sobre cuerpo alto, en curvatura menor hacia cara anterior, gran lesión vegetante, ulcerada con fondo sucio sin signos de sangrado activo y VCC incompleta por preparación subóptima. Se decide conducta quirúrgica realizando gastrectomía total, esófagoyeyunoanastomosis en Y de Roux, vaciamiento ganglionar y yeyunostomía de alimentación. Anatomía patológica de resección quirúrgica: Pieza de gastrectomía total, tumor en cuerpo gástrico, cara anterior de tamaño 4 X 4 cm, necrosis presente, AML positivo, Desmina negativo, CD34 positivo, CD 117 positivo, márgenes de resección quirúrgica libres de neoplasia, 3/3 ganglios linfáticos regionales libres de metástasis, grado histológico de 2 mitosis/5 mm<sup>2</sup> (Bajo grado), tipo histológico fusocelular; El diagnóstico morfológico y el perfil inmunológico son compatibles con Tumor del estroma gastrointestinal (GIST). Observaciones Es de destacar el rol importante de la endoscopia para el diagnóstico de esta entidad patológica, siendo el tumor del estroma gastrointestinal (GIST) el 1% de los cánceres gastrointestinales primarios.

### CC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Código: 1663

#### SÍNDROME DE PLUMMER-VINSON EN PACIENTE CELÍACA: REPORTE DE UN CASO

Oscar A. Bedini; Ariel Naves; Patricia San Miguel; José Brunetti.

CEDIR - Santa Fe - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.1.Esófago, Estómago y Duodeno

Introducción: El síndrome de Plummer-Vinson (SPV), también conocido como Síndrome de Paterson-Brown-Kelly, está asociado a una triada de signos y síntomas entre los cuales se encuentran: Anemia microcítica hipocrómica, estructuras membranosas esofágicas en la región cricofaríngea y disfagia alta, es muy poco frecuente y solo se han publicado muy pocos casos en el mundo, puede estar asociado a enfermedad celíaca. Es más común en mujeres de mediana edad (40-65). Reporte del caso: Paciente femenina de 47 años de edad, desde los 6 años, presenta cuadros frecuentes de anemia ferropénica, decaimiento general y astenia, habiendo requerido transfusiones de sangre. En cuatro oportunidades, hace 12, 10, 9 y 8 años atrás, fue sometida a estudios endoscópicos altos, informados como normales, pero sin la realización de biopsias duodenales. En el mes de octubre del 2018, al ingerir un comprimido de un AINE, presentó un cuadro de ahogo por obstrucción, con sensación de pánico, que motivó que su alimentación hasta la fecha fuese solo de papillas y alimentos procesados. Concurrió a la consulta, adjuntando varias analíticas las cuales resumen un cuadro de anemia sideropénica y con bajos niveles de ferritina. Adjunta además una video deglución, solicitada por su ORL, meses atrás, que evidencia la presencia de una falta de relleno de 2mm por 7 mm, que oblitera el 75% de la luz esofágica y otra imagen similar, 2 cm por debajo de la primera, dispuesta en sentido contrario, que oblitera la luz en un 50%. Ante este cuadro, se solicitan nuevos estudios de laboratorio y una VEDA. Al introducir el endoscopio bajo visión directa se evidenciaron dos membranas fibrosas que provocaban estenosis de la luz en la región cricofaríngea, se logra traspasar ambas membranas. Se procedió a la extirpación con pinza de biopsia de cada uno de los fragmentos de membrana adosados al borde circunferencial del esófago. El resto del esófago mostró una mucosa de aspecto normal. En el estomago no se observaron lesiones mucosas. Se realizaron múltiples biopsias en cuerpo, antro e incisura angularis. En bulbo duodenal y segunda porción, se observó mucosa plana, compatible con enf. celíaca. Se realizaron múltiples biopsias. Diag. Anátomo patológico. Enf. Celíaca. Marsh C3. Observaciones: La paciente refirió luego de la VEDA una mejoría a la deglución que evaluó como normal. La evolución clínica ha sido favorable con resolución de la disfagia, tolerando normalmente alimentos sólidos. Se indicó, dieta libre de gluten.

**CC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA****Código: 1280****PRIMER PRINCIPIO DE LA MURPHOLOGÍA MÉDICA EN LA ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA (NO CREAS QUE PORQUE EL MÉDICO SABE DAR UN NOMBRE A TU ENFERMEDAD, CONOCE DE QUÉ SE TRATA)***Pablo Martín Marini; Eduardo Bacigaluppi; Diego Miconi; Sandra Zelaya; Gaudalupe Rógora.*

Gastroenterólogo Hospital Municipal Subzonal de Balcarce Felipe Fossati, Gastroenterólogo Sanatorio Belgrano Mar del Plata, Ecoendoscopia Centro de Estudios Digestivos Mar del Plata, Anatomía Patológica Hospital Municipal Subzonal de Balcarce Felipe Fossati - Buenos Aires - Argentina

*Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.1.Esófago, Estómago y Duodeno*

Caso1: Paciente masculino de 54 años de edad sin antecedentes clínicos de relevancia que fue derivado para realización de VEDA por disfagia para sólidos y líquidos de más de un mes de evolución, acompañada de pérdida de peso no cuantificada. Epigastralgia, regurgitación y pirosis ausente. VEDA. Duodeno y estómago sin lesiones, esófago, cambio mucoso a 40 cm de ADS. Desde el cambio mucoso y hasta los 35 cm de ADS se observó una lesión elevada, de superficie nodular con patrón mucoso de aspecto adenomatoso en forma de racimo de uvas. Se tomaron biopsias. Anatomía Patológica: Esófago de Barrett con displasia polipoide. Se solicitó revisión del taco de biopsia en la que se informó un adenocarcinoma y se realizó una ecoendoscopia en la que se observó compromiso de todas las capas de la pared esofágica. Caso 2: Paciente masculino de 86 años de edad, con antecedentes de insuficiencia cardíaca y sin síntomas digestivos, se le solicitó VEDA y VCC por anemia. VEDA: Esófago: cambio mucoso a 35 cm de ADS, hiato a 40cm. Por encima del cambio mucoso y hasta los 30 cm se observó una lesión de superficie granular que comprometía menos de 25% de la circunferencia de la luz. Se tomaron biopsias. Estómago: sobre el saco herniario se identificaron 4 erosiones lineales mayores a 5 cm. Duodeno sin lesiones. Anatomía patológica: Esófago de Barrett con displasia polipoide. Se solicitó ecoendoscopia en la que se observa compromiso de la mucosa con indemnidad de la submucosa adyacente. El Esófago de Barrett (EB) es la metaplasia adquirida del esófago y está asociada con un aumento del riesgo de desarrollar un adenocarcinoma, presumiblemente a través de la secuencia metaplasia-displasia-carcinoma. Sin embargo la gran mayoría de los pacientes que tienen esta enfermedad, no progresan más allá de displasia de bajo grado. El riesgo de desarrollar un adenocarcinoma es del 10% en aquellos pacientes que presentan una displasia de alto grado, es por esto que es importante identificar y estratificar cualquier tipo de displasia. La displasia en el EB puede aparecer como lesiones planas o nodulares y menos frecuentes como lesiones pediculadas. Las características clínicas, patológicas y hallazgos moleculares del EB con displasia polipoide (EBP) son similares al EB con metaplasia plana, incluyendo la predisposición para el desarrollo de adenocarcinoma, sin embargo el EBP polipoide es una entidad poco frecuente y su manejo está limitado sólo a reporte de casos.

**CC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA****Código: 1450****MEMBRANAS ESOFAGICAS COMO MANIFESTACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED***Victoria Marturano; Florencia Marcano; Agustín Leza; María Victoria Maurette; Sabrina Quiñones; Carlos Brodersen; Andres Lucia; Rosa Ramos; M.E Promenzio; V D'Ercole.*

Hospital Durand/ Hospital El Cruce - CABA - Argentina

*Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.1.Esófago, Estómago y Duodeno*

INTRODUCCION: el hallazgo de membranas esofágicas, definidas como la presencia de formaciones excéntricas finas menores de 2 mm formadas por epitelio escamoso estratificado con crecimiento hacia la luz, son más frecuentes en el tercio superior del esófago y suelen ser únicas. Su hallazgo obliga al estudio de condiciones asociadas que puedan justificar su presencia, estas incluyen al divertículo de Zenker, desórdenes dermatológicos (epidermolisis bullosa, pénfigo o síndrome de Stevens-Johnson), déficit de hierro (síndrome de Plummer Vinson / Patterson Kelly), o desórdenes inmunológicos. MATERIALES Y METODOS: paciente mujer de 33 años con antecedentes de Trasplante de Médula Ósea (TMO) alogénico por Leucemia Mieloiide Crónica en 2004 que intercurrió con EICH (enfermedad de injerto contra huésped) crónica manifestado por úlceras orales dolorosas en boca y vagina compatibles con liquen plano, que consulta por disfagia orofaríngea progresiva. RESULTADOS:

se realiza VEDA; inmediatamente por debajo del músculo cricofaríngeo, membrana esofágica blanquecina que se desprende y se logra franquear sin resalto. Se biopsia. La anatomía patológica informa epitelio pavimentoso con áreas de esofagitis leve de aspecto inespecífico. Se realiza tomografía computada de cuello y torax con contraste en la que se observa engrosamiento del pliegue aritenopiglótico y vestibular del lado izquierdo, con disminución parcial del seno piriforme homolateral. Se interpreta manifestación esofágica de EICH crónico y se inicia tratamiento con corticoides, con buena respuesta sintomática. Posteriormente se inicia disminución progresiva del tratamiento con corticoides. Luego de tres meses del cese del tratamiento con esteroides presenta recidiva de la patología, por lo cual consulta por disfagia orofaríngea a sólidos. Se realiza video deglución que evidencia estenosis en tercio superior de esófago de 3 cm de largo, tortuoso entre la quinta y sexta vértebra cervical que compromete el 80% de la luz con dilatación de hipofarínge supraestenótica. Actualmente en plan de iniciar inmunosupresores y luego control endoscópico. CONCLUSIÓN: el compromiso esofágico en pacientes con EICH crónica luego de un TMO se presenta en menos del 15% de los casos. Puede manifestarse como enfermedad vesiculobullosa, esofagitis descamativa o úlceras severas con progresión a estenosis. El tratamiento consiste en la inmunosupresión. Pero no hay evidencia de tratamiento tóxico con corticoides que podría actuar en forma directa sobre las lesiones en mucosa esofágica. OBSERVACIONES: el compromiso esofágico secundario a EICH crónico es poco frecuente.

**CC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA****Código: 1444****UN PÓLIPO GÁSTRICO POCO COMÚN: PÓLIPO FIBROIDE INFLAMATORIO Ó TUMOR DE VANEK***Priscila Fantín; Julio Guzmán; Flavio Peré; Alicia Paskiewich; Daniela Ibarra.*

Hospital Aeronáutico Central - CABA - Argentina

*Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.1.Esófago, Estómago y Duodeno*

Un pólipo gástrico poco común: Pólipo Fibroide Inflamatorio ó Tumor de Vanek INTRODUCCIÓN: El Pólipo Fibroide Inflamatorio también llamado Tumor de Vanek es el tumor menos frecuente del tubo digestivo. Predomina en la sexta década de la vida, principalmente en hombres. El 80% se encuentra en estómago, luego sigue en frecuencia duodeno, yeyuno e íleon. El 70% se localiza en Antro y representan menos del 0,1 % de todos los pólipos gástricos. Se origina en la submucosa y su forma de presentación es muy variable: asintomáticos, dispepsia, náuseas ó vómitos. Los pólipos más grandes pueden ser sintomáticos cuando obstruyen la entrada al píloro y dan síndrome suboclusivo, hemorragia digestiva ó anemia. La etiología se desconoce aunque se proponen causas alérgicas y/o inflamatorias. OBJETIVO: Valorar en el Pólipo Fibroide Inflamatorio la importancia del estudio histopatológico e Inmunomarcación para su diagnóstico ya que es un pólipo infrecuente. Al ser benigno se puede brindar en primera instancia terapéutica endoscópica en aquellos pólipos menores de 2-3 cm evitando cirugías invasivas que tienen mayor morbimortalidad. MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente mujer de 62 años, antecedentes: Hipotiroidismo. Consulta por dispepsia, sin respuesta a IBP. Exámen físico y laboratorio: s/p. VEDA: Pólipo en Antro, subpediculado, de 1,5cm con eritema que se reseca con técnica de polipectomía. ANATOMÍA PATOLÓGICA: Mucosa gástrica con hiperplasia foveolar. En submucosa proliferación de estructuras vasculares de variable calibre con pared propia que se acompañan de infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos, plasmocitos y predominio de eosinófilos. Helicobacter pylori (+) Inmunoquímica: CD34 (+), Actina musculo liso (+), Vimentina(+), CD138 (+), H.Caldesmon(+),DOG(-), CD117 (-). Diagnóstico: Pólipo Fibroide Inflamatorio La paciente realizó tratamiento de erradicación para H. pylori. CONCLUSIÓN: El Pólipo Fibroide Inflamatorio es el tumor gástrico benigno menos frecuente y se origina en la submucosa. En el diagnóstico diferencial se deberá considerar: A) En la semiología endoscópica con: Pólipo Hiperplásico, de Glándulas fúndicas, Adenomatoso, Hamartomatoso. B) Con otros tumores submucosos: GIST, mesenquimatosos benignos: Schwannoma, Leiomioma, Tumor Miofibroblástico Inflamatorio. La Ecoendoscopia es un método diagnóstico útil en estos casos. El diagnóstico de certeza lo dará la Histopatología e Inmunoquímica: CD34 (+), Vimentina(+), Ckit(-) siendo estos los más importantes. Entre las opciones terapéuticas se encuentra la resección endoscópica hasta pólipos de 2 -3cm, con técnica de polipectomía y/o mucosectomía con disección de la submucosa; en pólipos mayores se indica cirugía. La recidiva es infrecuente y no requiere seguimiento posterior. OBSERVACIONES: Motiva la presentación el hallazgo de un pólipo gástrico benigno infrecuente.

**CC- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA**

**Código: 1488**

**TUMOR MIOFIBROBLASTICO INFLAMATORIO GÁSTRICO**

*Juan Ignacio Conosciuto; Mauricio Arco; Roberto Higa; Fernando Moreno; Martin Pastorino; Hector Roman; Martin Sabas; Juan Carlos Staltari; Ruben Dario Lozzi.*

SAGE- FAGE- FAAED - Buenos Aires - Argentina

*Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.1.Esófago, Estómago y Duodeno*

**INTRODUCCION** Los tumores miofibroblásticos inflamatorios o pseudotumores inflamatorios, son lesiones poco frecuentes de origen mesenquimal considerados benignos pero con tendencia a la recurrencia local, potencial de transformación maligna y bajo riesgo de metástasis. Se presentan en niños, adultos jóvenes y también en la sexta década. Su etiología es incierta. Se postula que habría una respuesta tisular exagerada de los miofibroblastos frente a una agresión como traumas previos, infecciones virales y eventos autoinmunes. Son masas únicas o múltiples de células fusiformes con diferentes grados de fibrosis que pueden necrosarse o abscedarse. Se observan en múltiples órganos con síntomas órgano-específicos o síntomas generales. Los sitios más reportados corresponden a hígado, pulmón, cabeza y cuello, tubo digestivo y aparato genitourinario. Un porcentaje variable de estos se asocian a enfermedad por IgG-4 relacionado con lesiones fibro- esclerosantes como el pseudotumor orbitario, fibrosis retroperitoneal, pancreatitis autoinmune, tiroiditis de Riedel, etc y serían más inflamatorios que neoplásicos lo que acrecienta el debate respecto a la diferenciación entre verdaderas neoplasias o estados reactivos sin potencial maligno. **OBJETIVOS** Presentación de un caso de una patología inusual manifestada en forma de hemorragia digestiva. **MATERIALES** Paciente de 60 años sin antecedentes de relevancia que ingresa por hemorragia digestiva alta. Se realiza video endoscopia digestiva alta observándose lesión de 5 cm lobulada, ulcerada, de aspecto subepitelial, sobre curvatura menor de cuerpo gástrico, con sangrado activo. Se realiza hemostasia endoscópica inyectable con resolución del mismo. **RMI ABDOMEN:** a nivel de curvatura menor gástrica lesión lobulada de 58 mm con señal heterogénea con caída en las secuencias in- face out- face características de grasa. Las secuencias con difusión son negativas. No se identifican lesiones ganglionares locoregionales. Impresiona lesión submucosa probable GIST. Se realiza gastrectomía parcial. Anatomía patológica con técnica de inmunohistoquímica que informa Pseudotumor miofibroblástico inflamatorio con bordes quirúrgicos libres de lesión. Marcadores: vimentina(+) actina(+) desmina (+) C-kit (CD 117)(-). El paciente evoluciona favorablemente. **CONCLUSION** Si bien son de infrecuente presentación debemos sospecharlo entre los diagnósticos diferenciales en lesiones gastrointestinales de aspecto subepitelial incluso complicadas como en nuestro caso. Podrían confundirse con GIST, linfomas, sarcomas, leiomiomas y lipomas. Debido a su potencial de transformación y de recidiva y su apariencia muchas veces maligna o inespecífica el tratamiento quirúrgico es de elección. **OBSERVACION** Se reporta el caso debido a la infrecuencia de esta patología en la práctica diaria.

**CC- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA**

**Código: 1425**

**SÍNDROME DOWNHILL VÁRICE ASOCIADO A SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR**

*Andrés Rodolfo Lucia; Victoria García Mercader; Rosa Ramos; Esteban Promenzio; Cecilia Curvale; Raúl Matano.*

Hospital de Alta Complejidad El Cruce SAMIC "Dr. Néstor Carlos Kirchner" - Soltero/a - Argentina

*Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.1.Esófago, Estómago y Duodeno*

**INTRODUCCION:** El Síndrome de Down Hill Varice son varices de la submucosa del esófago proximal, que suele desarrollarse por obstrucción de Vena Cava Superior, con menor susceptibilidad al sangrado. Es una causa rara de hemorragia del tracto digestivo proximal. Con una frecuencia del 0,1% de todas las hemorragias por várices esofágicas agudas. Las causas del síndrome de vena cava superior son las neoplasias mediastínicas (dentro de las más frecuentes: timoma, linfoma, cáncer de pulmón), hipertensión pulmonar, Enfermedad de Behçet, presencia de accesos venosos como catéteres de Hemodiálisis (Insuficiencia renal crónica, IRC); constricción del músculo cricofaríngeo, fibrosis mediastínica. En la fisiopatología se evidencia que, si la obstrucción venosa es

por encima del nivel de la vena álgica, se pueden observar várices esofágicas en el tercio superior; si la obstrucción está por debajo, puede presentar várices esofágicas a lo largo de todo el esófago. **MATERIALES Y METODOS:** Mujer de 43 años con antecedentes personales de Lupus, nefropatía lúpica, trasplante renal en el año 2009 (con rechazo del injerto en el año 2015, fecha a partir de la cual comienza a dializarse). Se interna por pancitopenia en estudio por servicio de Hematología. **RESULTADOS:** Se recibe interconsulta en nuestro Servicio de Gastroenterología, por anemia. Se realizan Endoscopias superior e inferior. En la videocolonoscopia con estudio completo, no se evidencian lesiones con Escala de Boston 9/9. En la videoendoscopia alta se observa en el tercio superior de esófago un cordón tortuoso azulado que no desaparece con la insuflación, con el resto del estudio dentro de parámetros normales. Se sugiere al Servicio de Hematología realizar Angio TC en búsqueda de trombosis venosa, por la alta probabilidad diagnóstica de ambas entidades clínicas. En dicho estudio se evidencia la trombosis de vena cava superior, por lo cual se decide anticoagulación del paciente. **CONCLUSIÓN:** El Síndrome de downhill várice tiene una presentación clínica que suele ser asintomática. Puede ser descubierta de forma incidental por endoscopia o presencia de hemorragia digestiva alta. Los estudios complementarios para realizar son Angiografía TC o Tomografía con contraste endovenoso que nos permitirían realizar diagnóstico de alteraciones vasculares. Dentro del tratamiento endoscópico se describe la colocación de bandas elásticas como mejor alternativa. Dicho tratamiento no fue necesario en nuestro paciente debido a que no presentó sangrado digestivo. El tratamiento de elección definitivo es la desobstrucción de la Vena cava superior, dependiendo de las causas subyacentes.

**CC- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA**

**Código: 1368**

**STRONGILOIDIASIS. IMPORTANCIA DE VEDA Y ESTUDIO ANATOMO PATOLÓGICO DUODENAL**

*Georgina Don; Antonela Banchemo; Juan Pablo Santilli; Roberto Beresten; Christian Kozuira.*

SANATORIO TRINIDAD - BUENOS AIRES - ARGENTINA

*Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 1 2.1.Esófago, Estómago y Duodeno*

**Introducción:** La Strongiloidosis es una parasitosis endémica de zonas tropicales. El parásito penetra a través de la piel migrando de la sangre al árbol traqueo bronquial y finalizando en intestino delgado, donde se reproduce nuevamente explicándose así las infecciones persistentes e hiperinfección. La sintomatología gastrointestinal suele presentarse como vómitos, dolor abdominal, diarrea intermitente, fiebre y confundir la sospecha diagnóstica con otros síndromes clínicos. **Objetivos** Demostrar la utilidad de la VEDA con biopsias duodenales para diagnóstico de strongiloidosis cuando los métodos convencionales no son positivos. **Materiales y Métodos** Paciente de 58 años, antecedente de TBC pulmonar hace 38 años, Urosepsis en el último año y múltiples infecciones urinarias, con sospecha de reactivación de TBC por infiltrados pulmonares bilaterales y una imagen cavitada en lóbulo superior derecho. Consulta por distensión abdominal, hiporexia y pérdida de peso de 6 meses de evolución. Laboratorio con anemia y eosinofilia leve de 6.5% VSG 52, anticuerpos de enfermedad celíaca negativos, parasitológico seriado de materia fecal negativo. Resultados VEDA: leve peineado y disminución de pliegues de segunda porción duodenal. Biopsias múltiples duodenales (1). Videocolonoscopia hasta ciego sin lesiones. Esputo: Directo y cultivo para BAAR negativos. TAC de tórax sin evidencia de progresión por lo que se descarta como causa de neumopatía a la TBC. Anatomía patológica (1) duodenitis crónica activa con aplanamiento vellositario leve e hiperplasia criptica asociada a infección por microorganismos (strongyloides stercoralis). Se realiza tratamiento con albendazol 400 mg/día por 5 días con mejoría sintomática. VEDA control dos meses post tratamiento duodeno de aspecto normal y estudio anatomo-patológico de biopsias duodenales normales. **Conclusiones** Sólo se puede hacer el diagnóstico de certeza identificando el parásito. Debido a la baja carga parasitaria y a su capacidad de replicarse dentro del huésped los métodos parasitológicos, son de baja sensibilidad. La leucocitosis con eosinofilia es importante aunque puede estar ausente. El aspirado duodenal, la endoscopia y las biopsias, son recursos invasivos, habitualmente no disponibles en zonas endémicas, pero de utilidad. Histológicamente pueden identificarse ulceraciones, distorsión de criptas, atrofia de vellosidades, infiltrados inflamatorios, necrosis y parásitos. **Observaciones** Pendiente evaluación por servicio de inmunología para descartar inmunodepresión por infecciones recurrentes.

**CC- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA****Código: 1346****TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES ESOFÁGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO***Guillermo Carnevale; Valeria Quinodoz; Adrian Montironi; Sebastian Correnti; Susana Marotta; Daniel Pozzi; Federico Bucciarelli; Sergio Cohen.*

SANATORIO ROSENDO GARCIA (UOM) - Santa Fe - Argentina

*Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.1.Esofago, Estómago y Duodeno*

Carnevale, G (1); Quinodoz, V (1); Montironi, A (1); Correnti, S (1); Marotta, S (1); Pozzi, D (2); Federico, B (3); Cohen, S (4). (1) Sanatorio Rosendo García (UOM), Servicio de Gastroenterología, Rosario, Argentina; (2) Laboratorio de patología clínica quirúrgica, Rosario, Argentina; (3) Sanatorio Parque, Unidad Bilio-Pancreática, Rosario, Argentina;(4) Jefe centro de Endoscopia Diagnostico terapéutico del Hospital Barros Luco, Chile. **INTRODUCCIÓN:** El tumor de células granulares del esófago (TCG) es una neoplasia infrecuente que se origina de las células de Swann. Descripto por primera vez en 1926 por Abrikossoff, su localización esofágica es la más frecuente dentro del tracto gastrointestinal. A pesar de ciertas características endoscópicas, se requiere de un correcto abordaje multidisciplinario. En tal sentido, el ultrasonido endoscópico resulta importante para su evaluación inicial, aunque su diagnóstico preciso se basa en el examen histopatológico con utilización de inmunohistoquímica. **OBJETIVO:** registrar el hallazgo de una lesión esofágica infrecuente. Destacar el manejo multidisciplinario y finalmente reforzar la importancia de la inmunohistoquímica para establecer diagnóstico definitivo. **CASO CLÍNICO:** Varón de 56 años, por síntomas de ERGE accede a la endoscopia digestiva. Se observa en tercio inferior esofágico, a 5 cm de la UEG una lesión elevada, subepitelial, con zonas de erosión mucosa, y de 30 mm aprox. Se destaca importante dureza al tacto del fórceps endoscópico. Se realiza biopsia sobre biopsia obteniendo como resultado anatomopatológico: lesión mesenquimal fusocelular (GIST vs LEIOMIOMA) no pudiendo realizar inmunohistoquímica por escasa cantidad de material. Posteriormente, se realiza Ecoendoscopia informando una lesión hipoecogénica, de límites definidos, 25 mm x 16mm de diámetro, que asienta sobre la capa muscular propia esofágica. Se realiza Punción con aguja 19 G, no obteniéndose material para análisis anatomopatológico. Tras no poder definir y caracterizar la lesión, y dado el tamaño de la misma, se decide resección bajo técnica de disección endoscópica. Finalmente, con la muestra completa, y tras la utilización de inmunohistoquímica se aborda al diagnóstico definitivo de tumor de células granulares, observándose expresión de proteína S100 y marcador CD68 positivo. **CONCLUSIÓN:** El tumor de células granulares es una causa infrecuente de lesión subepitelial esofágica benigna con infrecuente posibilidad de malignización. Para su correcto manejo y caracterización la Ecoendoscopia y el análisis histopatológico con utilización de inmunohistoquímica resultan ser fundamentales. De existir dudas diagnósticas la resección del mismo bajo técnica de disección endoscópica está indicada dados los importantes DD como el tumor de GIST.

**CC- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA****Código: 1283****ENTERORRAGIA POR ÚLCERAS COLÓNICAS IDIOPÁTICAS: DESAFÍO MULTIDISCIPLINARIO***Guillermo D'Ottavio; Guillermo Carnevale; Sebastián Correnti; Cristian Fernández; Mario Cantaberta; Martín Varela.*

Hospital Italiano de Rosario - Santa Fe - Argentina

*Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon*

**Introducción:** La hemorragia digestiva baja persistente es una causa de morbilidad y mortalidad, especialmente en pacientes añosos. Habitualmente requiere la evaluación de múltiples especialidades para llegar a un diagnóstico y realizar tratamiento. **Objetivos:** Transmitir una causa infrecuente de hemorragia digestiva baja y exponer las dificultades en el manejo de estos pacientes. **Paciente:** Mujer de 89 años con antecedente de ICC, que ingresa por NAC con derrame pleural bilateral y requerimiento de oxígeno. Durante la internación presenta melena. Hemodinámicamente estable. SNG: débito gástrico. VEDA: estrechez infranqueable de tipo benigna en esófago superior. Se realiza tratamiento médico sospechando causa no variceal. La paciente presenta nuevos episodios de sangrado constatando enterorragia. VCC: hasta colon sigmoideos por abundante cantidad de sangre roja y divertículos. Nueva VEDA: se franquea estrechez y se observa hasta yeyuno sin sangrado. TAC: diverticulosis sin evidencia sitio de sangrado activo. Cesa el

sangrado y se interpreta como diverticular. La paciente luego continúa con enterorragia intermitente y caída del hematocrito. Nueva VCC hasta ciego observando sangre en todos los segmentos y sangre roja clara en región cecal sin ver lesiones. No aparenta sangrado diverticular. Angiografía: no se observa sitio de sangrado. Gammagrafía: sangrado activo en proyección intestino medio e íleon. Se decide realizar enteroscopia intraoperatoria donde no se observan lesiones ni restos hemáticos. La paciente persiste con sangrado intermitente y requiere múltiples transfusiones. Se realiza nueva VCC donde se observa en ciego tras lavado intenso múltiples úlceras superficiales, algunas con fibrina y otras con sangrado en napa (biopsias). Se decide realizar hemicolectomía derecha. Presenta postoperatorio favorable sin episodios de sangrado pero se complica con una NIH y luego fallece. El resultado de las biopsias y de la pieza quirúrgica evidencia proceso inflamatorio en ciego, mixto con predominio mononuclear, que asocia ulceración y cambios reactivos epiteliales superficiales. Sin inclusiones CMV. PCR CMV-. Microbiológico negativo. Laboratorio con panel viral e inmunológico negativo. Sin consumo crónico de AINEs. **Conclusiones:** El sangrado digestivo bajo persistente es un reto. Las dificultades para realizar los estudios, la preparación y la sedación, y además las propias del sangrado en su localización, como también con los resultados negativos o dispares de las metodologías que suelen complementar la evaluación generan un desafío para todos los profesionales intervinientes. **Observaciones:** Las úlceras se catalogan como idiopáticas tras no evidenciar causa probable. Las úlceras en ciego sin causa específica no son reportadas usualmente. Sin embargo, en los pocos reportes de casos publicados, son las úlceras más frecuentes luego de las causas infecciosas.

**CC- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA****Código: 1406****ÚLCERA RECTAL SOLITARIA SECUNDARIA A INTUSUSCEPCIÓN RECTAL.***Natalia Romagnoli; Jhonny Espinoza; Juan Pablo Santilli; Roberto Beresten; Christian Koziura.*

SANATORIO TRINIDAD RAMOS MEJIA - BUENOS AIRES - ARGENTINA

*Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon*

**Introducción:** El síndrome de la úlcera rectal solitaria es un trastorno raro que se produce en personas que sufren estreñimiento crónico. Este síndrome puede causar sangrado y tensión en el recto durante las deposiciones. A pesar del nombre del síndrome, a veces desarrollan más de una úlcera rectal. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de proctorragia asociado a úlcera rectal solitaria secundaria a intususcepción rectal. **Material y métodos:** Paciente femenina de 29 años, con antecedente de parto hace 3 años. Consultó en 2017 por proctorragia de 2 años de evolución. VCC 18-2-16: Rectitis. Íleon nodular. Anatomía patológica: Úlcera solitaria de recto vs prolapso rectal. No cumplió con el tratamiento indicado previamente, por lo que regresó sintomática a la consulta. Se le solicitó video endoscopia digestiva alta (VEDA) y video colonoscopia (VCC). **Resultados:** VEDA 11/17: Gastropatía erosiva de cuerpo. VCC 11/17: Lesión ulcerada de recto, biopsias escalonadas de colon/íleon. ANATOMÍA PATOLÓGICA(AP): Úlcera solitaria de recto vs prolapso rectal. Mucosa de colon e íleon conservada. La paciente no recurrió hasta el 9/18. Se le solicitó RMN de abdomen/pelvis con contraste 3-10-18: Engrosamiento pared del rectal inferior predominio cara anterior desde 3 cm hasta 8 cm del margen anal. Interrupción de la muscular propia en horas 7 y 11 evidenciándose tejido isodenso no pudiendo descartar proceso primario. Interconsulta con coloproctología, revisión de todas las AP, nueva VCC, marcadores tumorales, RMN de recto con alta resolución y difusión y videodefecografía (VDGF). Enemas de budesonide y mesalazina. VCC: Hiperplasia linfoides de íleon terminal, Úlcera gigante de recto a correlacionar con AP. Revisión de AP: Úlcera solitaria de recto. RMN 13-12-18 imagen sugestiva de intususcepción rectal que compromete el tercio medio e inferior del recto con mínimos signos de edema a predominio lateral derecho. No engrosamientos parietales significativos. VDGF: Rectificación del ángulo ano/rectal al esfuerzo evacuatorio. Evacuación fragmentada y residuo rectal con imagen de copa de champagne que desaparece al evacuar (INTUSUSCEPCIÓN). Análisis 4-12-18 CEA 0,8, CA19-9 13,1, ESD 9mm, PCR <0,30, HCTO 34,9. **Conclusión:** El síndrome de úlcera solitaria de recto es una entidad rara con una prevalencia de 1/100000 habitantes. Las causas más frecuentes son prolapso rectal e intususcepción asociados a constipación crónica. El diagnóstico en este caso es a través de la VCC con biopsias, VDGF y RMN. El tratamiento incluye biofeedback, enemas de sucralfato, corticoides y mesalazina. En cuanto a la terapéutica quirúrgica, la técnica de elección es la rectopexia. Actualmente paciente asintomática, cursando 5 to mes de gestación.



**CC- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA**

**Código: 1673**

**"LESIÓN COLÓNICA POR BAROTRAUMA: PRESENTACIÓN DE UN CASO"**

*Jorge E Alach; Alejandro U Buscaglia; Paula A Chavero; Marcela V Contreras; Marcelo R De faveri; Julio C De maria; Raúl F Matanó; Claudio Santos; Leandro A Spalletti.*

Hospital Italiano de La Plata - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon

Introducción La lesión colónica por barotrauma o "lesión en arañazo de gato" es una complicación grave e infrecuente de la videocolonoscopia. El término hace referencia a la visualización endoscópica de lesiones lineales de color rojo brillante, aspecto subepitelial o lacerante, paralelas, disimiles a lesiones de etiología vascular, a predominio de colon ascendente y ciego, algunas de las cuales pueden presentar restos de sangre fresca. Si bien no es patognomónico, puede orientar a la presencia de micro o macrop perforaciones de la pared colónica. Es más frecuente en el sexo femenino, con una edad media de 57 años para el sexo masculino y de 64 años para el sexo femenino. Su causa no está establecida, se cree que es producida como consecuencia de la hiperinsuflación sobre el colon derecho, que presenta menor compliance, y no se debe a daño directo del endoscopio. Biopsias realizadas sobre estas lesiones no han identificado hallazgos característicos ni signos de inflamación. Se asocian a diverticulosis colónica, colitis colágena concomitante y endoscopia prolongada. Objetivo Presentar un caso de lesión colónica por barotrauma, una complicación severa relacionada a la realización de videocolonoscopia. Materiales o pacientes Se presenta el caso de una mujer de 68 años con antecedente de obesidad, hipertensión arterial, diverticulosis colónica y adenoma colónico reseado previamente, que concurre a nuestro servicio para realizarse una videocolonoscopia para seguimiento. Durante el procedimiento se observan orificios diverticulares en sigmoides, lo que dificulta el paso del endoscopio y prolonga el tiempo de estudio. Además se observa un pólipa pediculado (Paris 0 lp) de 9 mm de diámetro que se reseca con ansa caliente sin complicaciones. Asimismo, se identifica como hallazgo marcas rojas lineales y paralelas en colon ascendente y ciego, estas últimas con restos hemáticos frescos, con aspecto de "arañazo de gato". Ante diagnóstico presuntivo de lesión colónica por barotrauma, se suspende endoscopia. En la recuperación anestésica, la paciente refiere dolor abdominal. Se constata taquicardia y signos de irritación peritoneal. En radiografía simple de abdomen de pie y en decúbito dorsal, se evidencia neumoperitoneo. Se realiza laparoscopia que demuestra perforación en ciego, realizándose hemicolectomía derecha, con ileo-transverso anastomosis, presentando evolución favorable y alta hospitalaria doce días luego de su ingreso hospitalario. Métodos, resultados y conclusiones El método seleccionado es el reporte de caso. Se comunica un caso de lesión colónica por barotrauma. Creemos de suma relevancia informar de lesiones relacionadas a la realización de endoscopias, así como factores de riesgo para desarrollarla. Además resaltamos la presencia de signos endoscópicos que permiten orientar un diagnóstico presuntivo durante la endoscopia, no demorar la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas y evitar el alta precoz del paciente post procedimiento

**CC- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA**

**Código: 1501**

**HISTOPLASMOSIS DISEMINADA CON MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES**

*Mathius Soruco Garcia; Domingo Balderramo; Mariano Higa; Analía Benavidez; Andrea Bolomo; Marin Ame; María Victoria Mulqui; Nadia Agüero; Florencia Alvarez.*

Hospital Privado Universitario de Córdoba - 5000 - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon

El uso de medicación inmunosupresora en los pacientes trasplantados está asociado a un incremento del riesgo de padecer infecciones y éstas representan la segunda causa de muerte en los estudios de seguimiento a largo plazo de los pacientes con trasplante renal. Dentro de las complicaciones infecciosas los hongos son una causa importante de morbimortalidad. El compromiso del tracto gastrointestinal por la histoplasmosis diseminada es extremadamente raro, identificándose en menos del 1% de los casos reportados. Se presenta un caso de histoplasmosis diseminada con manifestaciones gastrointestinales. Paciente masculino de 41 años, como antecedentes personales: trasplante renal Donante Cadavérico en el año 2002, con rechazo de injerto en el 2004. En 2005 nuevo trasplante Donante Vivo. Ingresó al Servicio de Emergencia por dolor abdominal asociado a distensión, pirosis y diarrea acuosa con más de 5 deposiciones diarias sin residuos patológicos. No fiebre. Examen físico normal. Laboratorio PCR 6.5; Creatinina 2.4, FeNa>0.5.Hb 8.1. Se decide internación con diagnóstico de fallo

renal agudo. A las 24 horas se objetiva en laboratorio Hb 6.3, se solicita interconsulta con servicio de Gastroenterología, realizando Videoesndoscopia digestiva alta que informa: Bulbo duodenal con elevaciones circulares de la mucosa. Segunda porción se objetivan mismas lesiones con sangrado central espontáneo y al roce del endoscopio. Pliegues de aspecto conservado. Anatomía patológica: Duodenitis crónica. PCR (CMV) positivo. Se inicia tratamiento con ganciclovir ajustado a función renal. Paciente evoluciona con incremento de dolor abdominal sin signos de irritación peritoneal, se solicita Tac de abdomen que informa: Edema submucoso de intestino delgado, con adenomegalias mesentéricas, hepatoesplenomegalia homogénea. Se completa estudios con Colonoscopia: Hasta ciego, mucosa edematosa en todo el trayecto estudiado, con lesiones ulceradas y sobre elevadas en ciego, ascendente y transversal, lesiones polipoides sésiles, algunas con depresión central en colon izquierdo. Anatomía patológica: Colitis aguda y crónica moderada con elementos esféricos PAS positivos vinculables morfológicamente a Histoplasmosis. Histocompatibilidad PCR positiva para Histoplasma capsulatum, llegando al diagnóstico de Histoplasmosis diseminada en paciente trasplantado renal. Se inicia tratamiento con anfotericina B liposomal; paciente con buena evolución clínica tras inicio de terapia antifúngica, posteriormente a las 72 horas se indica alta hospitalaria con indicación de continuar con itraconazol vía oral 200 mg/12 horas durante 6 meses. OBSERVACIONES Si bien la incidencia de infecciones fúngicas en los trasplantados renales es menos frecuente que la reportada para otros trasplantes, la mortalidad es elevada. La histoplasmosis sistémica es una condición rara y grave que debe ser considerada como una complicación en pacientes inmunodeprimidos que residen en áreas endémicas.

**CC- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA**

**Código: 1559**

**"ESTUDIO EN ESCARLATA", UNA PROCTORRAGIA PECULIAR. PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR SOLITARIO EN LOCALIZACIÓN ANORRECTAL**

*Sofía Domeniconi; Francisco Tufare; Leonardo Garavento; María Alicia Scarponi; Pablo Hernan Cura; Ianina Capaldi; Ivanna María Salome Candeli; Rocio Yanet Lema.*

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GENERAL SAN MARTIN" DE LA PLATA - BUENOS AIRES - ARGENTINA

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon

INTRODUCCIÓN Los plasmocitomas solitarios extramedulares (PSE) o de tejidos blandos son tumores de células plasmáticas monoclonales. Comprenden <5% de las discrasias de células plasmáticas. En el 90% de los casos se localizan en la cabeza y en el cuello, el anorrecto es un sitio infrecuente [1]. OBJETIVO El siguiente caso relata el estudio de una proctorragia recurrente, con lesión a nivel del canal anal, en una paciente previamente sana. En la literatura, se ha descrito la dificultad que conlleva el diagnóstico, ya que puede confundirse con patologías como proctitis infecciosas, enfermedad inflamatoria intestinal e incluso otras neoplasias [1,2]. PACIENTES Y MÉTODOS Paciente femenina, de 19 años, sin antecedentes de relevancia que consultó por proctalgia y proctorragia de 3 meses de evolución. Laboratorio: anemia ferropénica. En la videocolonoscopia se evidenció, proximal al canal anal, lesión sésil, mamelonada, digitiforme, de 4 cm, friable; se tomaron biopsias e hisopado para chlamydia trachomatis. Serologías para HIV, Virus Varicela Zóster, Virus Herpes Simplex 1 y 2 fueron negativas para infección aguda que justificase una proctitis. Biopsias histológicas: formación polipoide de 13mm, unión escamocolumnar rectal con marcado proceso inflamatorio crónico activo, sin signos de atipia. La evaluación ginecológica descartó lesiones genitales y anales por HPV. Se reevalúa endoscópicamente observando, disminución del tamaño de lesión digitiforme y cicatriz de biopsia previa. Se toma macrobiopsia. Se indica tratamiento con supositorios de hidrocortisona rectal y analgésicos vía oral. Nuevas biopsias histológicas: epitelio pavimentoso con ligera exocitosis leucocitaria y cambios celulares reactivos. A nivel del estroma se observa proliferación difusa, en contacto con margen de sección, constituido por células plasmáticas de aspecto maduro, presencia de cuerpos apoptóticos y aisladas mitosis. Técnicas de inmunohistoquímica compatibles con neoplasia de células plasmáticas con restricción para cadenas livianas lambda. RESULTADOS: La paciente tuvo una respuesta parcial a la terapéutica local con supositorios de hidrocortisona. Los valores de hemoglobina se reestablecieron a parámetros normales. CONCLUSIONES El PSE con presentación a nivel rectal es poco frecuente, observándose en un limitado grupo de pacientes donde la sospecha diagnóstica es importante para su abordaje, con aislados reportes en la literatura [1,2,3,4]. Consideramos al caso de interés debido a lo poco frecuente en su forma de presentación y grupo etario de la paciente. Para culminar, el enfoque multidisciplinario en conjunto con el servicio de patología y hematología fueron fundamentales para el correcto diagnóstico, tratamiento y mejoría en el pronóstico de la paciente. OBSERVACIONES La proctorragia es un motivo de consulta frecuente, poder explorar de manera adecuada un PSE cambiará el enfoque y pronóstico del paciente.

**CC- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA****Código: 1549****PRESENTACION INFRECUENTE DE ADENOMAS SERRATOS SESILES DURANTE COLONOSCOPIAS, UNA SERIE DE CASOS DE PÓLIPOS DE ASPECTO SACULAR***Daniel Cimmino; Federico Bentolila; Cristian Ahumada; Carlos Peczan; Sandra Lencinas; Nicolás Rotholz; Silvia Pedreira; Marcelo Amante; Lisandro Pereira; Maximiliano Bun.*

Hospital Alemán - CABA - Argentina

*Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon*

Introducción: Con frecuencia, los adenomas serratos sésiles (ASS) se presentan como un pólipo plano o ligeramente elevado (París 0-Ib o 0-IIa respectivamente) con un patrón mucoso de Kudo tipo II-O, y se encuentran principalmente en el colon derecho. Sin embargo, en los siguientes casos, los ASS se diagnosticaron al encontrarse en el colon lesiones con aspecto elevado y de forma sacular, como un divertículo evertido, requiriendo por esta razón, una resección endoscópica diferente. Objetivos: Informar una serie de casos de presentación de ASS poco frecuente durante las colonoscopias. Materiales y métodos: Se revisaron los registros médicos y los informes endoscópicos de pacientes en la Unidad de Endoscopia del Hospital Alemán en el período 2006-2018, con énfasis en los casos de ASS presentados como lesiones con apariencia de saco. Se revisaron las características endoscópicas, técnicas de resección y resultados histopatológicos. Resultados: Caso 1: Una mujer de 61 años de edad presentó durante una colonoscopia de pesquisa una lesión sésil de 2 cm en el sigmoide, con una apariencia sacular y un patrón mucoso de Kudo tipo IV. Una biopsia con fórceps reveló una histología compatible con ASS. Debido a las características del pólipo, se realizó una resección con un FTRD (Ovesco: full thickness resection device). Los resultados histopatológicos finales revelaron un adenocarcinoma moderadamente diferenciado, Kikuchi SM2, dentro de un ASS que rodeaba el tejido del carcinoma. Caso 2: Una mujer de 42 años de edad presentó en la unión rectosigmoidea una lesión sésil de 1 cm, también con una apariencia sacular, con un patrón de mucoso de Kudo de tipo IV. Una biopsia de fórceps encontró un ASS con DBG (displasia de bajo grado). Se eligió una resección con un FTRD debido al riesgo de divertículo como diagnóstico diferencial. La histopatología evidenció una ASS con LGD. Caso 3: Varón de 76 años de edad presentó un pólipo sésil de 2 cm. El examen con fórceps reveló una estructura hueca; se intentó una mucosectomía para lograr la extracción del tejido polipoideo pero con un pequeño defecto de la pared del colon de 3 mm. Por lo tanto, se implementó el cierre con clips. El paciente permaneció en observación hospitalaria sin más complicaciones hasta el alta médica. La anatomía patológica reveló un ASS con DAG (displasia de alto grado). Conclusiones: los casos previos revelaron una presentación infrecuente de los ASS, con diferente morfología y posterior abordaje endoscópico. Estos hallazgos podrían evidenciar un comportamiento particular de los ASS, debiendo considerarse implementar una resección endoscópica con el fin de minimizar el riesgo de perforación y lograr la extracción completa del tejido.

**CC- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA****Código: 1451****SINDROME DE WILKIE: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE OBSTRUCCION INTESITAL ALTA***Rafael Villadiego; Florencia Marceno; Antonella Congedo; Juan Viscardi; Lorenzo Padin; Carlos Brodersen.*

Hospital Durand - CABA - Argentina

*Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.4.Intestino Delgado*

INTRODUCCIÓN: el síndrome de la arteria mesentérica superior o Síndrome de Wilkie es la obstrucción de la tercera porción duodenal debido al estrechamiento del espacio entre la arteria mesentérica superior (AMS) y la aorta. Habitualmente este ángulo mide entre 38° y 65°, aunque en estos casos puede reducirse hasta 6° con una distancia aortomesentérica de hasta de 2 mm. OBSERVACIONES: presentación de una causa poco frecuente de obstrucción intestinal proximal. MATERIALES Y MÉTODOS: paciente masculino de 47 años ingresa a la guardia con cuadro clínico de obstrucción intestinal alta. RESULTADOS: se realiza laparotomía exploradora, en la se presenta como único hallazgo un estomago dilatado. A continuación se realiza VEDA en la que se observa un abombamiento de la pared del bulbo duodenal, que comprime la luz determinando una disminución del calibre y dilatación luminal en sentido proximal. Se realiza angioTC de abdomen que muestra dilatación de cámara gástrica hasta 2da porción duodenal con colapso de la luz de 3era y 4ta porción, con adecuada progresión del contraste oral hasta asas distales del ID, con ángulo aortomesentérico de 24,1° y una distancia aortomesentérica de 7.04mm. Se realiza yeyunostomía, con resolución de la sintomatología. Se otorga alta hospitalaria a los 5 días. CONCLUSIONES: el síndrome de la AMS es un diagnóstico de exclusión. Generalmente se presenta clínicamente como una obstrucción intestinal proximal. Imagenologicamente se observa en angioTC y angioRM como un ángulo aortomesentérico  $\leq 25^\circ$  y una distancia aortomesentérica  $\leq 8$ mm. El tratamiento inicial consiste en brindar sostén nutricional. El tratamiento definitivo es quirúrgico. OBSERVACIONES: se presenta el caso de una obstrucción intestinal de causa poco frecuente.

**CC- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA****Código: 1294****MUCOCELE APENDICULAR***Mauro Iluch; Ana Belen Diaz; Marcelo Vasia.*

Hospital Lucio Molad - La Pampa - ARG

*Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.5.Endocápsula*

HDB SECUNDARIA A MUCOCELE APENDICULAR GASTROENTEROLOGIA LA PAMPA/ARGENTINA. INTRODUCCION: Se presenta un caso de hemorragia digestiva baja. Su evaluación diagnostica, tratamiento y revisión bibliográfica determino mucocèle apendicular. HISTORIA CLINICA: Mujer de 63 años de edad con astenia, adinamia, melena y hematoquezia de 10 días de evolución. Niega antecedentes personales. Hemodinamicamente estable. Hto24%. Resto s/p VEDA: sin hallazgos patológicos. VCC: hasta ciego. Con sangre roja rutilante a predominio de ciego. Gama.camara con glóbulos rojos marcados: imagen hiperactiva de probable origen cecal. Endocapsula: lesión elevada a nivel cecal con umbilicación central. Paciente inestable. Conducta quirúrgica. Hemicolecotomía derecha y anastomosis iliotransversa termino-terminal. AP: mucocèle apendicular. El mucocèle apendicular, inicialmente descrito por Rokitsky en 1842, es una patología poco frecuente del apéndice caracterizada por una dilatación quística de su luz con acúmulo de material mucinoso. Tiene una prevalencia de 0,2-0,4% de las apendicetomías (1), siendo el cistoadenoma mucinoso el más frecuente (50%). Las complicaciones son raras e incluyen obstrucción intestinal o hemorragia digestiva, siendo la peor el pseudomixoma peritoneal, que ocurre cuando hay diseminación peritoneal de material mucinoso. CONCLUSIONES: Las nuevas tecnologías como la capsula nos permitieron llegar a un dx, logrando su localización y su posterior resolución quirúrgica.

**CC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA****Código: 1629****EARLY BURIED BUMPER SYNDROME (EBBS)***Andrés Rodolfo Lucia; Esteban Promenzio; Raúl Matano; Victoria García Mercader.*

Hospital de Alta Complejidad El Cruce SAMIC "Dr. Néstor Carlos Kirchner" - Soltero/a - Argentina

*Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.1.Esófago, Estómago y Duodeno*

INTRODUCCION: El síndrome de enterramiento del tope interno es una grave complicación de la gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) que presenta una prevalencia entre el 0,3 y el 2,4%. El disco de fijación interna migra a través de la pared gástrica o fuera de ella. MATERIALES Y METODOS: paciente varón con cáncer epidermoide de esófago, que recibe tratamiento quimioterápico, e intercorre con estenosis actínica. RESULTADOS: Se realiza video endoscopia alta (VEDA) donde se observa lesión elevada ulcerada de 16 a 19 cm de la arcada dentaria superior que ocupa un tercio de la circunferencia y es franqueable. Se toman biopsias. Se coloca sonda de alimentación enteral. La histopatología diagnostica cáncer epidermoide de esófago. Al mes se realiza una nueva VEDA, con estenosis infranqueable a 16 cm de la arcada dentaria superior de aspecto actínico. Se realiza dilatación con Savary 7-9 y 11 mm y se decide realización de gastrostomía endoscópica percutánea (GEP). Consulta a las 3 semanas luego de la GEP por imposibilidad de utilizar la misma. Se constata falta de rotación, de introducción y permeabilidad de la sonda de GEP y pérdida perigastrostomía. Se programa VEDA. En esta última se observa eritema y fibrosis en cavidad gástrica, no observándose el botón de la GEP. Se decide utilizar un balón, el cual se insufla por dentro de sonda de gastrostomía, y con una leve tracción se logra reintroducir a la cámara gástrica sin complicaciones. CONCLUSIÓN: El EBBS es poco frecuente. Presenta varias alternativas de tratamiento como una de las que se describe en este paciente. La tríada diagnóstica consta de extravasación de líquido perigastrostomía, falta de movilidad (rotación o inserción), ausencia de permeabilidad (aspiración o instilación). Siendo el principal factor de riesgo la excesiva compresión tisular entre el tope interno y externo.

**CC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA****Código: 1546****INCIDENCIA DE FISTULA GASTROCOLOCUTANEA POR GASTROSTOMIA CON TÉCNICA PEG-PULL***Fabiana Franco Alanis; Gerardo Vitcopp; Sebastián Barassi; Raúl Garces.*

Hospital Carlos Bonorino Udaondo -Centro medicus Azcuena - Buenos Aires - Argentina

*Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.1.Esófago, Estómago y Duodeno*

Introducción:La gastrostomía es un procedimiento que consiste en la colocación de una sonda o tubo en el estómago a través de la pared abdominal. Se indica en aquellos pacientes con alguna alteración en el mecanismo de la deglución y que requieren alimentación por tiempo prolongado.Existen diferentes técnicas:Quirúrgicas,Laparoscópicas Percutánea y percutánea-Endoscópicas.Esta última es de elección dado que es un procedimiento rápido, de bajo costo y de menor complicación.La fistula gastrocolocutanea es una infrecuente complicación a largo plazo. Objetivos:Realizar una revisión de nuestra experiencia y compararla con la bibliografía. Identificar factores de riesgos, signos clínicos presentes que potencien la aparición y su manejo.Materiales: Se tuvieron en cuenta las gastrostomias endoscópicas

percutáneas realizadas entre enero 2013 a abril 2019 en un hospital público y en dos centros Médicos privados de referencia llevada a cabo por los mismos operadores. Métodos: Observacional, Retrospectivo, Transversal. Resultados: En dicho período se realizaron 100 Gastrostomías Endoscópicas Percutáneas con técnica PEG/PULL. El 53% fue femenino y el 47% masculino con una edad promedio de 74,53 años. La indicación más frecuente fue la Disglusia Neurológica con el 52%, trastorno neurológico 2%. Con Esclerosis Lateral Amiotrófica 9%, negativismo a la ingesta 6%, Neoplasia 4% y 3% otros. Las complicaciones tempranas como infección de piel, dolor, filtrado perisonda y dermatitis local se observaron en el 11%. El 3% de los pacientes presentaron complicaciones tardías, 2% Fístula Gastrocolocutánea y 1% Absceso de pared. Discusión: Se describen algunas teorías sobre su patógena tales como: Anatómicas, Fisiopatológicas, Técnicas y Factor Humano. Clínicamente la fístula gastrocolocutánea puede presentarse de forma aguda o crónica. Las técnicas diagnósticas de elección consisten en pruebas radiológicas contrastadas a través de inyección de contraste; Estudios Tomográficos y estudios endoscópicos. En cuanto al tratamiento se puede retirar o clampar la sonda produciéndose el cierre espontáneo del trayecto fistuloso hacia piel. La cirugía solamente sería necesaria en casos de evidencia de peritonitis o abscesos. La tasa de complicaciones descritas oscila entre el 8-30 % mayormente para Causas menores y en complicaciones mayores entre el 1-4 %. Conclusión: La gastrostomía endoscópica percutánea es una técnica muy segura con baja tasa de complicaciones. Es indispensable seleccionar los pacientes que se beneficiarían. Una cuidadosa ejecución minimiza la presentación de los eventos adversos, el iceberg es la trasiluminación. El manejo conservador de esta complicación disminuye la morbimortalidad. Observación: Dada la poca frecuencia y el difícil diagnóstico planteamos la necesidad de conocer esta entidad, establecer un alto índice de sospecha, seleccionar los métodos diagnósticos, realizar un tratamiento conservador garantizando un aporte nutricional que cubra los requerimientos diarios.

**CC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA**

**Código: 1403**  
**“RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA DE UN DIVERTÍCULO DE ZENKER CON EVALUACIÓN INCOMPLETA”**

Ana Clara Fuentes; Analía Barba; María de los Ángeles Daca Alvarez; Javier Vjoditz; Rafael Escobar Fernández.

Sanatorio Dr. Julio Mendez - CABA - Argentina

Área Temática: 13. Endoscopia Terapéutica 13.1. Esófago, Estómago y Duodeno

Introducción: El divertículo de Zenker (DZ) es una evaginación posterior de la mucosa y submucosa a través de un área de debilidad parietal de la unión faringoesofágica. La disfagia y regurgitación alimentaria es la forma de presentación habitual. La evaluación inicial radiológica debe completarse endoscópicamente y el tratamiento en los casos sintomáticos, es quirúrgico o endoscópico, dependiendo de la experiencia del centro, el cuadro clínico y el tamaño diverticular. Objetivo: Presentar resolución endoscópica de un divertículo de Zenker con evaluación incompleta. Caso clínico: Masculino de 73 años, con antecedentes de enfermedad de Chagas. En 2005 consulta por disfagia esofágica intermitente a sólidos-líquidos y diagnosticándose por imágenes divertículo de Zenker, sin seguimiento médico posterior. En 2018 consulta nuevamente por afagia, pérdida de peso y deterioro del estado general. La seriada esofagogastroduodenal evidenció el divertículo de Zenker de 3cm (Clasificación de Lahey IIB) y esófago conservado. La Videoendoscopia digestiva alta evidenció en tercio superior luz paraesofágica correspondiente a divertículo y rigidez del tabique con estrechez de la luz esofágica que impide la progresión del endoscopio. Se colocó sonda tipo K108 bajo visión endoscópica e inició alimentación enteral. A pesar de la evaluación parcial del tracto digestivo superior se indicó la diverticulotomía endoscópica por el importante al deterioro clínico del paciente. La misma se realizó con CAP y Needle knife, logrando apertura de la luz esofágica con buen pasaje del endoscopio. Se colocaron profilácticamente dos clips hemostáticos en el tabique remanente. Posterior al procedimiento el paciente evolucionó con buena tolerancia a la dieta líquida a las 6hs, externándose a las 24hs con dieta general. Discusión: El tratamiento del DZ con endoscopio flexible es superior a las alternativas quirúrgicas por la menor tasa de complicaciones y tiempo quirúrgico e inicio temprano de la vía oral. En la diverticulotomía endoscópica es necesario una correcta exposición del septum y protección de la pared libre para disminuir la tasa de perforaciones, utilizando SNG o CAP. Utilizar clips metálicos disminuye el riesgo de perforación no percibida, sin datos concluyentes al respecto. Evita la hemorragia post-procedimiento y la cicatrización por segunda serían beneficios adicionales de el uso de clips. Conclusión: La evaluación incompleta o parcial del tracto digestivo superior en presencia de un DZ sintomático con compromiso del estado general no contraindica la posibilidad de resolución por vía endoscópica del mismo. Los beneficios en términos de rapidez en la recuperación de la función deglutoria, la corta estadía hospitalaria y la disminución de las tasas de morbimortalidad relacionadas son factores a tener en cuenta ante la elección de la técnica a emplear.

**CC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA**

**Código: 1692**  
**TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO CON BANDAS ELÁSTICAS EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA**

María Ughelli; Modesto Avalos; Jesús Ortiz.

Hospital de Clínicas - departamento central - Paraguay

Área Temática: 13. Endoscopia Terapéutica 13.1. Esófago, Estómago y Duodeno

INTRODUCCION: La Terapia Endoscópica en el sangrado digestivo alta está dada por los siguientes Métodos: Inyección (adrenalina, Esclerosantes como el polidocanol, etanolamina, alcohol absoluto, así como polímeros como el cianoacrilato. Método térmico (Electrocoagulación monopolar, Electrocoagulación Bipolar o multipolar, Coagulación por plasma de argón. Método mecánico: Clips Metálicos, Endoloop, Ligadura elástica. OBJETIVOS: Demostrar que la ligadura con Bandas Elásticas es una opción válida a la hora de seleccionar un método terapéutico endoscópico seguro y fácil, en sangrado digestivo Alto NO Variceal. CASO 1: Masculino, 30 años. Hematemesis de 24hs de evolución. Hemodinamia estable. Hb/Hto: 4/17%. EDA (Endoscopia Digestiva Alta): Esofagitis por reflujo Grado II (SAVARY-MILLER) Laceración profunda lineal, con sangrado activo tipo MALLORY WEISS. Se realiza hemostasia con adrenalina diluida 1:20.000, se inyecta 14cc + ligadura, cediendo el sangrado. Buena evolución. En endoscopia de control. CASO 2: Masculino - 82 años. Melenas y hematoquezia, de 48hs de evolución. Hemodinamia estable. Hb/Hto: 6/25%. EDA: En 3era porción duodenal: gran DIVERTÍCULO con un coágulo grande en su interior. Se procede a movilizar el coágulo, se observa una lesión de DIELAFOY con sangrado activo en JET. Se realiza hemostasia exitosa con bandas elásticas. Buena evolución CASO 3: Masculino - 78 años. Melenas de 1 semana. Hemodinamia estable. Hb/Hto: 5/24%. EDA: Estomago: restos hemáticos, en cara posterior, cuerpo medio, se aprecia una LESIÓN ULCERADA AGUDA de aprox. 8-10 mm de tamaño - activa de bordes netos, con sangrado activo en JET (FORREST IA), se inyecta 8cc de adrenalina diluida 1:20.000 combinado con ligadura con banda elástica, deteniendo el sangrado. Buena evolución. METODOS. RESULTADOS. CONCLUSIONES: Serie de Casos. En los diferentes casos presentados, ante la falta de disponibilidad de otros métodos, una elección válida terapéutica fue la ligadura con Bandas elásticas. Ha sido utilizada con seguridad en el tratamiento de las lesiones de Dieulafoy, Angiodisplasia, Ulceras pépticas, Sx Mallory Weis. En lesiones del intestino delgado y del colon pueden usarse ligadura con bandas elásticas, pero existe riesgo de perforación. En el sangrado por úlcera péptica se puede optar por la ligadura elástica siempre que la lesión sea aguda. La terapia combinada es mejor que inyección de adrenalina sola. Pero sin ventaja sobre la monoterapia térmica o mecánica. OBSERVACIONES: Es una serie de casos que constituye un escenario interesante, donde se podría utilizar sin miedo alguno la técnica de ligadura con bandas elásticas, una técnica sencilla y con buenos resultados ante la falta de disponibilidad de otros dispositivos. Este trabajo fue realizado libre de conflictos de interés.

**CC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA**

**Código: 1424**  
**COLANGIOHIDATIDOSIS: DRENAJE ENDOSCÓPICO DE UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DEL QUISTE HIDIATÍDICO HEPÁTICO**

Lucía Luna Tirado; Humberto Luna Tirado; Pedro Belloni; Rodrigo Belloni; Claudio Perez Irigoyen.

Hospital Español de La Plata - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 13. Endoscopia Terapéutica 13.2. Hígado, Vías Biliares y Páncreas

INTRODUCCIÓN La hidatidosis es una zoonosis de gran morbilidad y mortalidad en América Latina. La localización hepática del quiste es la más frecuente. Durante su crecimiento expansivo es probable que se produzcan comunicaciones con el árbol biliar, una complicación de relativa frecuencia que suele pasar inadvertida. La colangiohidatidosis es una situación clínica diferente producida ante la fistulización de la cavidad quística a la vía biliar con volcado de vesículas hijas o membranas germinativas. Esta circunstancia es infrecuente y produce colestasis extrahepática. Existen pocos casos publicados en la literatura sobre su manejo endoscópico. OBJETIVO Reportar un caso de colangiohidatidosis de resolución endoscópica MATERIALES Paciente de 54 años de Perú que consultó por dolor abdominal, náuseas y vómitos de una semana de evolución. Al examen físico presentaba ictericia, dolor en epigastrio donde se palpaba formación duro pétreo que se extendía hacia hipocondrio derecho. En el laboratorio presentaba patrón de colestasis con FAL 346 U/I TGO 190 U/I TGP 470 U/I bilirrubina total 4.58 mg% bilirrubina directa 3.09 mg% bilirrubina indirecta 1.49 mg%. Se realizó TAC donde se constató que el lóbulo hepático izquierdo se encontraba reemplazado por dos imágenes macroquísticas tabicadas con calcificaciones que promediaban los 11 cm de diámetro. La ecografía mostró vesícula biliar con múltiples imágenes litíicas de 8 a 13 mm y vía biliar extra hepática de 12 mm. Se realizó colangiograma que no evidenció imágenes endoluminales en colédoco. Se solicitó ELISA para hidatidosis con resultado positivo. A pesar de falta de evidencia imagenológica de ocupación de vía biliar se decidió realizar CPRE dado el contexto clínico-bioquímico y la sospecha de fistulización del quiste. Se canuló y contrastó colédoco observándose múltiples imágenes en su interior. Se realizó esfinterotomía amplia y se extrajeron con balón membranas y vesículas hijas de quiste hidatídico. Se inició antibioterapia y albendazol. La paciente evolucionó favorablemente, mejoró el patrón de colestasis y la ictericia. Se programó hepatectomía parcial. MÉTODOS, RESULTADOS Y CONCLUSIONES Se reportó un caso de colangiohidatidosis en una paciente con hidatidosis hepática que presentaba métodos complementarios típicos pero que no permitían corroborar fehacientemente la comunicación del quiste con la vía biliar. Se realizó CPRE que permitió confirmar el diagnóstico, resolver la obstrucción biliar, prevenir colangitis y pancreatitis y disminuir las complicaciones posquirúrgicas facilitando el drenaje por esfinterotomía. OBSERVACIONES Se envía este caso a fin de evidenciar el manejo endoscópico de una complicación infrecuente en el contexto de una zoonosis frecuente.

**CC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA****Código: 1430****MANEJO ENDOSCÓPICO DE LESIÓN TRAUMÁTICA DE PÁNCREAS***Ivana Azcurra; Natalia Poles; Claudio Guerrina; Ariel Gamba; Encinas Nahuel; Barbieri Pablo; Paganelli Romina; Buseghin Valentino; Yair Atum.*

HECA - Santa Fe - Argentina

*Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas*

**INTRODUCCIÓN:** Las lesiones pancreáticas, representan el 4% de las lesiones abdominales. Tienen alta tasa de morbimortalidad relacionada a la lesión del conducto de Wirsung. Es fundamental su reconocimiento y tratamiento precoz. Los traumatismos pancreáticos pueden ser penetrantes (los más frecuentes) o cerrados. El diagnóstico se realiza mediante tomografía axial computarizada (TC). La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es fundamental para la evaluación de la integridad del conducto de Wirsung y también es útil en su tratamiento, siendo el método de elección en caso de fistulas pancreáticas. **PACIENTE:** Varón de 25 años que ingresa a unidad de cuidados intensivos por herida de arma de fuego abdominal, con lesión piloroduodenal, hepática, pancreática, de vena cava inferior y pedículo renal derecho. Se realizaron múltiples intervenciones quirúrgicas abdominales. Requiere inotrópicos y asistencia respiratoria mecánica las primeras 72 horas. Presento complicaciones infecciosas respiratorias y de cavidad abdominal y falla renal con requerimiento de hemodiálisis. Cursó 33 días de internación en unidad de cuidados intensivos, con posterior pase a sala y alta hospitalaria por favorable evolución. **Análisis:** Hto 23.2 Hb 7.3 Gb 22400 Plaquetas 118000 Glicemia 94 mg/dl Uremia 28 mg/dl Creatinemia 1 mg/dl Bilirrubinemia 3 mg/dl TGO 723 U/l TGP 703 U/l FA 406 U/l GGT 24 U/l Amilaseamia 94 TP 14 KPTT 32 TC abdomen y pelvis (posterior a primera intervención quirúrgica): hígado áreas hipodensas adyacentes a ligamentos falciformes, que podrían estar en relación a laceraciones/ contusiones hepáticas, páncreas área hipodensa lineal, en la unión de la cabeza con el cuerpo, asociada a dilatación del conducto de Wirsung, riñón derecho no se visualiza, drenajes quirúrgicos, líquido libre perihepático, interasas y en todos los recessos pélvicos. **CPRE:** Ampolla normal. Se realiza papilotomía. Wirsung se canula con guía hidrofílica de 0.035 mm y esfinterotomía de forma selectiva observando fuga de contraste en tercio medio del conducto. Se logra posicionar correctamente en la trayectoria del conducto y se coloca prótesis de 7 Fr x 7 cm a través de la guía en forma correcta. Se observa salida de material compatible con secreción pancreática. **CONCLUSIÓN:** Si bien la fistula pancreática traumática es infrecuente, el médico endoscopista debe estar familiarizado con la misma ya que la CPRE es el tratamiento de elección y disminuye el alto índice de morbimortalidad que esta patología representa.

**CC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA****Código: 1477****HALLAZGOS COLANGIOSCÓPICOS EN COLANGIOPATIA POR IGG4***Augusto Villaverde; Manuel Mahler; Dante Manazzoni; Juan Pizzala; Victor Abecia; Mariano Marcolongo.*

Hospital Italiano de Buenos Aires - Buenos Aires - Argentina

*Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas*

a) **Introducción:** La colangiopatía por IGG 4 es una entidad poco frecuente que se presenta como manifestación de una enfermedad sistémica inmunomediada llamada enfermedad relacionada con IGG4. b) **Objetivo:** Describir hallazgos colangioscópicos en 2 pacientes con colangiopatía por IGG4 con presentación clínica y hallazgos imagenológicos disímiles. c) **Materiales (o Pacientes):** Se presentan dos casos clínicos con sus respectivos procedimientos en video: Caso 1: Paciente hombre de 75 años de edad con antecedentes conocidos de pancreatitis autoinmune tipo 1, consulta por síndrome coledociano, se realiza colangiorresonancia en la que se observa estenosis a nivel de colédoco proximal, se inicia tratamiento con corticoides que mejora parcialmente el cuadro, por presentar prurito intratable se realiza CPRE, durante la misma se confirma la estenosis, se realiza cepillado que no arroja resultados y se coloca prótesis plástica. Posteriormente se realiza colangioscopia directa peroral en la que se observa mucosa con compromiso difuso caracterizado por palidez con áreas dispersas de eritema, se observa resolución completa de la estenosis visualizada en imágenes. Se toman biopsias escalonadas en las que se confirma el diagnóstico. Caso 2: Paciente hombre de 69 años que consulta por dolor abdominal, pérdida de 10 kilos de peso y alteración mixta del hepatograma. Se realiza colangiorresonancia en la que se observa páncreas con alteración difusa de la señal parenquimatosa de significado inespecífico y engrosamiento mural del colédoco. Se realiza ecoendoscopia con punción pancreática que no arroja resultados por lo que se realiza colangioscopia directa peroral en la que se observan los mismos hallazgos en el caso 1. Se toman biopsias escalonadas en las que se observa infiltrado linfoplasmocitario. d) **Conclusiones:** La colangios-

copia directa peroral es un complemento en el diagnóstico de la colangiopatía por IGG4 que puede ser tenido en cuenta cuando otros métodos de menor invasividad no logran confirmar el diagnóstico o cuando la magnitud de los síntomas de colestasis hacen necesario el drenaje biliar. En nuestra experiencia con estos dos casos, el aspecto difuso de las lesiones observadas, presentaron un gran valor al descartar otros diagnósticos probables, fundamentalmente colangiocarcinoma. e) **Observaciones:** En el caso número 2 no se ha logrado diagnóstico histológico por otros métodos hasta la fecha, sin embargo el contexto clínico orienta fuertemente al diagnóstico de ésta entidad, cumpliendo todos los criterios HISORT a excepción del criterio histopatológico.

**CC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA****Código: 1515****TRATAMIENTO DE FISTULA ESPONTANEA QUISTEDUODENAL POR WALL OF NECROSIS***Eliana Cilla; Hernan Cordero; Victoria Chiacchio; David Zagalsky; Mariel Iriarte; Noel Aldabe.*

HOSPITAL MILITAR CENTRAL - BUENOS AIRES - ARGENTINA

*Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas*

**INTRODUCCIÓN:** EN LA PANCREATITIS AGUDA LAS COMPLICACIONES LOCALES SON TEMPRANAS O TARDÍAS. LAS TEMPRANAS: COLECCIONES LÍQUIDAS AGUDAS O COLECCIÓN NECRÓTICA AGUDA. LAS TARDÍAS: FORMACIÓN DE PSEUDOQUISTES PANCREÁTICOS Y LA NECROSIS PANCREÁTICA ORGANIZADA. SE PUEDE ACCEDER A LA NECROSIS PANCREÁTICA CON EL ENDOSCOPIO, ABRIENDO UN TRACTO AMPLIO A TRAVÉS DEL ESTÓMAGO Y REMOVIENDO LA NECROSIS. **OBJETIVOS:** DEMOSTRAR EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA NECROSIS PANCREÁTICA. **MATERIAL Y METODOS:** PACIENTE FEMENINA DE 60 AÑOS, CONSULTA: DOLOR ABDOMINAL + TUMORACIÓN PALPABLE EN EPIGASTRIO (IRRADIA A DORSO) + FIEBRE, Y NAUSEAS. **SCAN DINAMICO DE PÁNCREAS:** VOLUMINOSA FORMACIÓN QUISTICA, HETEROGENEA, EN REGION CEFALICA-CORPORO Y CAUDAL (10X7X11 CM). DESPLAZA ANTRO-PILORO Y 1a PORCIÓN DE DUODENO. WIRSUNG NO DILATADO. **RMN DE ABDOMEN:** FORMACIÓN QUISTICA CON EFECTO DE MASA SOBRE LA PORCIÓN INTRAPANCREÁTICA DEL COLEDOCO (15MM). SE DECIDIO DRENAJE DE PSEUQUISTE CON COLOCACIÓN DE STENT ENDOSCÓPICO: PERO AL INGRESAR CON EL ENDOSCOPIO SE EVIDENCIA FISTULA ESPONTÁNEA QUISTO DUODENAL A NIVEL DE LA RODILLA, POR LO QUE SE DECIDE TUTORIZAR LA MISMA CON UN STENT AUTOEXPANDIBLE. A LOS 10 DIAS SE REALIZA EXTRACCIÓN DE STENT+ NECROSECTOMÍA ENDOSCÓPICA. SE REALIZA PROCEDIMIENTO EN VARIOS TIEMPOS ENDOSCÓPICOS. LA PACIENTE EVOLUCIONA FAVORABLEMENTE Y NO CONCURRE A CONTROL. **DISCUSIÓN:** EL AVANCE DE LA ENDOSCOPIA INTERVENCIONISTA NOS HA PERMITIDO ACCEDER AL PÁNCREAS Y TRATAR ESTAS COMPLICACIONES EFECTIVAMENTE Y CON MENOR MORBILIDAD. DESPUÉS DE UN EPISODIO DE PANCREATITIS NECROTIZANTE, EL TEJIDO NECRÓTICO PUEDE QUEDARSE ENCAPSULADO. SE PUEDE REALIZAR UNA NECROSECTOMÍA ABIERTA, ESTE ES UN PROCEDIMIENTO INVASIVO CON UNA ALTA TASA DE COMPLICACIONES (34-95%). EN GENERAL LA NECROSECTOMÍA ENDOSCÓPICA ES UN PROCEDIMIENTO SEGURO Y EFECTIVO, SIEMPRE Y CUANDO SEA REALIZADO POR UN ENDOSCOPISTA ENTRENADO Y FAMILIARIZADO CON EL PROCEDIMIENTO Y LA PATOLOGÍA.

**CC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA****Código: 1659****BIOPSIA HEPÁTICA Y PANCREÁTICA EN EL MISMO PROCEDIMIENTO ECOENDOSCÓPICO. REPORTE DE UN CASO***Augusto Villaverde; Ines Oría; Juan Pizzala; Dalila Urgiles; Analia Pasqua; Eduardo Mullen; Victor Abecia; Mariano Marcolongo.*

Hospital Italiano de Buenos Aires - BUENOS AIRES - Argentina

*Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas*

La biopsia hepática bajo Ecoendoscopia (EUS) ha surgido en los últimos años como una alternativa al abordaje percutáneo y transyugular, y ha demostrado ser una técnica efectiva y segura. Presentamos un caso clínico en el cual por medio de la EUS logramos obtener un diagnóstico definitivo, mediante biopsia hepática y pancreática, en un solo procedimiento. No hay reportes en nuestro medio de biopsia hepática guiada por EUS Paciente de 51 años sin antecedentes de importancia ingresa por síndrome coledociano. Refiere pérdida de 7kg en los últimos tres meses y diarrea crónica. Laboratorio: BT9mg/dl BD5.3mg/dl GOT682U/L GPT96U/L FAL132U/L . Resto de parámetros normales. CEA1.6ng/mL, C.A. 19.9 49,U/mL ALFAPROTEINA 98ng/mL. Colangiorresonancia: Múltiples lesiones hipervasculares en ambos

## ENDOSCOPIA

lóbulo hepáticos con dilatación de vía biliar que impresionaban corresponder a localizaciones secundarias. Formación nodular en cola pancreática que podría corresponder a un primitivo (Tumor neuroendócrino (TNE) atípico), aunque no presentaba restricción en DWI y tenía diferente patrón de realce en relación a las lesiones hepáticas. Se realizó drenaje percutáneo de la vía biliar y biopsia hepática percutánea: células con núcleos irregulares que esbozan estructuras glandulares. Citoqueratina 7positivo, compatible con Adenocarcinoma bien diferenciado. A pedido médico se realizaron técnicas de Inmunohistoquímica para Cromogranina (Cro) y Sinaptofisina (Sin): Ambas positivas en células atípicas con disposición glandular. Ante la discrepancia entre el diagnóstico histológico con el cuadro clínico e imagenológico pancreático, y la importancia de obtener un diagnóstico específico para establecer una conducta terapéutica apropiada, se decidió realizar nueva biopsia hepática y pancreática en un mismo procedimiento bajo EUS: Se observó en cola pancreática lesión hipoecóica de bordes bien definidos de 30mm de diam., vascularizada (Doppler+). Elastografía cuantitativa: strain ratio 80 compatible con tumor neuroendócrino. Se realiza punción aspiración con aguja de histología 20G, (FNB) obteniendo material evaluado por patólogo en la sala, que se envía a anatomía patológica para análisis histológico. Desde bulbo duodenal se observa lóbulo hepático izquierdo que presenta gran lesión que excede los límites de la pantalla, heterogénea, muy vascularizada. Se realiza FNB. Anatomía patológica: Hígado: presencia de células atípicas con marcada anisocariosis y anisocitosis. Cro y Sin positivo. Citoqueratina 7negativo. Ki-67 38%. Páncreas: células atípicas con núcleos hiperromáticos. Cro y Sin: Positivo. Conclusión: Hígado: Metástasis de Carcinoma Neuroendócrino poco diferenciado G3 de 3 por Ki-67. Páncreas: Tumor Neuroendócrino bien diferenciado: Ki-67: Indeterminado: material agotado. Con este resultado definitivo el paciente cambió el tratamiento propuesto inicialmente para adenocarcinoma y comenzó con tratamiento quimioterápico para carcinoma neuroendócrino.

### CC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Código: 1288

#### CUERPOS EXTRAÑOS EN COLON. EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA

Agustín Gigena; Jaqueline Gobelet; Plácido Gallegos.

Sanatorio Allende - Córdoba - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.3.Colon

**INTRODUCCIÓN:** La extracción de un cuerpo extraño en colon es un motivo de consulta poco frecuente en la práctica endoscópica de urgencia. Los estudios históricos pre-endoscópicos han demostrado que la mayoría de los cuerpos extraños pasan espontáneamente, con tasas de mortalidad inferiores al 0,1%. Los cuerpos extraños que mas frecuentemente presentan complicaciones son los objetos afilados, los cuales, han reportado tasas de perforación intestinal de hasta el 35%. **CASO CLÍNICO 1:** Paciente de 80 años con antecedentes de diverticulosis que durante una colonoscopia de screening, se objetiva un cuerpo extraño, filiforme, sugestivo de hueso de pollo, atravesado e impactado a nivel de colon sigmoideos. El paciente no había presentado síntomas asociados. **CASO CLÍNICO 2:** Paciente de 42 años que, tras ingesta accidental de perno dental, consulta por guardia donde se le realiza Rx de abdomen observándose la prótesis en ciego. Se decide seguimiento durante una semana con Rx seriadas, frente a la posibilidad de su eliminación espontánea. Al continuar impactada en ciego, se decide extracción endoscópica. **DISCUSIÓN:** Los cuerpos extraños punzantes en colon, plantean un conjunto de riesgos incluyendo la perforación y la obstrucción intestinal. En ausencia de signos peritoneales o inestabilidad clínica, como en nuestros casos, y en concordancia con la literatura disponible, un abordaje mínimamente invasivo por colonoscopia es el manejo standard actual, dado que es un método seguro y eficiente reduciendo el riesgo de perforación distal y la necesidad de cirugía.

### CC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Código: 1485

#### TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE TUMORES NEUROENDOCRINOS DE RECTO

Veronica Natalia Dominguez; Diana Weinstock; Nadia Poczter; Ricardo Gotti; Elsa Acosta.

Hospital Nacional del Conurbano de la Pcia de Bs As - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.3.Colon

**RESUMEN:** CASO CLÍNICO: Paciente de sexo femenino de 66 años de edad, con antecedentes patológicos de Hta, hipotiroidismo, no refiere antecedentes familiares de cáncer de colon - rectal; se realiza vcc de screening en donde se describe una lesión de aspecto subepitelial de aproximadamente 12 mm en recto inferior, en contexto del hallazgo se realiza una ecoendoscopia (USE): informa que a 5 cm de MA se observa una imagen redondea de 14 x 10 mm de borde regulares,

homogénea, hipoecogénica, que nace a partir de la muscular de la mucosa, sin comprometer capas vecinas, impresión diagnóstica; lesión subepitelial de recto que podría corresponder a un GIST vs carcinoide. Se decide realizar mucosectomía convencional (REM), con resección en bloque, la anatomía patológica informa: mucosa rectal infiltrada por proliferación atípica, comprometiendo mucosa y submucosa, con margen de resección infiltrada por neoplasia. Diagnóstico anatomopatológico: Tumor Neuroendócrino bien diferenciado (G1), resección incompleta, índice mitótico 1/10 CGA. Debido a la resección incompleta se plantea realizar una RMN de pelvis de alta definición, no identificándose a nivel del rectosigma inferior imágenes parietales compatibles con remanencia/recidiva de lesión primaria, no se identifican estructuras ganglionares. Se realiza una Videorectosigmoideoscopia y ecoendoscopia (EUS) para evaluar evidencia de lesión residual; las mismas no evidencian lesión residual. Se realiza marcación de la cicatriz con tinta china. Se realiza una nueva intervención de rescate; resección transmural endoscópica (FTRD); el tiempo aproximado del procedimiento fue de 35 minutos. Se realizó profilaxis antibiótica pre procedimiento; previa marcación de la lesión con sonda de corriente monopolar. Posteriormente se realiza resección según técnica FTRD; se recupera una pieza y se envía muestra a anatomía patológica. La paciente permaneció internada durante 24 hs, evolucionando favorablemente. Resultado de Anatomía patológica: epitelio con discreto infiltrado inflamatorio en lamina propia con formación de agregados linfoides, Submucosa con congestión vascular, no se observa proliferación atípica residual en el material evaluado, mucosa rectal libre de infiltración neoplásica. **OBSERVACIONES:** La idea de aplicar una herramienta de cierre antes de realizar una resección es innovadora, asegura que la pared gastrointestinal permanezca sellada y evita el riesgo de perforación, permitiendo realizar un procedimiento seguro, rápido y eficaz, mínimamente invasivo. El sistema FTRD parece tener una curva de aprendizaje más rápida y consume menos tiempo comparando con las técnicas de EDS o REM.

### CC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Código: 1710

#### SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS: REPORTE DE UN CASO

Andrea Judith Diaz; Carlos Adrian Canelada; Mariana Omodeo; Daniela Zelarayan; Rodrigo Garrocho; Abel Novillo; Guillermo Herrera Babet.

Sanatorio 9 de julio - Tucumán - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.Endoscopia Terapéutica

**Introducción:** El síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es una entidad caracterizada por poliposis hamartomatosa asociada con pigmentación mucocutánea. El 75% de los pacientes se presenta con un patrón hereditario familiar de carácter autosómico dominante. Generalmente se manifiesta en la infancia y adulez temprana con obstrucción intestinal y dolor abdominal. El tratamiento de elección consiste en la extirpación endoscópica de los pólipos hamartomatosos. El principal problema lo representan aquellos pólipos localizados en el intestino delgado, que pueden causar intususcepción con obstrucción intestinal requiriendo cirugía de urgencia. En cuanto al seguimiento, los protocolos propuestos tienen dos propósitos principales: la detección de pólipos que puedan complicarse y la detección de cáncer intestinal o extraintestinal en etapas tempranas. **Objetivo:** reportar el caso clínico de una paciente con una patología poco frecuente en nuestro medio. **Paciente y métodos:** femenina de 27 años con antecedentes de psicosis en tratamiento, resección intestinal por intususcepción en la infancia y poliposis gastrointestinal evidenciada por Endoscopias previas. La paciente ingresa a nuestra institución con abdomen agudo suboclusivo. Al examen se evidencian máculas hiperpigmentadas en mucosa yugal y labio inferior. Con diagnóstico presuntivo de Síndrome de Peutz Jeghers se solicita enterorresonancia que muestra distensión de asas de yeyuno, ileon y colon, formaciones sólidas endoluminales de tamaño variado y signos compatibles con intususcepción ileocecal. Se decide intervención quirúrgica. En la misma se observa invaginación ileocecal y se lleva a cabo una hemicolectomía derecha más ileotransversoanastomosis. **Resultados:** La paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio y se otorga alta sanatorial. El examen anatomopatológico de la pieza operatoria revela poliposis hamartomatosa hiperplásica. Se deriva al genetista para estudio del gen STK 11 y se solicita evaluación por otras especialidades para investigar posibles neoplasias extraintestinales. Se indica estudio del grupo familiar. A los 3 meses del postoperatorio se realiza Endoscopia alta y baja donde se observan múltiples pólipos sésiles (O-Is) y pediculados (O-Ip) y se realizan polipectomías. Actualmente la paciente continua en seguimiento realizándose endoscopias de manera periódica con resección de aquellas lesiones de mayor riesgo. **Conclusiones:** recalcamos la importancia de conocer este síndrome y la relación directa que existe entre el hallazgo de pigmentación mucocutánea y poliposis gastrointestinal. Por otro lado, respaldamos el enfoque de la vigilancia con eliminación oportuna de pólipos de mayor riesgo y hacemos hincapié en realizar una búsqueda exhaustiva para detectar neoplasias extraintestinales. **Observaciones:** Consulta con expertos.

---

**CC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA**


---

**Código: 1669****DRENAJE TRANSMURAL GUIADO POR ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ABSCESO PERIGÁSTRICO***Augusto Villaverde; Juan Pizzala; Ines Oriá; Dante Manazzoni; Victor Abecia; Manuel Mahler; Dalila Urgiles; Mariano Marcolongo.*

Hospital Italiano de Buenos Aires - CABA - Argentina

*Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.Endoscopia Terapéutica*

Introducción: El drenaje ecoguiado es una técnica endoscópica segura y eficaz para el drenaje biliar, pancreático y vesicular. No hay reportes de drenaje ecoguiados de abscesos intraabdominales hasta el momento. Describimos un caso clínico de drenaje transmural ecoguiado de un absceso perigástrico, como complicación post punción de una lesión pancreática bajo ecoendoscopia (EUS). Caso clínico: Mujer de 56 años, con antecedentes de nefrectomía derecha por cáncer renal cromóforo, adenocarcinoma de colon que requirió hemicolectomía izquierda, metastasectomía y hepatectomía atípica. En imagen abdominal por control oncológico se observó lesión nodular a nivel del cuello pancreático, por lo cual se realizó ecoendoscopia con punción aspiración con aguja fina 22G (histología informó carcinoma poco diferenciado con componente de células gigantes de tipo osteoclasto primario de páncreas). Reingresa a los 7 días post procedimiento, con cuadro de fiebre y dolor abdominal. Laboratorio con leucocitosis y en tomografía abdominal se observó absceso adyacente a la curvatura mayor gástrica de 72 x 26 mm, engrosamiento parietal con edema submucoso de antro y cambios inflamatorios adyacentes. Se indicó manejo conservador, con antibioticoterapia endovenosa, pero al no presentar mejoría se decidió realizar drenaje transmural guiado por EUS. Técnica: con ecoendoscopia lineal se observó colección heterogénea de 8 cm de diámetro, se realizó punción con aguja 19G, se pasó hilo guía y posteriormente se dilató con balón hidrostático de 10 mm de diámetro. Se colocó stent plástico doble pigtail, visualizándose emergencia de material purulento. Se toma muestra de líquido de absceso (sin rescates). Presentó favorable respuesta, en imagen de control a los 13 días se evidenció disminución de la colección. Se realizó a posterior duodenopancreatectomía céfalica por tumor de páncreas. Resultados y conclusiones: Si bien no se encuentra descrito en la literatura la vía de drenaje transmural guiado por EUS de abscesos intraabdominales, el uso de esta técnica en el caso presentado tuvo una evolución satisfactoria.

---

**CC- ENDOSCOPIA MISCELÁNEA**


---

**Código: 1464****MIGRACIÓN DE BALÓN INTRAGÁSTRICO POR APARATO DIGESTIVO Y EXPULSION POR ANO. PRESENTACIÓN DE UN CASO***María Fernanda Tarraga; Liria Martínez Rejtman; Matías Zanetti; Guillermo Fernández; Mariano Argüello.*

Hospital Teodoro Schestakow - Mendoza - Argentina

*Área Temática: 14.Endoscopia Miscelánea*

INTRODUCCIÓN: La colocación endoscópica de balón intragástrico (IGB) es una técnica utilizada extensamente para el tratamiento de la obesidad, siendo una alternativa a la cirugía bariátrica por ser reversible, ser menos invasivo, tener menor costo y menor tasa complicaciones. Existen múltiples modelos en el mercado, de acuerdo a su tamaño y duración. Las complicaciones asociadas a la colocación del IGB están relacionadas con RGE, dolor abdominal, vómitos, úlceras gástricas, perforación gástrica, pancreatitis aguda, migración del balón con oclusión intestinal, pero hasta el momento no se hemos encontrado descrito la progresión del mismo a través del aparato digestivo y eliminación por ano. OBJETIVOS: Los objetivos de esta presentación es reportar como posible complicación, la migración y eliminación del IGB por ano. PACIENTE: Reporte de caso clínico de un paciente. Paciente femenino de 35 años, con antecedentes de trombofilia, pseudo tumor cerebral y obesidad. Se coloca IGB sin presentar complicaciones. A pesar de las recomendaciones del equipo médico de retirar el balón antes de los 12 meses, la paciente no concurre a control, y evoluciona asintomática durante 14 meses. Luego de este período, comienza de manera súbita con vómitos alimentarios, con residuos semisólidos azules. En los días posteriores presenta cuadros de intenso dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal y deposiciones diarreas. Consulta por Guardia en reiteradas ocasiones,

donde se medica con Metoclopramida, antiespasmódicos y Ranitidina sin mejoría. Siete días después del inicio del cuadro, presenta dolor rectal, pujos, tenesmo, y finalmente evacuación del balón gástrico, evolucionando de manera asintomática luego de este episodio. METODO, RESULTADO Y CONCLUSIONES: Estudio descriptivo observacional. El IGB utilizado fue modelo Spatz3 Ajustable Balloon System marca Acher®, colocado el 17/10/17, utilizando endoscopia Olympus Exera II GIF H180 y eliminado el 4/11/19. Se considera que la paciente presentó un cuadro de emigración y eyección del IGB, causando durante su migración, un cuadro de suboclusión intestinal no diagnosticado ante las consultas realizadas. Luego de su evacuación se realizó VEDA, observándose mucosa antral levemente congestiva y cedieron los síntomas previos. Se reporta la presentación de migración y eliminación de IGB por ano como complicación de colocación del mismo. OBSERVACIONES: Al realizar la revisión de la literatura (guías clínicas, información provista por los fabricantes y reporte de casos), observamos que dentro de las complicaciones del balón intra gástrico se destacan la pancreatitis, perforación y migración del balón luego de su rotura. Sin embargo, cabe aclarar que los casos reportados provocaron oclusión intestinal o del tracto de salida gástrico, con necesidad de realizar cirugía de urgencia. En el caso que presentamos, el balón migró, provocando cuadros suboclusivos hasta su expulsión espontánea por ano.

---

**CC- ENDOSCOPIA MISCELÁNEA**


---

**Código: 1594****BANDA GÁSTRICA DESLIZADA COMPLICADA CON BEZOAR GÁSTRICO***Guillermo D'Ottavio; Juan Carlos Luciani; Fernando Carballada; José Melgar; Daniel Beltramo.*

Hospital Privado de Rosario - Santa Fe - Argentina

*Área Temática: 14.Endoscopia Miscelánea*

Introducción: La cirugía bariátrica con colocación laparoscópica de bandas gástricas ajustables es una opción quirúrgica para la obesidad que presenta un buen perfil de riesgo-beneficio. Las complicaciones habitualmente no son graves, pero en ocasiones requieren reintervenciones. El deslizamiento de la banda es una de las complicaciones e implica la migración de la banda desde su posición apropiada provocando un prolapso del estómago. La incidencia varía con la técnica quirúrgica y ha disminuido en el tiempo con las modificaciones quirúrgicas. Los bezoares gástricos pueden formarse por la acumulación de sustancias que no pueden pasar a través del píloro. La mayoría de los bezoares se producen como una complicación de cirugías gástricas que crean un ambiente poco ácido, disminución de la peristalsis y una función pilórica anormal. La cirugía bariátrica presenta una baja incidencia de bezoares. Objetivos: Exponer complicaciones de la colocación de banda gástrica como cirugía bariátrica. Paciente: Mujer de 65 años con antecedente de obesidad, diabetes y colocación de banda gástrica para la obesidad hace 8 años. Ingresó por dolor abdominal y vómitos de 48hs de evolución. Radiografía baritada: significativa dilatación gástrica. TAC de abdomen: marcada distensión de la cámara gástrica proximal al sitio donde se ubica el anillo gástrico e impactación de restos alimenticios a nivel del mismo. VEDA: abundantes restos alimenticios en estómago superior y cuerpo extraño de aproximadamente 40mm impactado sobre impronta de banda gástrica en antro. La mucosa gástrica es normal sin erosiones a nivel de la estrechez de la banda. Se retira el cuerpo extraño con ansa y se fragmenta para que pueda progresar a distal. Se realizó cirugía donde se liberó la banda constatándose adhesión de la misma a la capa serosa del estómago por lo que se efectuó sutura sero-serosa en sitio donde se encontraba anillo y gastroentero anastomosis en asa en omega transmesocolónica. Presento evolución favorable. Conclusiones: Los bezoares gástricos son infrecuentes, pero pueden producirse en condiciones favorables como cirugía previa (incluida la cirugía bariátrica), disminución de la motilidad gástrica y trastornos alimenticios. La endoscopia permite evaluar las complicaciones y en algunos casos también tener un rol terapéutico. El deslizamiento de la banda gástrica es una complicación a tener en cuenta ante síntomas digestivos o falta de descenso de peso. Algunas complicaciones pueden manejarse en forma conservadora mediante la modificación de la conducta dietética o la eliminación del líquido de la banda; sin embargo, otras complicaciones requieren remoción de la banda y reparación quirúrgica. Observaciones: La cirugía bariátrica es cada vez más frecuente debido a la gran prevalencia de obesidad y sus enfermedades asociadas. Tener presente las distintas modalidades quirúrgicas y sus posibles complicaciones permite tomar la conducta apropiada en forma temprana.

## CC- ENDOSCOPIA MISCELANEA

Código: 1613

## ROL DE PUNCIÓN GUIADA POR ECOENDOSCOPIA EN ENFERMEDADES DIFUSAS Y LESIONES FOCALES HEPÁTICAS: CASOS CLÍNICOS

Marianela Arramon; Agustina Redondo; Pablo Cura; Fernando Baldoni; Augusto Villaverde; Francisco Tufare.

HIGA San Martín La Plata - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 14. Endoscopia Miscelánea

**Introducción:** La biopsia hepática es útil para el diagnóstico, pronóstico y el tratamiento de una gran proporción de enfermedades hepáticas difusas. La biopsia hepática guiada por ecoendoscopia (USE-FNA/BNF) ha surgido como una alternativa segura y efectiva a la vía percutánea y transyugular. En relación a las lesiones focales hepáticas la USE puede ofrecer imágenes hepáticas de alta resolución y además podría ser más eficaz para detectar lesiones pequeñas (menores a 20 mm), con la opción de uso de Doppler para reducir complicaciones. **Objetivo:** Presentación de casos clínicos de biopsia hepática guiada por USE, de lesiones focales y patología parenquimatosa difusa. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, observacional de modalidad presentación de casos. **CASO A:** Paciente masculino de 55 años con antecedentes de consumo de enol de riesgo e hipertrasmiasemia. En estudio por lesión focal pancreática con compresión de colédoco distal (diagnostico presuntivo de adenocarcinoma pancreático). Se realizó USE lineal evidenciando en topografía de proceso uncinado pancreático formación hipoecóica de 25 mm X 10 mm con atrofia distal de la glándula. Hígado de ecogenicidad aumentada en forma heterogénea sin evidencia de lesiones focales. Se decide punción con aguja de 22 G de lóbulo hepático derecho e izquierdo con técnica de fanning y wet suction (aspiración húmeda) y ROSE (evaluación rápida por patólogo en sala) para estadificar fibrosis (ante eventual indicación de quimioterapia hepatotóxica). Durante el mismo procedimiento se realiza punción de lesión focal sólida de proceso uncinado pancreático con diagnóstico de adenocarcinoma pancreático. La muestra hepática fue considerada óptima (mayor de 3 cm y con 15 espacios porta). **CASO B:** Paciente masculino de 64 años, en estudio por múltiples lesiones focal pancreática asociada a múltiples lesiones focales hepáticas de probable origen secundario. Se realiza USE donde se evidencia en proceso uncinado formación hipoecogénica de 15 mm de difícil acceso por interposición vascular. Se observan en lóbulo hepático derecho e izquierdo múltiples lesiones hipoecogénicas de diversos tamaños de bordes regulares. Se realiza USE/FNA de una de ellas con aguja de 20 G obteniendo diagnóstico de tumor neuroendocrino pancreático. **DISCUSION:** La punción hepática guiada por USE demostró ser efectiva y segura en enfermedades difusas y lesiones focales hepáticas. Las potenciales ventajas del método podrían estar relacionadas a la seguridad adicional (evaluación del sitio post punción, y descartar interposición de estructuras vasculares). En la actualidad representa una alternativa a la vía percutánea y transyugular.

## CC- ENDOSCOPIA MISCELANEA

Código: 1602

## BACTERIEMIA RECURRENTE ASOCIADA A N-BUTIL-2-CIANOACRILATO

Virginia Wallace; Ivanna María Salomé Candel; Natalí Eva Hanuch; Leonardo Garavento; Andrés Sánchez; Marianela Arramón; Pablo Nicolas Marin; Pablo Cura; Fernando Baldoni; Francisco Tufare.

HIGA San Martín - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 14. Endoscopia Miscelánea

**INTRODUCCION** La inyección endoscópica local de N-butil-2-cianoacrilato es el tratamiento endoscópico de primera línea del sangrado por vórices gástricas. Varias complicaciones han sido asociadas a este procedimiento. La prevalencia de complicaciones infecciosas varía de 4.3% a 50%, siendo la mayoría transitorias y carece de relevancia clínica. En oposición a estos episodios transitorios, la bacteriemia recurrente es un evento adverso infrecuente y representa un desafío diagnóstico y terapéutico. **OBJETIVO** Reportar un caso de bacteriemia recurrente asociado a N-butil-2-cianoacrilato **PACIENTE** Mujer de 68 años obesa con antecedentes de hipotiroidismo, cirrosis por colangitis biliar primaria y hemorragia digestiva alta hace 3 años, ingresa a cuidados intensivos por presentar hemoemesis con inestabilidad hemodinámica, requiriendo la colocación del balón de Sengstaken-Blakemore. Inicia tratamiento con Octreotide y profilaxis antibiótica. Se realizan hemocultivos (x 2), urocultivo y, a las 24hs, endoscopia digestiva alta que evidencia variz gástrica aislada (IGV 1). Se realiza hemostasia mediante la

inyección de N-butil-2-cianoacrilato (2 alícuotas). Al 6to día presenta fiebre elevada con taquicardia y taquipnea, sin otro síntoma acompañante. Nuevamente se toman hemocultivos y se amplía esquema con piperacilina/tazobactam, se realiza radiografía de tórax sin hallazgos de relevancia. Al 12º día repite episodio febril, y se informa hemocultivo positivo 1/2 para Klebsiella pneumoniae BLEE +, ajustándose esquema a imipenem. Continúa con episodios febriles recurrentes, uno de ellos acompañado de edema agudo de pulmón. En este contexto se realiza ecocardiograma doppler sin anomalías valvulares ni evidencia de vegetaciones. En la tomografía de tórax, abdomen y pelvis con contraste se observa importante circulación colateral a nivel del epiplón menor, material denso en curvatura mayor de fundus gástrico, que extravasa la pared gástrica y toma contacto con la arteria esplénica. Se repite una endoscopia digestiva alta donde se objetiva la IGV I con induración parcial, por lo que se inyecta 1 alícuota de cianoacrilato. El paciente persiste con episodios febriles recurrentes incluso posterior a la negativización de los hemocultivos. Finalmente, cesan los episodios febriles con mejoría clínica y en conjunto con el servicio de infectología se indica continuar antibioterapia por 6 meses, interpretándose como bacteriemia recurrente asociada a cianoacrilato. **OBSERVACIONES** Revisando la literatura se hallaron 7 casos similares de bacteriemia recurrente después de la esclerosis variceal con N-butil-2-cianoacrilato, siendo todos pacientes con hipertensión portal e indicación de inyección de cianoacrilato por hemorragia variceal debido a vórices gástricas, que luego de una extensa búsqueda no se encontró otro foco de bacteriemia.

VC -

Código: 1292

## DRENAJE DE COLECCIONES PANCREATICAS. COMO LO HACEMOS

Gonzalo Palmili; Anibal Soler.

HOSPITAL CENTRAL - MENDOZA - ARGENTINA

**RESUMEN INTRODUCCION:** EL MANEJO DE LAS COLECCIONES PANCREATICAS Y PERIPANCREATICAS, PUEDE DESARROLLARSE DE MANERA QUIRURGICA, PERCUTANEA, O ENDOSCOPICA, SIENDO ESTA ULTIMA LA PRINCIPAL INDICACION. YA QUE COMBINA LAS VENTAJAS DE LA CIRUGIA MINIVASIVA CON ALTOS POCENTAJES DE RESOLUCION DE LA PATOLOGIA. **DESCRIPCION DE CONTENIDO:** PRESENTACION DE CASO CLINICO DE PACIENTE CON NECROSIS PANCREATICA ENCAPSULADA DONDE SE MUESTRA LA DINAMICA ESTANDARIZADA QUE UTILIZAMOS PARA EL MANEJO DE COLECCIONES PANCREATICAS Y PERIPANCREATICAS, DONDE SE PUEDE OBSERVAR PASO POR PASO DETALLADAMENTE LA CONFECCION DE UNA CISTOGASTROANASTOMOSIS ENDOSCOPICA **OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS:** SE MUESTRA ADEMAS LA EVOLUCION IMAGENOLOGICA DEL CASO EN TOMOGRAFIA.

VC -

Código: 1387

## COLANGITIS EN PACIENTE CON BY PASS GASTRO-YEYUNAL. ERCP TRANSGÁSTRICA ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA

Agustín Gigena; Diego Daino; Jaqueline Gobelet.

Sanatorio Allende - Córdoba - Argentina

**Introducción** El By Pass gastro-yeyunal en Y-de-Roux es una técnica quirúrgica cada vez mas usada debido, principalmente, al tratamiento quirúrgico de la obesidad. La pandemia de la obesidad se ha asociado a un aumento en la prevalencia de litiasis biliar en esta población, diagnosticada en el estudio preoperatorio y durante el seguimiento postoperatorio. La colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (ERCP) posee una mayor complejidad en estas circunstancias donde existe una alteración anatómica que dificulta el acceso a la papila mayor. **Objetivo:** Presentar un caso de una paciente posoperada de BGYR con colangitis por coledocolitiasis, el cual se resolvió con el acceso transgástrico del duodenoscopia asistido por laparoscopia. **Paciente** de sexo femenino de 42 años de edad con antecedentes de colecistectomía hace 18 años, y By Pass gastro-yeyunal hace 4 meses. Consulta por presentar dolor en epigastrio e hipocondrio derecho de 6hs de evolución asociado a náuseas, vómitos y fiebre. Se constata Coledocolitiasis y se realizó ERCP transgástrica con asistencia laparoscópica. Buena evolución clínica. La combinación endoscópica-laparoscópica es un procedimiento viable y seguro para el manejo de la coledocolitiasis en pacientes operados de by pass gastro-yeyunal. La interacción entre el cirujano y el endoscopista es fundamental para la correcta realización del procedimiento.

VC -

Código: 1436

**TRATAMIENTO ENDOCÓPICO DE COMPLICACIONES ESOFÁGICAS POST RADIOTERAPIA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Juan Jesús Fugazzotto De La Cruz; Guillermina Vidart; Juan Cuello; Javier Villalba; Romina Tosti; Pablo Colombo.

Complejo Médico P.F.A. Churruca – Visca. - CABA - Argentina

**INTRODUCCIÓN:** Las fistulas esofagorespiratorias pueden surgir espontáneamente debido a invasión tumoral, radioterapia, tratamiento con láser o necrosis por presión causada por un stent colocado previamente. Se desarrollan en 5 a 15% de los pacientes con cáncer de esófago y debido a los avances en el tratamiento paliativo, su incidencia ha aumentado. La combinación con estenosis se observa más frecuentemente en pacientes con radioterapia previa. **OBJETIVO:** Describir la resolución endoscópica utilizada en las complicaciones post radioterapia en un paciente con carcinoma escamoso de esófago. **DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO:** Varón de 66 años, ex tabaquista severo. Diagnóstico en marzo 2018 de carcinoma escamoso de esófago inferior bien diferenciado, estadio IIIb. Realiza tratamiento con quimio y radioterapia durante 30 días, con respuesta completa imagenológica y clínica. Evoluciona con estenosis infranqueable en esófago inferior, se realiza dilatación con bujías de Savary, descartando recaída mediante biopsias y se coloca stent parcialmente recubierto de 20 x 110 mm por 1 mes. A los 5 meses de retirarlo, consulta por disfagia y tos posterior a deglución. Se realiza videodeglución, que informa en la unión de la segunda y tercera porciones del esófago fistula esófago bronquial lateral derecha. Se realiza videoendoscopia digestiva alta que evidencia a 34 cm de ADS estenosis concéntrica, simétrica, infranqueable de aproximadamente 5 mm. Mediante contraste baritado guiado hacia estenosis por sonda k108, se evidencia longitud de la misma de 6 cm con radioscopia. Dos cm proximales a la estenosis, se observa orificio fistular de 5 mm de diámetro. En TAC de tórax se evidencia trayecto fistuloso en esófago inferior, 5 cm distal a la carina, en relación con los bronquiolos del segmento posterior del lóbulo inferior derecho. Fibrobroncoscopia: no observa orificio fistular. Se decide colocación de stent metálico esofágico totalmente recubierto auto expandible de 13 cm de longitud y 2 cm de diámetro guiado por radioscopia, realizándose control endoscópico de la oclusión de la fistula por el mismo. A las 24 hs se realiza seriada esófago gástrica con contraste yodado, observándose oclusión fistular y correcto pasaje de contraste a cámara gástrica. Paciente actualmente con buena tolerancia a dieta semiblanda. **CONCLUSIÓN:** Los stents metálicos recubiertos pueden sellar hasta el 80% de las fistulas esofagorespiratorias secundarias a radioterapia, esto se asoció con una mejora significativa en la supervivencia en comparación con la ausencia de sellado de la lesión fistular, gastrostomía de alimentación o yeyunostomía. Proporcionan alivio más duradero de la disfagia por estenosis y menor riesgo de perforación que la dilatación, pero hasta un 60% de recurrencia al ser retirados. La mortalidad directa relacionada con el procedimiento es del 6%, aumentando a 54% en pacientes con quimioradioterapia previa.

VC -

Código: 1437

**HEMOSTASIA DE TUMOR AMPULAR SANGRANTE CON POLVO HEMOSTÁTICO ENDOCÓPICO**

Oscar Olivera; Mario Donatelli; Federico Marcaccio.

Sanatorio Las Lomas - Buenos Aires - Argentina

La hemorragia digestiva de origen tumoral, suele ser una emergencia de resolución endoscópica con altas tasas de recidiva a corto y largo plazo. La implementación reciente de un polvo inerte hemostático de utilización endoscópica ayudaría a mejorar las tasas de resolución a corto plazo. Caso clínico de paciente año de alto riesgo quirúrgico que ingresa por un síndrome febril asociado a dilatación de la vía biliar e imagen sugestiva de pancreatitis crónica. Se realiza CPRE identificando ampuloma. Biopsia y drenaje biliar con stent plástico. Evoluciona con una HDA con descompensación hemodinámica a los 45 días post cpre. CPRE de urgencia identificando sangrado tumoral activo. Hemostasia efectiva con hemospray y colocación de stent metálico. Buena evolución sin signos de HDA en los siguientes 90 días. Los estudios publicados hasta el momento determinan que el uso del hemospray en situación de sangrado de difícil resolución con técnicas duales habituales (Salvataje) o en sangrados tumorales incoercibles muestra una tasa de resolución a corto plazo cercana al 97% y una tasa de resolución a largo plazo (más de 30 días) cercanas al 70%. En la actualidad se deja reservado su uso de primera intención para pacientes con sangrados asociados a alteraciones hematológicas.

VC -

Código: 1440

**DRENAJE BILIAR PREOPERATORIO EN CÁNCER DE PÁNCREAS RESECCABLE EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS TOTALIS**

Martín Guidi; Diego Salvador Di Domenico; Luis Agustín Sequeira; Raúl Matanó.

Hospital El Cruce (Dr. Néstor Carlos Kirchner) - Buenos Aires - Argentina

**Introducción:** El situs inversus totalis es una variante anatómica infrecuente (1/10.000 – 20.000 nacidos vivos) de órganos abdominales y torácicos, de herencia autosómica recesiva, caracterizada por la transposición de izquierda a derecha de los mismos respecto al plano sagital (imagen "en espejo"); y suele ser un hallazgo incidental en estudios por imágenes. **Objetivos:** Presentar un caso clínico no habitual, con requerimientos técnicos no convencionales; y proponer a la Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) como un método seguro y eficaz. **Caso Clínico:** Hombre de 52 años, tabaquista severo. Consulta por ictericia, coluria, prurito y pérdida de peso significativa. Laboratorio con Bilirrubina Total 14 mg/dl. Tomografía computada con contraste ev: situs inversus totalis, vía biliar dilatada, imagen en cabeza pancreática de aspecto atípico sin afectación de vasos locales. Por presentar prurito y retraso de la cirugía mayor a 2 semanas, se decide CPRE. Se coloca al paciente en decúbito lateral izquierdo. El duodenoscopia fue introducido hasta antro gástrico, donde se rotó 180° en sentido anti-horario, progresando hacia bulbo duodenal, donde se volvió a rotar en igual sentido para acceder a la segunda porción duodenal. Dada la dificultad para enfrentar la papila duodenal, se rotó al paciente a decúbito supino con la cabeza rotada hacia la derecha, pasando el endoscopista hacia la derecha. Con papilótomo rotable se intentó canulación biliar profunda con técnica estándar, dirigiendo instrumental hacia hora 1, ingresando en dos oportunidades al ducto pancreático, por lo cual se colocó stent pancreático de 5 Fr. Posteriormente se realizó infundibulotomía con papilótomo aguja, logrando acceso a vía biliar y evidenciando, tras administración de contraste, estenosis en tercio distal de +/- 30 mm. Se realizó esfinteropapilotomía, y se colocó stent metálico autoexpandible totalmente cubierto (FC-SEMS) de 10 x 60 mm, evidenciando buen drenaje de bilis y contraste. **Discusión:** Desde la primera descripción por Venu et al en 1985, se han reportado poco más de 20 casos de CPRE en situs inversus. Las posteriores descripciones realizadas por los grupos de Fiocca y García Fernández introdujeron 2 estrategias: técnica "de twist" y "en espejo", respectivamente. Nuestro caso tiene la particularidad de reunir varios aspectos ya publicados en reportes previos, pero sólo de forma aislada: el decúbito supino del paciente, la utilización de papilótomo rotable, la colocación de stent pancreático y la colocación de un FC-SEMS biliar. **Conclusiones:** Consideramos, al igual que reportes previos, que la realización de CPRE en situs inversus es segura pero técnicamente dificultosa, al requerir diferentes posicionamientos del paciente y del endoscopista, y maniobras endoscópicas distintas a las convencionales para lograr un acceso adecuado al árbol biliopancreático.

VC -

Código: 1519

**ABORDAJE MINIMAMENTE INVASIVO EN LA NECROSIS PANCREÁTICA INFECTADA**

Paula Castillo Areco; Maricel Echeverría; Hernan Cordero; David Zakalsky; Iriarte Mariel; Santiago Canteros.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL 601 - BUENOS AIRES - ARGENTINA

**INTRODUCCIÓN:** La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio agudo que deriva de la activación precoz de las enzimas pancreáticas dentro de las células acinares con afectación variable de tejidos circundantes y órganos a distancia. Se clasifica en LEVE, MODERADO y GRAVE. Se considera GRAVE cuando una o más fallas orgánicas persisten por más de 72 hs con o sin presencia de una complicación local. Las complicaciones se dividen en SISTEMÁTICAS y LOCALES; dentro de estas últimas podemos mencionar las colecciones, los pseudoquistes y la necrosis pancreática que puede evolucionar hacia la necrosis pancreática infectada. **OBJETIVOS:** Demostrar que el tratamiento mínimamente invasivo, basándose en el drenaje percutáneo y la endoscopia, de la necrosis pancreática infectada es una alternativa viable, segura y eficaz frente a la cirugía convencional. **MATERIALES:** Presentamos un paciente masculino de 24 años con antecedentes de HTA, DBT II y pancreatitis aguda en 1990. Paciente que consulta a la guardia médica por cuadro compatible con síndrome coledociano; se realiza colangiorensonancia magnética nuclear que evidencia dos imágenes de defecto de relleno en colédoco intrapancreático. **MÉTODOS, RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Se realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (cpre) luego de la cual evoluciona con dolor abdominal e hiperamilasemia; se realiza tomografía que evidencia aumento de tamaño de la glándula pancreática con cambios densitométricos.



cos en su porción cefálica donde se observan áreas que no realzan con el contraste endovenoso pudiendo vincularse a necrosis pancreática; líquido libre peri pancreático, perihepático y periesplénico. Se interpreta cuadro como pancreatitis aguda grave post cpre. Se toma conducta expectante. Nueva tomografía de control evidencia dos colecciones en cabeza y cola de páncreas. Se realiza drenaje percutáneo de las mismas. Mejoría parcial. Evoluciona con síndrome pilórico; se realiza VEDA que evidencia abombamiento de cara posterior del estomago. Se realiza gastrocistoanastomosis. Evoluciona febril persistente por lo que se decide realizar necresectomía endoscópica con un total de 8 sesiones. Evoluciona con mejoría sintomática. Alta a los 90 días post-cpre con alimentación oral y enteral por sonda nasoyeyunal. OBSERVACIONES: La aparición de técnicas mínimamente invasivas ha demostrado mejorar los resultados de morbimortalidad frente al tratamiento quirúrgico tradicional. En aquellos pacientes con deterioro clínico progresivo que requieran tratamiento invasivo antes de la tercera semana se debe plantear iniciar con el drenaje percutáneo, con posibilidad de añadir posteriormente necresectomía endoscópica transgástrica si no hay mejoría. Sin embargo, actualmente no es posible identificar cuáles son los pacientes que pueden ser manejados de manera eficaz y segura mediante el tratamiento mínimamente invasivo.

VC -

**Código: 1520**  
**MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE ADENOCARCINOMA DE CABEZA DE PANCREAS IRRESECCABLE**

Eliana Cilla; Hernana Cordero; Victoria Chiacchio; David Zagalsky; Mariel Iriarte; Noel Aldabe.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL - BUENOS AIRES - ARGENTINA

INTRODUCCION: EL MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DEL ADENOCARCINOMA DE CABEZA DE PANCREAS IRRESECCABLE, ES LA ESTRATEGIA PALIATIVA EN ESTOS PACIENTES. ES NECESARIO DRENAR LA VIA BILIAR PARA MEJORAR LA COLESTASIS, EVITAR LA COLANGITIS. OBJETIVOS: DEMOSTRAR EL MANEJO DE LA PATOLOGIA MALIGNA DE CABEZA DE PANCREAS DE MANERA MULTIDISCIPLINARIA PARA LA MEJORIA SIMTOMATICA DE LA PACIENTE EVITANDO LAS COMPLICACIONES. MATERIAL Y METODOS: SE PRESENTA LA PACIENTE DERIVADA DE OTRO NOSOCOMIO EN EL POSTOPERATORIO DE COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA CONVERTIDA, PERSISTIENDO SIMTOMATICA. SE REALIZA COLANGIOGRAFIA POR DRENAJE QUE EVIDENCIA UN STOP DEL PASAJE DEL CONTRASTE AL DUODENO. RMN DE ABDOMEN SIN ALTERACIONES A DISTANCIA. CRMN EVIDENCIA LESION EN CABEZA DE PANCREAS CON ESTENOSIS DE LA VIA BILIAR DISTAL. SE INTENTA DRENAR LA VIA BILIAR POR CPRE CON COLOCACION DE STENT PERO NO ES POSIBLE DE PASAR POR LA ESTENOSIS. SE DECIDE DRENAR LA VIA BILIAR DE FORMA PERCUTANEA CON COLOCACION DE STENT PERCUTANEO. LA PACIENTE EVOLUCIONA FAVORABLEMENTE PERO EL STENT PERCUTANEO MIGRA Y SE TAPA AL AÑO. SE DECIDE INTENTAR DESPROGRESAR EL STENT A LA LUS DUODENAL POR CPRE NO SIENDO POSIBLE, SE REALIZA CORTE DEL STENT CON ARGON PLASMA. SE INGRESA POR EL STENT LIMPIANDOLO. SE COLOCA UN NUEVO STENT DEJANDO PERMEABLE LA VIA BILIAR. CON MEJORIA DE LA PACIENTE. SE ENVIO EL VIDEO POR WETRANSFER.

VC -

**Código: 1524**  
**PAPILECTOMIA ENDOSCOPICA POR ADENOMA TUBULO VELLOSO**

Eliana Cilla; Hernan Cordero; Victoria Chiacchio; David Zagalsky; Mariel Iriarte; Noel Aldabe.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL - BUENOS AIRES - ARGENTINA

INTRODUCCION: PAPILECTOMIA ENDOSCOPICA POR ADENOMA TUBULO VELLOSO, SE REALIZA EN PACIENTES QUE SE EVIDENCIA QUE LA LESION ESTA CONFINADA A LA PAPILA, POSIBLE DE RESECCAR POR ENDOSCOPIA. CON BUENOS RESULTADOS. OBJETIVOS: DEMOSTRAR LOS BENEFICIOS DE REALIZAR LA PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA EN LESIONES CONFINADAS A LA PAPILA. SIN EVIDENCIA DE LESIONES A DISTANCIA. MATERIAL Y METODOS: PACIENTE FEMENINA QUE CONURRE A CONTROL ANUAL DONDE SE EVIDENCIA EN ECOGRAFIA DILATACION DE VIA BILIAR DISTAL, SE REALIZA VEDA QUE EVIDENCIA PORO BILIAR PROMINENTE CON SALIDA ESPONTANEA DE BILIS. SE TOMA BIOPSIA QUE EVIDENCIA ADENOMA TUBULO VELLOSO DE LA PAPILA. SE REALIZA PAPILECTOMIA ENDOSCOPICA Y SE COLOCA STENT PANCREATICO. AL MES POR FALTA DE PROGRESION DEL STENT SE REALIZA EXTRACCION DEL STENT PANCREATICO. LA PACIENTE EVOLUCIONA FAVORABLEMENTE. SE ENVIO EL VIDEO POR WETRANSFER.

VC -

**Código: 1534**  
**DRENAJES BILIARES ECOGUIADOS, PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS EN VIDEO**

Juan Pizzala; Augusto Villaverde; Manuel Mahler; Dante Manazzoni; Victor Abecia; Mariano Marcolongo.

Hospital Italiano de Buenos Aires - Buenos Aires - Argentina

a) Introducción: El drenaje biliar ecoguiado es una técnica que habitualmente se utiliza cuando no se logra o no es factible realizar el drenaje biliar transpapilar. b) Objetivo/s: Describir 2 casos clínicos de drenajes biliares ecoguiados c) Materiales (o Pacientes): Se presentan 2 casos clínicos en video. Caso 1: Hombre de 53 años con antecedentes de adenocarcinoma de páncreas, se colocó prótesis biliar metálica, evolucionó con síndrome pilórico por lo que se realizó gastroyeyunoanastomosis, posteriormente intercorre nuevamente con síndrome coledociano por lo que se realiza drenaje biliar ecoguiado desde bulbo duodenal. Caso 2: Hombre de 55 años de edad con antecedentes de adenocarcinoma de páncreas, se realiza intento de CPRE en la que se observa infiltración de la papila que impide canulación. Se realiza drenaje biliar ecoguiado desde bulbo duodenal. d) Resultados: Los casos presentados tuvieron evolución satisfactoria e) Observaciones (solo para casos clínicos): El caso 2 presentó cuadro de hemobilia durante el drenaje que cedió con la expansión de la prótesis.

VC -

**Código: 1585**  
**CISTOGASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA: ABORDAJE TRANSMURAL Y COLOCACIÓN DE STENT METÁLICO POR APOSICIÓN DE LUMEN DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO RECURRENTE**

Carolina Dutto; Jose Adi; Alfredo Torres; Romina Victoria; Lorena Leiva; Ana Richardi; Belén Bussetti; Lucrecia Koll; Carolina Viñuela; Oliver Jorge.

FAGE Sociedad mendocina de gastroenterología - Mendoza - Argentina

INTRODUCCIÓN: Un pseudoquiste pancreático (PP) es una colección fluida que ocurre 4 semanas luego de un episodio de pancreatitis edematosa. El PP sintomático persistente debe tratarse endoscópico o quirúrgicamente. Ha sido notable la evolución del tratamiento endoscópico de colecciones fluidas del páncreas (CFP), desde la aspiración endoscópica simple hasta el drenaje guiado por ultrasonido endoscópico (EUS) mediante colocación de dispositivos transluminales que permiten el acceso hacia la cavidad, lo que plantea una opción efectiva y menos invasiva siendo considerado como manejo de primera línea. El abordaje quirúrgico tiene tasa de recurrencia y complicaciones del 2,5-5% y 30% respectivamente. La recurrencia tardía no es común, y la neoplasia quística debe ser descartada OBJETIVO: Presentar procedimiento endoscópico cisto-gastrostomía con abordaje transmural y colocación de stent metálico por aposición de lumen (LAMS) de drenaje de PP recurrente. MATERIAL: Paciente de sexo femenino de 19 años, cursando puerperio que presenta episodio de pancreatitis aguda biliar. En la evolución manifiesta saciedad precoz, dolor abdominal, náuseas y vómitos. Tomografía (TC) imagen quística de 550 cm3. Se realiza drenaje quirúrgico abierto cisto-gastroanastomosis con buena evolución. 7 meses posteriores recurre con sintomatología (sin nuevo episodios pancreáticos agudos), cursando gestación de 22 semanas. RMN lesión quística voluminosa que ocupa el hipocondrio y flanco izquierdo, de 2800 cm3. Se aplaza terapéutica hasta finalizar embarazo. Se nos deriva para abordaje endoscópico. Endoscopia, hacia curvatura mayor abombamiento de 15cm que dificulta el paso del endoscopio, cicatriz de cistogastrostomía en antro. MÉTODOS: Procedimiento endoscópico en quirófano, bajo guía fluoroscópica. Se ingresa con duodenoscopio, se ubica sitio de abombamiento del PP en curva mayor. Se realiza punción con papilótomo de punta comprobado comunicación del PP por la salida de líquido claro amarillento abundante. Se toman muestras. Se introduce alambre guía. Se dilata trayecto a 7 mm y se coloca LAMS, con drenaje de 2700 mL de fluido. RESULTADOS: Mejoría clínica inmediata, sin mediar complicaciones. Alta a las 48 hs. Amilasa en líquido cístico 1653 U/l. CEA negativo. Anatomía patológica extendido acelular. TC control a la semana, stent que conecta cavidad gástrica y quística, con reducción del tamaño con un volumen de 25 cm3. Se retirará prótesis en 6 semanas. CONCLUSIONES: Se presentó caso de paciente con PP que recurre luego de cisto-gastroanastomosis, donde se realiza abordaje endoscópico por vía transmural con colocación de LAMS, con buena evolución clínica e imagenológica. La presentación tardía inusual de un PP recurrente requiere una evaluación clínica, de laboratorio y radiológica. En el presente caso, los antecedentes clínicos, los niveles de amilasa y los hallazgos tomográficos fueron altamente sugerentes de PP.

VC -

Código: 1586

**VIVAMOS... Y QUE PASE LO QUE TENGA QUE PASAR**

Francisco Martínez; Jorge Isaguirre; Silvina Ferrero; Marcelo Diccio.

Hospital Italiano Mendoza - mendoza - Argentina

**RESUMEN (VIDEO enviado por We Transfer)** Se presenta caso de paciente con diagnóstico de coledocolitiasis a la que se le realizó colecistectomía laparoscópica y exploración transcística de la vía biliar con extracción de litiasis coledociana múltiple y colocación de stent biliar anterogrado con buena evolución PO. Se decide realizar CPRE para extracción de stent biliar con hallazgo de perforación duodenal iatrogena por stent biliar que se resuelve con colocación de stent endoscópico interno retroperitoneal.

VC -

Código: 1657

**STEP UP DE WALLED OFF NECROSIS**

Carolina Dutto; Jose Adi; Alfredo Torres; Romina Victoria; Carolina Viñuela; Lucrecia Koll; Belén Bussetti; Lorena Leiva; Oliver Jorge; Ana Richardi.

FAGE Sociedad mendocina de Gastroenterología - Mendoza - Argentina

**INTRODUCCIÓN:** El drenaje de la colección de líquido pancreático (PFC) ha sido complejo y técnicamente desafiante. En las últimas décadas, los avances endoscópicos han mejorado las tasas de éxito técnico y clínico con reducción de complicaciones. El manejo de walled off necrosis (WON) como complicación tardía de pancreatitis aguda necrotizante, plantea un abordaje step-up. La necrosectomía endoscópica alcanza tasas más altas de resolución con menor tasa de complicaciones, tiempo de resolución y recurrencia de la cavidad. **OBJETIVO:** Presentar procedimiento de necrosectomía de WON endoscópico con colocación de stent metálico autoexpandible (SEMS) esofágico transcutáneo. **MATERIALES:** Paciente masculino de 72 años, con complicación luego de resección endoscópica de ampuloma recidivante de pancreatitis aguda. A las 4 semanas, evoluciona febril, tomografía (TC) al menos dos colecciones hipodensas en cuerpo y cola de páncreas. Se coloca drenaje percutáneo (DP) por TC, se aísla *Acinetobacter baumannii*. Se realizan lavajes diarios. Presenta mala evolución, febril persistente. Control tomográfico persistente de colección en cola de páncreas, adyacente superior al DP. Por localización de WON, se decide abordaje endoscópico transcutáneo con colocación de SEMS esofágico. **MÉTODO:** Procedimiento en quirófano, bajo anestesia, posición supina. Se avanzó un alambre guía a través del DP hacia la cavidad bajo guía fluoroscópica. Se retiró el DP. Se dilató el tracto con pinza Kocher. Se introdujo un SEMS esofágico parcialmente cubierto (120x26x20mm). La luz del stent se dilató con balón de 12 mm. Se suturó prótesis a la piel. Se abordó con un endoscopio a través del stent esofágico hacia la cavidad. Se realizó necrosectomía por desbridamiento mecánico de residuos necróticos con asa y lavado con solución salina normal de todos los compartimientos de la cavidad. En sesión subsiguiente, por evidenciarse presencia de material necrótico subyacente al stent, se retira hacia el exterior 3 cm, continuando con necrosectomía. Se realizaron sesiones cada 48 horas, un total de cinco, hasta visualizar ausencia de material necrótico, con paredes de tejido vital. Todos los procedimientos fueron realizados por un solo operador. **RESULTADO:** Evolución favorable con mejoría clínica y tomográfica. Se retiró stent luego de última sesión y se dejó curar el tracto fistuloso por intención secundaria. Continuó 2 semanas internado para control evolutivo. **CONCLUSIÓN:** El manejo de WON es complejo y el step-up depende de las características de la cavidad y recursos médicos disponibles. El desbridamiento endoscópico presenta mejores tasa de éxito y menores complicaciones. Se presenta caso de paciente con WON, con mala evolución y falla terapéutica luego de DP por TC, decidiendo abordaje endoscópico con colocación de SEMS esofágico transcutáneo con desbridamiento y lavajes de la cavidad, presentando el paciente buena evolución con mejoría clínica y tomográfica.

VC -

Código: 1658

**COLEDOCOLITIASIS COMPLEJA MANEJO ENDOSCÓPICO**

Jorge Luis Vergara Castañeda; Alba Rosa Romero Hurtado; Ana Laura Miranda Henríquez.

Hospital Regional Docente de Cajamarca - Cajamarca - Perú

La Coledocolitiasis consiste en la presencia de cálculos en los conductos biliares, que en la mayoría de los casos aparecen como resultado del paso de estos desde la vesícula biliar, a través del cístico, hacia el colédoco, y con menos frecuencia como consecuencia de la formación de los mismos en la vía biliar principal. En Cajamarca, provincia del Norte del Perú, la principal causa de obstrucción biliar es la

Coledocolitiasis en un 87%, de los cuales el 20% está representado por cálculos complejos. En cuanto a los síntomas en la forma aguda, el paciente presenta dolor e ictericia, moderada y de curso intermitente. Las alteraciones de laboratorio, reflejan la dificultad para la excreción del flujo biliar y explican la elevación de los enzimas de Colestasis. Se señalan varios factores que dificultan la extracción endoscópica de los cálculos de la vía biliar: dificultad anatómica para acceder a la vía biliar; múltiples cálculos; gran tamaño de los cálculos (mayor de 15 mm); forma cuadrada de los cálculos; localización proximal de los cálculos. Los cálculos de gran tamaño o impactados generalmente son manejados con técnicas de fragmentación como la litotripsia mecánica, litotripsia electrohidráulica (LEH) o litotripsia láser (LL) guiado por colangioscopia convencional o más recientemente por un sistema de colangioscopia directa llamado Spyglass®. También se puede usar el sistema de dilatación endoscópica de Papila con balón grande. Los avances tecnológicos en los métodos diagnósticos terapéuticos mínimamente invasivos, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y esfinterotomía endoscópica (EE), modifican sustancialmente el planteamiento del diagnóstico y terapéutico de la coledocolitiasis. Se presenta una serie de casos cuyo objetivo está enfocado en el manejo endoscópico para el tratamiento del cálculo difícil de la vía biliar. En este estudio descriptivo, los pacientes provenientes de zonas rurales fueron atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, ubicado en la Sierra Norte del Perú, como antecedentes destacan la ingesta de alimentos ricos en grasa y de alta prevalencia local de Fasciola hepática. La coledocolitiasis predominó en el sexo femenino, el grupo etario más afectado fue mayores de 50 años, la principal manifestación clínica fue ictericia y dolor abdominal. Dos de ellos fueron colecistectomizados años atrás. A la mayoría de los pacientes se les realizó la esfinteropapilotomía amplia convencional con extracción completa con canastilla convencional. En ninguno de los casos realizó litotripsia mecánica ni dilatación de papila con balón. El éxito técnico y clínico fue completo. No hubo complicaciones relacionadas con el procedimiento. Cabe resaltar en nuestro hospital no contamos con Colangiorensonancia ni con coledocoscopia con Litotripsia con Láser o Electrohidráulica.

VC -

Código: 1661

**PARASITOSIS EN VÍA BILIAR ROL DEL GASTROENTERÓLOGO Y DEL INTERVENCIÓNISMO ENDOSCÓPICO**

Jorge Luis Vergara Castañeda; Alba Rosa Romero Hurtado; Ana Laura Miranda Henríquez.

Centro Médico Especializado María Belén - Cajamarca - Perú

La afectación hepática en las helmintiasis es frecuente. Puno, Junín, Cajamarca y Mantaro en Perú son conocidas como zonas de alta prevalencia. La Fasciola hepática, es un parásito trematodo con forma de hoja. El hombre actúa como huésped intermediario, al adquirir la cercaria de Fasciola mediante la ingestión de plantas acuáticas contaminadas. De la pared intestinal, la larva migra hasta el hígado. Este parásito afecta al hígado mediante dos mecanismos patogénicos. En la fase aguda, la migración de la larva a través del parénquima en dirección al árbol biliar produce necrosis hemorrágica y hepatitis. En la fase crónica se producen cambios inflamatorios crónicos en el parénquima y vía biliar, en respuesta a la presencia de la forma adulta del parásito, que infesta el árbol biliar intra y extrahepático. La ecografía puede mostrar estas formas adultas en la vía biliar. La ascariasis hepática es la complicación menos frecuente de la infección por *Ascaris lumbricoides*, aunque es una de las más temidas por su alta morbilidad y mortalidad. Los parásitos *A. lumbricoides* son transmitidos por ingesta de tierra, comidas o productos, contaminados con huevos embrionados. Las larvas, son digeridas y llevadas al tracto intestinal, migran vía hematogena a la circulación pulmonar; penetran los alvéolos y migran al árbol traqueobronquial. De allí son deglutidas nuevamente y se diferencia a adultos en el intestino. La migración de los gusanos por el árbol biliar puede provocar un cuadro clínico de dolor abdominal intermitente en el cuadrante superior derecho, fiebre, aspecto tóxico, obstrucción biliar, colangitis, formación de abscesos, facilitando la formación de cálculos. La parasitosis biliar es la tercera causa de obstrucción biliar en Cajamarca, luego de la Coledocolitiasis y Enfermedades Neoplásicas. Este estudio descriptivo presentan una serie de casos de parasitosis, los cuales cursaron con afectación hepática, el objetivo es resaltar el manejo endoscópico para el tratamiento de parasitosis de la vía biliar. En relación a infestación por Fasciola hepática los pacientes refirieron consumo de vegetales crudos y uso de restaurantes ambulantes, lo que nos hace inferir se encuentran en relación con la fuente de infestación. La afectación hepática es una de las complicaciones más raras de la ascariasis, en los casos presentados existe concordancia en cuanto a la ingesta de agua sin hervir como factor predisponente para adquirir dicha parasitosis. La presentación clínica habitual de la parasitosis biliar fue dolor abdominal y colédoco dilatado relacionado con microlitiasis. La eosinofilia en nuestra casuística no se presentó en todos los casos. La Papilotomía Endoscópica es un factor predisponente para la Parasitosis Biliar (*Ascaris*). La mejoría clínica (éxito clínico) fue inmediata. No hubo complicaciones relacionadas al procedimiento. La Extracción Endoscópica por C.P.R.E. fue efectiva y definitiva (éxito técnico) en todos los casos.

VC -

**Código: 1672****TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO Y LAPAROSCÓPICO DE COMPLICACIONES DE LA LITIASIS VESICULAR**

Rolando Puma; Raúl Garcés; Milena Poletti; Jacobo Marinoff; Reinaldo Acosta; Joaquín Del Prado; Diego Ferro.

Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo - Buenos Aires - Argentina

**Introducción:** El síndrome de Bouveret representa del 1 al 3 % de los casos de íleo biliar. Se produce por el paso y la impacción de un cálculo biliar en el píloro y bulbo duodenal a través de una fistula biliodigestiva alta que genera un cuadro obstructivo al tracto de salida gástrico. Sin duda el tratamiento, ya sea por abordaje quirúrgico o endoscópico, sigue siendo controvertido y debe adaptarse a la condición clínica del paciente. La asociación de éste síndrome con una segunda litiasis yeyunal es sumamente infrecuente. **Objetivo:** Describir el tratamiento multidisciplinario de un caso de síndrome de Bouveret y litiasis yeyunal. **Descripción de contenidos:** Se describe el caso de una mujer de 55 años de edad, con antecedentes de litiasis vesicular de larga data, diabetes de tipo II medicada con metformina y tuberculosis pulmonar ya tratada. Consulta por un cuadro clínico de 3 semanas de evolución caracterizado por vómitos, dolor abdominal, distensión abdominal y pérdida de peso significativa. Se realiza una ecografía abdominal donde se visualiza vesícula colapsada, aerobilia y un estómago de retención. Por este motivo se efectúa una endoscopia digestiva alta donde se observa la presencia de un cálculo biliar móvil a nivel del antro gástrico de aproximadamente 2 cm. Se realizan intentos reiterados de extracción por vía endoscópica, los cuales fracasan. Se completa el estudio de la paciente con una TAC de abdomen y pelvis que evidencia la fistula colecistoduodenal y a nivel proximal del yeyuno la presencia de un segundo lito, desconocido hasta ese momento. La complejidad del caso plantea dos conductas posibles: gastrotomía y enterotomía (una cirugía con dos incisiones sobre víscera hueca) o un nuevo intento endoscópico y enterotomía quirúrgica (una cirugía con sólo una incisión sobre víscera hueca). Se decide realizar la segunda opción por tener menor posibilidad de fistula. Se consigue la extracción del lito ubicado en el estómago mediante la utilización de un sobretubo endoscópico (video). Para el segundo lito se realiza una enterotomía a nivel yeyunal por vía laparoscópica y un cierre en dos planos (video). La paciente evoluciona tolerando dieta oral el primer día postoperatorio. **Conclusiones** La cirugía mínimamente invasiva se impone cada vez más como una forma de abordaje eficaz y segura. La endoscopia digestiva terapéutica representa un campo en expansión constante dentro de los tratamientos tradicionales disponibles para los cirujanos. El abordaje multidisciplinario representa una forma de trabajo de excelencia.

VC -

**Código: 1703****RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE POLIPOS GIGANTES DEL COLON: PRESENTACION DE UN CASO**

Felix Trelles; Sabrina Anahí Quiñones; Paula Andrea Palmieri; Ignacio Federico Caldo; Facundo Nuñez.

CLÍNICA PRIVADA DEL BUEN PASTOR - Buenos Aires - Argentina

**Introducción:** La remoción de los adenomas se asocia con una reducción en la incidencia del cáncer colorrectal. En la actualidad existen varias técnicas para extirpar los pólipos adenomatosos, ya sea mediante el uso de procedimientos quirúrgicos o endoscópicos. Los pólipos de más de 3 cms representan solo el 4.1 – 7.5 % de todas las neoplasias colónicas. Se define pólipo gigante al pólipo de más de 30 mm. Técnicas avanzadas de polipectomía se utilizan para remover pólipos grandes. Durante años la cirugía sirvió como terapia estándar para pólipos grandes. En la actualidad la resección endoscópica de pólipos gigantes ha sido bien establecida a través del desarrollo de técnicas de resección como la polipectomía y la mucossectomía. Aunque el tamaño y la morfología del adenoma son factores predictivos de eficacia y seguridad, cada caso debe evaluarse individualmente por un experto para determinar la viabilidad de la resección endoscópica. La resección de adenomas gigantes es un procedimiento seguro cuando se realiza en una unidad especializada.

VC -

**Código: 1705****COLITIS CRÓNICA ULCERATIVA ACTIVA POR ENTAMOEBA COLI**

Freddy Hinostroza; Josselyn Vera.

CERID - MANABI - ECUADOR

**COLITIS CRÓNICA ULCERATIVA ACTIVA POR ENTAMOEBA COLI** Primer autor: F. X. Hinostroza-Dueñas, J. M. Vera Intriago; Portoviejo, Manabí, Ecuador Correo: dr.piruris@hotmail.com **Introducción:** La amebiasis tiende a ocurrir en regiones con condiciones socioeconómicas desfavorables y saneamiento deficiente, la mayoría ocurre en América Central, el oeste de América del Sur, África occidental y sudoriental y el subcontinente indio. En todo el mundo, cada año se estima que entre 40 y 50 millones de personas desarrollan colitis amebiana y mueren entre 40.000 y 70.000. Estudios moleculares recientes indican que E. dispar es la causa del 90% de las infecciones humanas por el género Entamoeba, siendo 10 veces más frecuente que E. histolytica, a la cual hasta hace poco se la consideraba la causante de más infecciones del género. La epidemiología de las especies de Entamoeba permanece incierta debido a que la mayoría de los datos existentes se ha obtenido a través de las 3 especies, E. histolytica, E. dispar, E. moshkovskii. La Entamoeba coli es otra de las especies parásitas integrantes del género, mayormente no patógena, se presenta frecuentemente en forma comensal y se encuentra en el ciego, colon ascendente y recto de individuos sanos. **Objetivo:** Describir manifestaciones clínicas y lesiones endoscópicas inusuales de un paciente con amebiasis. **Reporte de caso:** Masculino, 55 años, acude a ambulatorio de gastroenterología, por referir dolor de leve intensidad en marco cólico derecho acompañado de distensión abdominal. No refiere proctorragias, no pérdida de peso, no alergias, no hipertensión arterial, no diabetes mellitus, no ingesta AINES. **APF:** Hermano presenta alteraciones inespecíficas en el ritmo evacuatorio. **AQX:** Apendicectomía hace aproximadamente 20 años. Colonoscopia hace 5 años. Se solicita colonoscopia total más TAC abdominopélvica a doble contraste por APF. **TAC abdominopélvica a doble contraste:** Engrosamiento mucoso focal y heterogéneo en la región cecoapendicular, engrosamiento difuso de la mucosa de colon derecho y sigmoides. **COLONOSCOPIA TOTAL:** Lesiones ulcerativas con pequeñas erosiones cercanas al ciego, cubiertas por tejido mucoso blanquecino a determinar. **HISTOPATOLOGÍA:** Colitis crónica activa ulcerativa amebiana, hiperplasia nodular linfoidal, reactiva, no cambios neoplásicos ni morfológicos. **Discusión:** A. Lesiones ulcerativas con pequeñas erosiones cercanas al ciego, cubiertas por tejido mucoso blanquecino a determinar. B. Lecho inflamatorio con trofozoitos de Entamoeba coli (flecha). **Conclusiones:** El caso en cuestión es de importancia clínica debido a la casi nula asociación de la especie Entamoeba coli en la producción de infecciones en el ser humano. A pesar de esta consideración, ya que se trata de un paciente inmunocompetente, sin sintomatología de alarma

VC -

**Código: 1709****CUERPO EXTRAÑO DE LOCALIZACIÓN COLÓNICA**

Verónica Valdiviezo Luzuriaga; Viviana Bernedo; Sandro Miculán; Paula Borobia; Lorena Menéndez; Javier Mangioni; Florencia Recalde; Teresita Gonzalez.

La ingestión de cuerpos extraños es un problema frecuente en la infancia temprana o niños con patología neurológica o psiquiátrica. Dependiendo de la clínica y características del cuerpo extraño, la endoscopia será el método de elección para su extracción. **Objetivo:** • Mostrar una localización infrecuente de cuerpo extraño. • Dilatación estenosis colónica, mediante video colonoscopia. **Caso clínico:** Paciente femenina de 12 años de edad que consulta por ingesta de cuerpo extraño (monedas), incidente evidenciado por su madre. Como antecedentes personales de importancia: • Retraso global del desarrollo e hipotonía. • Estudio Genético informa asociación malformativa causada por una anomalía cromosómica de delección distal del brazo corto del cromosoma 5 y una trisomía parcial del brazo largo del cromosoma 19. Fenotípicamente expresado. Antecedentes patológicos familiares: Padre y sus 3 hermanos: Misma anomalía cromosómica (sin expresión fenotípica). Antecedentes de enfermedad actual: Ingesta de monedas hace 1 año, no se constató expulsión en materia fecal. **Examen físico:** Microcefalia, frente corta e hirsuta. Hipertelorismo ocular con epicanto. Abdomen: Blando, depresible, ligeramente distendido, no doloroso a la palpación, timpánico percutorio. **Deposiciones:** cada 5 días, Bristol 1-2. **Métodos y resultados:** • Estudio descriptivo • Radiografía de abdomen de pie frente: En topografía pelviana se observa múltiples imágenes radiopacas, compatibles con densidad metálica. • Radiografía de abdomen perfil: Por su localización anterior, imágenes radiopacas compatibles en zona de yeyuno-íleon. • Video colonoscopia: se progresa hasta ciego. A 60 cm de margen anal se observa estenosis infranqueable con endoscopio de 13 mm, se realiza dilatación con balón de 15 mm, guiados por radioscopia. En ciego se observan múltiples objetos romos (más de ocho monedas), se extraen con asa de red seis monedas, un botón de goma y una boca de globo. **Conclusiones:** • Los cuerpos extraños ubicados a nivel de ciego se extraen con el colonoscopio, previa preparación del colon para asegurar una visualización adecuada. • La dilatación endoscópica permite aumentar el calibre o diámetro de las zonas de estrechez o estenosis intestinal para mejorar los síntomas obstructivos causados por la misma y evitar así el tratamiento quirúrgico. **Observaciones:** • En este caso clínico mostramos una asociación infrecuente de estenosis colónica como causa de retención de cuerpo extraño en colon, en una niña con déficit neurológico. Sin conflictos de interés.

---

**VC -**

---

**Código: 1716  
PSEUDO-ACALASIA POST BARIÁTRICA, RESOLUCIÓN CON MIOTOMÍA EN-  
DOSCÓPICA**

Matías Javier Turchi; Mauricio Gabriel Ramirez; Romina Lovera; Juan Martín Rigan-  
ti; Fabio Nachman; Alejandro Nieponice.

Fundación Favaloro - Buenos Aires - Argentina

**INTRODUCCIÓN** La acalasia es una enfermedad primaria del esófago caracteriza-  
da por la falta de relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) durante la deglución,  
junto con la ausencia de peristalsis en el esófago. El tratamiento de elección para  
la acalasia es la terapia endoscópica con dilatación con balón o inyección de toxina  
botulínica, o una miotomía quirúrgica. La miotomía quirúrgica laparoscópica (Heller-  
Dor) ha sido el estándar de oro para el tratamiento quirúrgico de la acalasia en las  
últimas décadas, pero en los últimos años la miotomía endoscópica por vía oral  
(POEM) ha demostrado ser un tratamiento eficiente y seguro para la acalasia. La  
acalasia también puede ser el resultado de la compresión mecánica de la unión  
gastroesofágica por cualquier proceso benigno o maligno que resulte en un patrón  
manométrico similar a la forma primaria, como la cirugía esófago-gástrica y bariátri-  
ca. **CASO CLÍNICO** Reportamos un caso de un paciente masculino de 77 años de  
edad, que desarrolló disfagia posterior a someterse a cirugía bariátrica. Primero se  
realizó una banda gástrica en 1995, la cual debió ser removida por disfagia. Pos-  
teriormente se le realizó una gastrectomía vertical en manga en 2005, continuando  
tiempo después con disfagia progresiva. Por este motivo se le realizó posteriormen-  
te en 2007 un bypass gástrico en Y de Roux. Su disfagia reapareció al tiempo, por lo  
que fue derivado en 2019 a nuestra Institución. La seriada esófago-gastro-duodenal  
mostró una dilatación del esófago con un estrechamiento en el tercio distal próximo  
a la anastomosis gastro-yeyunal. La manometría de alta resolución mostró signos  
compatible con acalasia pero sin disfunción clara del EEI. Se interpretó como una  
pseudo-acalasia proponiéndose como tratamiento el POEM. Posterior a la mioto-  
mía, intercurrió con una colección del canal submucoso, que fue resuelta de forma  
endoscópica con ENDO-VAC, con buena evolución posterior. **CONCLUSIÓN** En  
conclusión, la cirugía bariátrica puede conducir a un síndrome similar a la acalasia  
por obstrucción funcional del tracto de salida. El reconocimiento de esta potencial  
complicación es importante porque la terapia más efectiva para estos pacientes  
debe dirigirse a la anomalía funcional creada en la cirugía bariátrica, y no con el  
tratamiento convencional de la acalasia. Esta complicación es rara y poco reconoci-  
da en la literatura. A nivel local, es el primer reporte.