

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0087

MODELO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA CARACTERIZACIÓN EN TIEMPO REAL DE ESTRUCTURAS BILIARES DURANTE COLANGIOSCOPIA DIGITAL: UN ESTUDIO PILOTO

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Hígado, vías biliares y páncreas

ROBLES MEDRANDA, Carlos | OLEAS, Roberto | ALCÍVAR VÁSQUEZ, Juan | MENDEZ GUEVARA, Juan Carlos | PUGA-TEJADA, Miguel | DEL VALLE ZAVALA, Raquel | PITANGA LUKAHSOK, Hannah

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: La caracterización de las estenosis biliares sigue siendo un desafío. Se han propuesto varias características y sistemas de clasificación para la colangioscopia digital; sin embargo, el acuerdo de los endoscopistas entre los observadores varía ampliamente. La caracterización asistida por inteligencia artificial (IA) de las estenosis biliares puede mejorar el proceso de entrenamiento para la colangioscopia digital mientras se mantiene una alta precisión.

Objetivo/s: Desarrollar un modelo de inteligencia artificial para la evaluación en tiempo real durante colangioscopia digital.

Material (pacientes) y métodos: Estudio piloto unicéntrico. Se recolectó veinte y tres videos de colangioscopia digital para el entrenamiento de los modelos de IA usando un sistema de aprendizaje automático (AI Works, MD Consulting group, Ecuador). Tres parámetros fueron entrenados por dos endoscopistas expertos. La IA clasificó los hallazgos de la colangioscopia en aspecto normal, aspecto inflamatorio y sugestivo de malignidad. El diagnóstico final de estenosis biliares se basó en la impresión visual de la colangioscopia, la biopsia intraductal y los resultados de seguimiento a seis meses.

Resultados: Se utilizó 1903 muestras (1714 entrenamientos y 189 pruebas) para entrenamiento del modelo de IA. El proceso de aprendizaje automático tomó 75 horas (2000 insignias por parámetro). El modelo desarrollado alcanzó una precisión media (mean average precision, mAP) del 94,64%. El modelo desarrollado tuvo una pérdida total de 0,1988. La puntuación F1 (media armónica de sensibilidad y precisión) fue del 92%. El IoU promedio (en general entre la predicción del modelo y la calificación de expertos) fue del 81,63%. Para la detección en tiempo real, la velocidad de procesamiento del modelo que usa un procesador IntelCore17 con 16 Gb de RAM fue de 5-7 FPS (cuadros por segundo). Dos endoscopistas expertos probaron la IA con veinte videos y veinte procedimientos de colangioscopia in vivo de pacientes con colangiocarcinoma confirmado por histología (figura 1). El modelo de IA detectó con precisión el patrón de malignidad en todos los casos.

Conclusiones: El modelo de IA propuesto reconoce y clasifica con precisión las estenosis biliares durante los videos grabados y en los procedimientos de colangioscopia digital en tiempo real. Son necesarias futuras evaluaciones de la colangioscopia con IA para confirmar estos resultados.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0089

COLOCACIÓN DE PRÓTESIS INTRALUMINAL METÁLICA CON ELECTROCAUTERIZACIÓN EN EL DRENAJE BILIAR Y DE VESÍCULA BILIAR GUIADO POR ECOENDOSCOPIA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO PRIVADO DE LATINOAMÉRICA

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Hígado, vías biliares y páncreas

ROBLES MEDRANDA, Carlos | OLEAS, Roberto | ALCÍVAR VÁSQUEZ, Juan | LOPEZ, Ariana | SÁNCHEZ CARRIEL, María | PUGA-TEJADA, Miguel | PITANGA LUKASHOK, Hannah

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: La colecistectomía laparoscópica es el estándar de atención para tratar los trastornos de la vesícula biliar. Sin embargo, en pacientes de alto riesgo quirúrgico existe una alta mortalidad. El drenaje biliar endoscópico fallido seguido de drenaje percutáneo también está asociado a determinada morbilidad. La colocación de prótesis intraluminal metálica (lumen apposing metal stents, LAMS) con electrocauterización (electrocautery-enhanced, EE) y guiada por ecoendoscopia (endos-

copic ultrasound, EUS) constituye un recurso terapéutico recientemente disponible para el tratamiento de trastornos de la vesícula biliar y biliares.

Objetivo/s: Evaluar la viabilidad y seguridad de la colocación de LAMS con EE para el drenaje biliar y vesicular guiado por EUS.

Material (pacientes) y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, llevado a cabo en pacientes asistentes a un centro privado de tercer nivel (junio de 2018 a agosto de 2020). Tres médicos revisaron de forma independiente las historias clínicas. El éxito técnico se definió por la finalización satisfactoria del procedimiento previsto mediante la colocación de LAMS con EE guiado por EUS en la posición prevista. La seguridad se definió como la aparición de eventos adversos relacionados con el procedimiento de acuerdo con los criterios de la American Society of Gastrointestinal Endoscopy (ASGE). Se registró el manejo de eventos adversos. El análisis estadístico se realizó en R. v.3.6.0 (R Foundation for Statistical Computing; Vienna, Austria).

Resultados: Se incluyó 77 pacientes: 40/77 fueron drenajes de vesícula biliar guiados por EUS, 17/77 drenajes biliares guiados por EUS y 20/77 pacientes recibieron drenaje biliar y de vesícula biliar en un procedimiento unívoco y guiado por EUS. En cuanto al drenaje de vesícula biliar, 34/60 (56,7%) fueron realizados como manejo de colecistitis aguda. En cuanto al drenaje biliar, 11/37 (29,7%) pacientes fueron abordados tras una endoscopia retrógrada cisto-pancreática (ERCP) fallida, frente a 26/37 (70,3%) a los que se les ofreció drenaje biliar guiado por EUS como modalidad de primera. En aquellos pacientes con drenaje biliar, el sitio de drenaje fue colédoco en 77,14%, vía intrahepática izquierda en 20% y vía intrahepática derecha en 2,8%. El nivel basal de bilirrubina total fue de 18,3 mg/dL. Después del drenaje biliar guiado por EUS se evidenció una disminución estadísticamente significativa en el nivel de bilirrubina a una semana (nivel medio 10,6 mg/dL) y cuatro semanas de seguimiento (nivel medio 2,38 mg/dL) ($p < 0,001$) (tabla 1). En general, se logró éxito técnico en 74/77 (96,1%) casos. Tres pacientes requirieron una reintervención después de un procedimiento guiado por EUS fallida: 2 de 3 LAMS se desplegaron incorrectamente, las vías se cerraron con un over-the-scope clip (OTSC) y uno se retiró con un segundo intento utilizando una prótesis biliar metálica completamente cubierta. No se informó eventos adversos clínicos durante el seguimiento.

Conclusiones: El drenaje biliar guiado por EUS utilizando LAMS con EE es un procedimiento factible, eficaz y seguro para el manejo del drenaje biliar paliativo. El drenaje de la vesícula biliar guiado por EUS es una alternativa segura y eficaz para el tratamiento de los trastornos de la vesícula biliar.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0092

PREDICCIÓN DE CIRROSIS HEPÁTICA MEDIANTE ECOENDOSCOPIA SHEARWAVE DEL LÓBULO HEPÁTICO DERECHO E IZQUIERDO: UN ENSAYO CLÍNICO DIAGNÓSTICO

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Ecoendoscopia - Diagnóstica

ROBLES MEDRANDA, Carlos | OLEAS, Roberto | DEL VALLE ZAVALA, Raquel | PUGA-TEJADA, Miguel | DAL BELLO, Fernanda | ALCÍVAR VÁSQUEZ, Juan | ALVARADO ESCOBAR, Haydee | CIFUENTES GORDILLO, Carlos | PITANGA LUKASHOK, Hannah

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: El estudio diagnóstico de los pacientes con enfermedad hepática crónica incluye procedimientos menos invasivos como la elastografía hepática de transición (EHT), la ecografía abdominal, la esofagogastroduodenoscopia, así como otros más invasivos, principalmente la medición de la presión del gradiente portal y la biopsia hepática (BH). La ecografía endoscópica o ecoendoscopia (endoscopic ultrasound, EUS) incluyó recientemente la elastografía ShearWave, cual consiste en la estimación de la elasticidad tisular mediante la medición de la velocidad de onda en kilopascales (kPa).

Objetivo/s: Evaluar la suficiencia diagnóstica de EUS-ShearWave en la predicción de cirrosis hepática.

Material (pacientes) y métodos: Ensayo clínico diagnóstico unicéntrico. El grupo casos estuvo conformado por pacientes con antecedente de cirrosis hepática, en quienes se evaluó tanto el lóbulo hepático derecho e izquierdo mediante EUS-ShearWave. Como grupo control se invitó a participar a individuos con características demográficas (edad/sexo) semejantes al grupo casos, sin antecedentes de ninguna afección hepatológica (incluyendo ausencia de historia de coledocolitiasis, obesidad, consumo de alcohol, uso de drogas inhalatorias o endovenosas; así como serologías para virus hepatótrofos negativas), quienes fueron encaminados a EUS a fin de descartar lesiones subepiteliales en el contexto de la discreción

asistencial. Se realizó una medición de EHT (FibroScan) en todos los casos, a fin de evaluar su correlación para con EUS-ShearWave (r de Pearson). Se calculó la suficiencia diagnóstica (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo -VPP- y negativo -VPN-) de EUS-ShearWave en la predicción de cirrosis hepática, considerando como patrón oro la BH tomada por punción EUS. Por cuestiones éticas, solo se tomó BH a los pacientes del grupo casos. El análisis estadístico se realizó en R v.3.6.0.

Resultados: De los 28 pacientes incluidos, 14 tenían cirrosis hepática. Las características basales entre los dos grupos de pacientes fueron semejantes. La EUS-ShearWave del lóbulo hepático derecho tuvo una correlación directa, proporcional y significativa para con la EHT ($r=0,693$ [IC del 95%: 0,431 - 0,847; $p < 0,001$]) así como también EUS-ShearWave del lóbulo hepático izquierdo ($r=0,460$ [IC 95% 0,105 - 0,711; $p = 0,014$]). EUS-ShearWave del lóbulo hepático derecho e izquierdo mostró una curva ROC (receiver operating characteristic curve) de 0,98 y 0,96, respectivamente. Para la identificación de pacientes con cirrosis hepática, un valor de corte de EUS-ShearWave del lóbulo hepático derecho $>10,7$ kPa tuvo una sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de 100%, 93%, 93%, 100%, respectivamente. En el lóbulo hepático izquierdo, utilizando un valor de corte $>14,0$ kPa, EUS-ShearWave tuvo una sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de 93%, 93%, 93%, 93%, respectivamente (tabla 1).

Conclusiones: EUS-ShearWave diagnóstica con precisión a los pacientes con cirrosis hepática. EUS-ShearWave del lóbulo hepático derecho e izquierdo se correlaciona con las mediciones de EHT. Se necesita estudios más amplios para validar estos datos.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0141

UTILIDAD DE LA ECOENDOSCOPIA-ELASTOGRAFÍA Y ECOENDOSCOPIA-CONTRASTE EN EL DIAGNÓSTICO DE MALIGNIDAD FRENTE A LESIONES PANCREÁTICAS SÓLIDAS

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Ecoendoscopia - Diagnóstica

OSPINA ARBOLEDA, Jesenia(1) | MARTÍNEZ BALLESTEROS, Priscila(2) | AZAÑEDO BARRANTES, Claudia(1) | DEL VALLE ZAVALA, Raquel(1) | ALCÍVAR VÁSQUEZ, Juan(1) | ALVARADO ESCOBAR, Haydee(1) | CIFUENTES GORDILLO, Carlos(1) | OLEAS NAREA, Roberto(1) | PUGA-TEJADA, Miguel(1) | PITANGA LUKASHOK, Hannah(1) | ROBLES MEDRANDA, Carlos(1)

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED) (1); HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN (2)

Introducción: La ecoendoscopia (endoscopic ultrasound, EUS) es una herramienta útil en el diagnóstico de lesiones sólidas del páncreas. Sin embargo, su utilidad diagnóstica per sé es baja. La EUS-elastografía permite mediante ondas de choque, determinar el tipo de lesión sólida del páncreas mediante estimación de su firmeza a través del strain ratio (SR) y histogram (SH). También es posible evaluar las lesiones sólidas del páncreas mediante EUS-contraste (contrast enhancement, CE). En este contexto, existe evidencia disyunta respecto a la utilidad diagnóstica de EUS-SR, EUS-SH y EUS-CE.

Objetivo/s: Establecer la utilidad de la EUS-elastografía (SR/SH) y EUS-CE en el diagnóstico de malignidad frente a lesiones sólidas del páncreas.

Material (pacientes) y métodos: Estudio observacional, analítico, de corte transversal. Se seleccionó pacientes mayores de 18 años, en quienes se haya evaluado lesiones sólidas del páncreas mediante EUS-SR, EUS-SH y EUS-CE. Siguiendo lo descrito en la literatura, se interpretó como criterio de malignidad, un EUS-SR >15 kPa, un EUS-SH ≤ 49 kPa y un EUS-CE hipocaptante. La utilidad diagnóstica de dichas técnicas fue estimada mediante cálculo de la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) y coincidencia observada. Se consideró como patrón oro la biopsia tomada por PAAF, definiéndose la presencia de malignidad en función de los criterios de Fukuoka. El análisis de datos fue realizado en R v.3.6.0.

Resultados: Se recuperó cincuenta y cinco casos, 23/55 mujeres, edad promedio de 63 (25 – 87) años. La mayoría de las lesiones se localizaron en la cabeza del páncreas (42/55), seguido del cuerpo (8/55), proceso uncinado (4/55) y cola (1/55), con un tamaño promedio de 34 (3 – 100) mm. Se estimó un EUS-SR >15 kPa en 39/55 (71%), EUS-SH ≤ 49 kPa en 47/55 (85%), y EUS-CE hipocaptante en 42/55 (76%) casos. La biopsia por PAAF determinó finalmente 40/55 (73%) casos: adenocarcinoma 25/40, carcinoma de células acinares 6/40, tumor neuroendócrino 4/40, cistoadenoma/cistoadenocarcinoma 3/40, neoplasia papilar mucinosa intraductal 2/40. EUS-SH presentó mayor sensibilidad (88%) en contraste con EUS-SR (80%) y EUS-CE (82%). Sin embargo, EUS-SR, EUS-SH y EUS-CE presentaron semejante VPN (50%, 38% y 46%) y coincidencia observada (72%, 69% y 71%), respectivamente.

Conclusiones: EUS-SR, EUS-SH y EUS-CE presentan semejante utilidad en el diagnóstico de malignidad frente a lesiones sólidas del páncreas. Son necesarios estudios prospectivos con un mayor número de casos a fin de establecer el impacto diagnóstico de dichas técnicas.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0093

COMBINACIÓN DE LA RETIRADA EN ANTE Y RETROFLEXIÓN DURANTE VIDEO-COLONOSCOPIA MEDIANTE EQUIPO DE RADIO DE GIRO CORTO (SHORT-TURN) DE SEGUNDA GENERACIÓN: UN ENSAYO CLÍNICO DIAGNÓSTICO

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Colon

ROBLES MEDRANDA, Carlos | OLEAS, Roberto | ALCÍVAR VÁSQUEZ, Juan | CIFUENTES GORDILLO, Carlos | ALVARADO ESCOBAR, Haydee | DEL VALLE ZAVALA, Raquel | PUGA-TEJADA, Miguel | LÓPEZ, Ariana | PITANGA LUKASHOK, Hannah

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: La video-colonoscopía (VCC) es el método de cribado para prevenir el cáncer colorrectal. Sin embargo, algunos pólipos y adenomas pueden pasar inadvertidos, principalmente aquellos en zonas de difícil visualización: lado proximal de la válvula ileocecal, pliegues haustrales, flexiones o válvulas rectales.

Objetivo/s: Evaluar el impacto de la combinación de la retirada en ante (visión frontal) y retroflexión durante VCC empleando un equipo de radio de giro corto (short-turn) de segunda generación.

Material (pacientes) y métodos: Ensayo clínico diagnóstico, unicéntrico. Se invitó a participar de este protocolo a todo paciente >35 años con criterio asistencial de VCC, bien diagnóstica (por algún síntoma), cribado o vigilancia. Los pacientes fueron encaminados primero a una VCC de alta definición (HD) estándar. Luego, otro operador, ciego a los hallazgos de la VCC-HD estándar, realizó un segundo procedimiento en el mismo paciente, combinando la retirada en ante y retroflexión. Las lesiones detectadas durante el segundo procedimiento se consideraron como originalmente pasadas por alto durante la VCC-HD estándar. Se calculó la tasa de detección de pólipos y adenomas de ambos procedimientos. El análisis estadístico se realizó en R.4.0.3 (R Foundation for Statistical Computing; Vienna, Austria).

Resultados: Se incluyó un total de 203 pacientes. La mediana de edad fue de 57 años, el 66% eran mujeres. El motivo de la VCC-HD fue diagnóstico en 81,3%, cribado en 15,8% y 3 vigilancia en 3%. En cuanto al tamaño de las lesiones, el 74,5% aquellas detectadas detectadas en anteverción eran <5 mm. En retroflexión el 65,3% presentó un tamaño <5 mm y 34,7% entre 5-10 mm. La VCC-HD en ante y retroflexión presentó una tasa de detección de pólipos de 39.9 y 54.2, y una tasa de detección de adenomas de 21.2 y 32.0, respectivamente.

Conclusiones: La combinación de la retirada en ante (visión frontal) y retroflexión durante VCC aumenta la tasa de detección de pólipos y adenomas en comparación con la VCC-HD estándar. Se necesitan ensayos multicéntricos con mayor número de casos a fin de poder validar estos datos.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0207

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED GASTROINTESTINAL

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Esófago, estómago y duodeno

GOMEZ NAVAS, María Del Pilar | BUSQUET, Laura Roxana | NEDER, María Daniela | GONZALEZ, Juliana | WEYERSBERG, Christian | ANTONISKA, Mariela Andrea | WEDE, Gabriela | JULIA, Analía | BOTTERO, Adriana Jorgelina | ROCCA, Ana Marcela

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

Introducción: El trasplante alogénico de células hematopoyéticas (TACH) es el tratamiento de elección en pacientes con determinadas enfermedades hemato-oncológicas, errores congénitos e inmunodeficiencias primarias. La enfermedad de injerto contra huésped (EICH) es la principal causa de morbimortalidad en trasplantados, siendo la forma gastrointestinal (GI) muy frecuente. El diagnóstico se establece por las manifestaciones clínicas, hallazgos endoscópicos e histopatología.

Objetivo/s: Describir las características clínicas, hallazgos endoscópicos y clasificación histológica de los pacientes con EICH GI. Además, definir si existe correlación entre la gravedad del compromiso endoscópico e histológico.

Material (pacientes) y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Se analizaron los pacientes con TACH y diagnóstico de EICH GI en el periodo desde enero de 2018 a mayo de 2021 en un centro de alta complejidad. Se evaluaron manifestaciones clínicas, tiempo post trasplante, hallazgos de endoscopia digestiva superior (VEDA) y colonoscopia (VCC) junto a resultado de histología. Para las variables continuas se aplicaron medidas de resumen y dispersión según su distribución, para las variables categóricas se resumieron en proporciones o porcentajes. Para las asociaciones entre las variables se usó el test de chi-2 de Pearson.

Resultados: 49 pacientes (61% hombres), mediana de edad al diagnóstico: 10 años (rango: 2 a 18 años), ver tabla 1. Diagnósticos: leucemias (80%), inmunodeficiencias primarias (12%) y aplasias medulares (8%). Los síntomas más frecuentes fueron diarrea (47%), anorexia (27%), vómito (12%), dolor abdominal (12%) y hemorragia digestiva baja (2%). Se realizó VEDA en el 98% de los pacientes y VCC en el 53%. Los hallazgos endoscópicos en las VEDA: eritema (67%), hemorragias subepiteliales (42%), edema (21%), erosiones (8%) y úlceras (4%). Los hallazgos endoscópicos observados en las VCC: eritema (31%), edema (27%), erosiones (16%), úlceras (12%) y pérdida del patrón vascular (8%). La histología fue positiva para EICH gastrointestinal en el 81% de las VEDA y en el 92% de las VCC. 5 VEDA fueron normales con histología diagnóstica de EICH en 3 de ellas (60%). En cuanto a las VCC 14 fueron normales con histología de EICH en 12 (86%). De los 25 pacientes en quienes se realizó VEDA + VCC, 14 de los mismos (56%) presentaron compromiso extenso y 2 (8%) presentaron EICH gástrico aislado. En la tabla 2, se describen los hallazgos endoscópicos e histológicos según la gravedad. Hubo correlación entre la gravedad endoscópica e histológica para los dos estudios (VEDA-VCC) estadísticamente significativas con un p valor < 0.001. En 59% de los pacientes el EICH se diagnosticó en los primeros 100 días postrasplante (EICH agudo).

Conclusiones: Las manifestaciones clínicas de EICH GI son inespecíficas, siendo la diarrea el síntoma predominante. Se evidenció mayor rédito diagnóstico de EICH GI en la VCC comparado con la VEDA, con predilección del compromiso de colon distal. Fue inusual la afectación gástrica aislada en el EICH GI. En más del 50% de las endoscopias con mucosa de apariencia normal, la histología evidenció enfermedad, esto se relaciona con lo descrito en la literatura en donde se recomienda realizar biopsias de forma sistemática. Existió correlación entre la gravedad del EICH endoscópico e histológico. El EICH GI se presentó predominantemente en los primeros 100 días postrasplante. Esto coincide con lo descrito en la literatura mundial.

PÓSTER ORAL

Código: 0088

APLICACIÓN DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL RECONOCIMIENTO DE ESTRUCTURAS ANATÓMICAS EN TIEMPO REAL MEDIANTE ECOENDOSCOPIA: UN ESTUDIO PILOTO

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia Diagnóstica

ROBLES MEDRANDA, Carlos | OLEAS, Roberto | DEL VALLE ZAVALA, Raquel | MENDEZ GUEVARA, Juan Carlos | ALCÍVAR VÁSQUEZ, Juan | PUGA-TEJADA, Miguel | PITANGA LUKAHSOK, Hannah

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: La ecografía endoscópica o ecoendoscopia (endoscopic ultrasound, EUS) es un procedimiento altamente sofisticado con un número limitado de instalaciones disponibles para su capacitación a nivel mundial. Es necesario un gran número de procedimientos para lograr un apropiado entrenamiento. Así mismo, el acuerdo entre observadores varía ampliamente. El reconocimiento y la caracterización asistida por inteligencia artificial (IA) de estructuras anatómicas pueden mejorar el proceso de entrenamiento al tiempo que mejora el acuerdo entre observadores.

Objetivo/s: Desarrollar un modelo de inteligencia artificial que reconozca en tiempo real las estructuras anatómicas durante las evaluaciones EUS.

Material (pacientes) y métodos: Estudio piloto unicéntrico. Se desarrolló dos redes neuronales convolucionales a partir de videos de EUS lineal y radial en pacientes sin patología alguna. Los modelos de IA se desarrollaron utilizando un software de aprendizaje automático automatizado (AI Works, MD Consulting group, Ecuador). Dos eco-endoscopistas expertos capacitaron a los dos modelos independientes. Se calculó las métricas de los algoritmos EUS lineal y radial para reconocer estructuras anatómicas durante las evaluaciones EUS.

Resultados: Se incluyó ocho estructuras anatómicas de doce videos de EUS para el desarrollo de los algoritmos por AI. Se capturó un total de 8113 muestras de los videos de EUS (6354 para EUS-radial y 1759 para EUS-lineal). Las estructuras anatómicas fueron reconocidas y etiquetadas para el entrenamiento de los modelos de IA por dos eco-endoscopistas expertos (más 300 EUS/año). El modelo radial EUS propuesto alcanzó una precisión media (mAP) de 69,67%, puntuación F1 (media armónica de sensibilidad y precisión) de 92%, IoU promedio (global entre la predicción del modelo y la calificación de expertos) de 79,08%, con un total de pérdida de 0,13. El modelo lineal EUS desarrollado alcanzó una mAP de 83,43%, una puntuación de F1 de 89%, IoU promedio de 73,48%, con una pérdida total de 0,16. Los dos eco-endoscopistas expertos evaluaron los modelos de IA para el reconocimiento de estructuras anatómicas en veinte casos en vivo que reconocieron con precisión en tiempo real todas las estructuras anatómicas entrenadas (figura 1).

Conclusiones: Los modelos de IA propuestos para EUS lineal y radial reconocen e identifican las estructuras anatómicas entrenadas durante las evaluaciones en tiempo real. El modelo propuesto podría implementarse para la formación en EUS, probablemente reduciendo el tiempo y el número de casos necesarios para lograr un entrenamiento apropiado.

PÓSTER ORAL

Código: 0194

ROL DE LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA EN PANCREATITIS AGUDA RECURRENTE: ESTUDIO RETROSPECTIVO

Modalidad: Resúmenes Científicos - Póster Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Ecoendoscopia - Diagnóstica

IRIARTE, Maximiliano | REDONDO, Agustina | CURA, Pablo | SCIARRETA, Martín | LOPES, Melody | CAPALDI, Ianina Belén | DOMENICONI, Sofía | BALDONI, Fernando | TUFARE, Francisco

HIGA SAN MARTÍN

Introducción: La pancreatitis "idiopática" o de causa no evidente representa un 10-30% de la etiología de los pacientes con pancreatitis aguda (PA). Según publicaciones recientes la etiología biliar (microlitiasis) representa la principal causa (75%) de las pancreatitis categorizadas como idiopáticas, así como también con menor frecuencia malformaciones ductales, pancreatitis crónica, lesiones sólidas o quísticas del páncreas y disfunción del esfínter de ODDI. Es importante determinar la etiología en pacientes con PA, con el fin de aplicar terapias tempranas, prevenir su recurrencia y evitar su progresión a una pancreatitis crónica. En la actualidad, la ultrasonografía endoscópica tiene un rol importante en el estudio etiológico de la PA idiopática para la detección de lesiones ductales, parenquimatosas y biliopancreáticas (litiasis).

Objetivo/s: • Objetivo primario: Eficacia de la ultrasonografía endoscópica para diagnóstico etiológico de pancreatitis aguda recurrente sin causa evidente • Objetivo secundario: Prevalencia de alteraciones morfológicas parenquimatosas o ductales en pancreatitis recurrente

Material (pacientes) y métodos: • Se evaluaron las características por USE lineal multi-frecuencia de 5-10 MHz, en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de pancreatitis aguda recurrente definido como 2 o más episodios de pancreatitis aguda, de etiología desconocida, luego de realizar una exhaustiva historia clínica, sin evidencia de causa tóxica, alteración de laboratorio, sin hallazgos de litiasis biliar (ecografía abdominal/ TC abdomen) durante la internación y posterior al alta. • Método: El estudio diseñado es observacional de corte trasversal. Se recolectaron datos de pacientes mayores de 18 años que concurren a la unidad de páncreas de un centro de 3° nivel con diagnóstico de pancreatitis aguda recurrente durante el periodo 2015-2021. Se utilizó como metodología diagnóstica variable continuada que será evaluada de acuerdo a la presencia de distribución normal. Si hubiera normalidad, se expresarán como media y DS; caso contrario, como mediana y rango intercuartílico. Las variables categóricas se expresarán como porcentaje

Resultados: Se analizaron los datos en 13 pacientes de los cuales el 69% (9) eran mujeres y el 31% (4) hombres, en quienes se ha realizado USE, con una mediana de edad 49.5 años en donde el 54% habían sido colecistectomizados. El rendimiento etiológico de la EUS fue del 46%, hallándose como diagnóstico más prevalente neoplasia mucinosa intraductal (IPMN tipo 1: 23%).

Conclusiones: La EUS obtuvo un rendimiento diagnóstico del 46% de los pacientes estudiados, detectando como etiología principal la de origen neoplásico (IPMN tipo 1) y en menor frecuencia de origen biliar. El hallazgo etiológico y su posterior tratamiento resultan cruciales ya que se han asociado a una reducción en la tasa de recurrencia. Sujeto a los resultados hallados, se observan datos prometedores, a favor de la USE; por tal motivo, consideramos importante continuar recabando datos para poder realizar un análisis más crítico sobre este método complementario, comparándolo con otros estudios realizados.

PÓSTER ORAL

Código: 0214

RESECCIÓN MUCOSA ENDOSCÓPICA DE ADENOCARCINOMA INTRAMUCOSO SANGRANTE

Modalidad: Videos Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Colon

ESCOBAR, Rafael | FERREIRA, Mariana | SEQUEIRA, Agustín | PARDO, Barbara | CANDEL, Ivanna | DI DOMENICO, Diego

SANATORIO DR. JULIO MENDEZ

Introducción: Las causas más frecuentes de hemorragia digestiva baja (HDB) son diverticulosis, angiodisplasias, sangrado post-poliplectomía, colitis isquémica. Causas menos frecuentes incluyen pólipos o neoplasias colónicas. El tratamiento endoscópico debe realizarse ante evidencia de sangrado activo, vaso visible o coágulo adherido. Las guías de manejo de HDB describen el tipo de terapéutica endoscópica a desarrollar solo en las patologías más frecuentes.

Objetivo/s: Presentar la resolución endoscópica de una hemorragia digestiva baja secundaria a un pólipo sangrante.

Material (pacientes) y métodos: Paciente femenina de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, marcapasos por bloqueo aurículo-ventricular, insuficiencia renal crónica. Sin terapia antiagregante, anticoagulante, ni antiinflamatorios no esteroideos. Consultó por síndrome anémico y hematoquecia con descomensación hemodinámica. Se realizó VEDA sin evidencia de lesiones, y

luego VCC observándose contralateral a válvula ileocecal sobre área diverticular, lesión de extensión lateral de 30 mm de superficie granular con nódulo dominante (LST-GM - Paris 0-IIa + 0-Is con patrón glandular tipo Kudo IV) con babeo hemático continuo. Se realizaron lavados enérgicos y terapia térmica con gas argón (APC) logrando el cese del mismo. Por resangrado temprano se repitió VCC, observando erosión sobre nódulo dominante con sangrado continuo. Se realizó nuevamente terapéutica con APC, y posteriormente se inyectó la lesión con solución de adrenalina 1/20000 e indigo carmín y se reseco con ansa caliente (Endocut Q E3 D1 I6) en 3 fragmentos. Se realizó terapéutica de bordes con coagulación soft con punta de ansa, y se colocaron dos clips hemostáticos. Durante la internación se transfundieron 3 unidades de glóbulos rojos. Por buena evolución se otorgó el alta sanatorial. La anatomía patológica reveló la presencia de un adenoma túbulo vellosa con displasia de alto grado con foco de adenocarcinoma intramucoso (Categoría de Viena 4.2).

Resultados: Las guías de manejo en HDB recomiendan diferentes estrategias terapéuticas según las patologías más prevalentes, pero no lo hacen para aquellas menos frecuentes. Dentro de éstas se encuentran los pólipos. El análisis retrospectivo de Gralnek en 2013 en 76.186 VCC realizadas por hematoquecia evidenció la presencia de pólipos en 30.6% y 37.2% de pacientes menores y mayores de 60 años respectivamente. Sin embargo, no aclara si éstos fueron el origen del sangrado. El trabajo prospectivo realizado en el 2011 por Arroja que incluyó a 371 pacientes con HDB evidenció la presencia de pólipos como causa de sangrado en un 4.85% de los casos. Por su parte, Hreiss evidenció que un 12% de las HDB clínicamente significativas se debían a neoplasias, y un 2.4% a pólipos mayores a 1 cm. En estos trabajos se estudió el origen del sangrado, pero no se evaluó el tipo de terapéutica utilizada. En el caso presentado se realizó hemostasia inicial con adrenalina, luego se utilizó APC, y una vez controlado el sangrado se pudo realizar la técnica de resección mucosa endoscópica.

Conclusiones: Los pólipos colónicos son causas poco frecuentes de HDB. Las guías de manejo no realizan recomendaciones respecto a su tratamiento, quedando a criterio del médico endoscopista. En este caso se utilizaron dos técnicas hemostáticas para el cese del sangrado para posteriormente realizar la resección de la lesión.

PÓSTER ORAL

Código: 0090

ENDOSCOPIA DE LUZ BLANCA DE ALTA DEFINICIÓN VS. MAGNIFICACIÓN CON REALCE ÓPTICO (OPTICAL ENHANCEMENT) EN LA EVALUACIÓN DE PACIENTES CON DISPEPSIA

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Esófago, estómago y duodeno

ROBLES MEDRANDA, Carlos | OLEAS, Roberto | ALCIVAR VASQUEZ, Juan | PUGA-TEJADA, Miguel | CIFUENTES GORDILLO, Carlos | DEL VALLE ZAVALA, Raquel | ALVARADO ESCOBAR, Haydee | ARMAS, David | LÓPEZ, Ariana | PITAN-GA LUKASHOK, Hannah

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: La dispepsia es uno de los motivos más comunes de consulta y derivación al gastroenterólogo para una endoscopia. La video-endoscopia de luz blanca (white light endoscopy, WLE) permite a los endoscopistas evaluar la mucosa gástrica y evaluar los hallazgos que sugieran inflamación, infección por *H. pylori* o cambios preneoplásicos. La WLE con magnificación y realce óptico (optical enhancement, OE) pueden facilitar la evaluación de la mucosa gástrica; sin embargo, este último no se ha comparado con el estándar de alta definición (high definition, HD).

Objetivo/s: Comparar la WLE-HD versus WLE-HD con magnificación y OE en la evaluación de mucosa gástrica de pacientes con dispepsia.

Material (pacientes) y métodos: Ensayo clínico observacional realizado en pacientes con síntomas de dispepsia encaminados a endoscopia digestiva alta entre marzo/2020 a octubre/2020. En un mismo paciente, un primer operador realizó WLE-HD; luego, un segundo operador ciego a los hallazgos previos realizó una WLE-HD con magnificación y OE, empleando una clasificación previamente descrita (figura 1). Se tomó biopsias siguiendo el protocolo de Sydney-Houston. El diagnóstico final se basó en los hallazgos histopatológicos: mucosa gástrica normal, gastritis crónica sin atrofia (non-atrophic gastritis, NAG) y con atrofia (chronic atrophic gastritis, CAG).

Resultados: Se incluyó 149 pacientes; la mediana de edad fue de 50 años y el 67,51% eran mujeres. 125/149 de los pacientes tenían NAG en comparación con 12/149 que tenían CAG. La WLE-HD tuvo una sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y concordancia de 67%, 96%, 62%, 97% y 94% para definir CAG; similar a la WLE-HD con magnificación y OE, misma cual mostró una sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y concordancia del 58%, 91%, 37%, 96% 89%, respectivamente. En cuanto a la infección por *H. pylori*, la WLE-HD tuvo una sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y concordancia del 72%, 43%, 36%, 77%, 52%; similar a la WLE-HD con magnificación y OE, misma cual mostró una sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y concordancia del 80%, 39%, 37%, 82%, 82%, 52%, respectivamente.

Conclusiones: No existe una diferencia significativa entre la WLE-HD y la magnificación con OE en la definición de la mucosa gástrica normal, CAG o infección por *H. pylori* en pacientes con dispepsia. Se necesitan ensayos multicéntricos más grandes y con más participantes para validar estos resultados.

PÓSTER ORAL

Código: 0118

FUGA BILIAR - VIA BILIAR TRATADA MEDIANTE COLOCACION DE PROTESIS METALICA TOTALMENTE CUBIERTA

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Hígado, vías biliares y páncreas

ZEGARRA, Carlos(1) | FLORES CRUZ, Gonzalo(2)

INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA BOLIVIANO JAPONES (1); CENTRO MEDICO FIORI (2)

Introducción: La colelitiasis es una condición que afecta al 20 % de la población a nivel mundial aproximadamente. La colecistectomía es un procedimiento rutinario en el mundo. Con el advenimiento de la colecistectomía laparoscópica y la curva de aprendizaje se presentaron nuevas variedades de lesiones. Se estima que existe una incidencia de 0.3 % a 1 % de lesiones biliares post colecistectomía

Objetivo/s: Conocer la efectividad de prótesis metálicas autoexpandibles en una lesión de vía biliar con fuga a cavidad abdominal

Material (pacientes) y métodos: Paciente de 37 años, primigesta, diagnóstico de colelitiasis durante el embarazo que a las 36 semanas de gestación presenta cuadro de colecistitis aguda. Al examen físico álgida, taquicárdica, febril, Murphy positivo y datos clínicos de inicio de trabajo de parto. Laboratorios reportan leucocitosis, perfil hepático alterado con hipertransaminasemia por 2, resto de perfil normal. Ecografía de rastreo abdominal: Colecistitis aguda con cálculo enclavado en bacinete. Se realiza valoración por el servicio de obstetricia que indica cesárea de emergencia. La misma se programa simultáneamente con colecistectomía convencional. Post operatorio inmediato sin alteraciones. A las 24 horas de cirugía la paciente presenta dolor abdominal con datos de peritonismo. Nueva ecografía reporta líquido libre con punción obteniendo débito bilioso. Es reintervenida de emergencia. Durante la cirugía se encuentra contenido biliar en cavidad, No se identifica lugar de fuga biliar por el cual se decide instalar una sonda transcística y un drenaje sub hepático con débitos biliosos > 1000 mL diarios. Se realiza CPRE a las 48 hrs de la 2da cirugía, Colangiografía muestra lesión longitudinal de colédoco proximal de 2 cm aproximadamente. Se decide instalar una prótesis metálica auto expansible totalmente cubierta con la finalidad de realizar sello hermético de la lesión y favorecer el drenaje biliar hacia duodeno. Después de 24 horas los débitos biliares remiten a < 50 ml y después de 96 horas desaparecen. Retirando la prótesis a los 90 días aproximadamente sin problemas observando el sellado de la lesión

Resultados: El uso de prótesis metálica auto expandible mostro ser una decisión adecuada con el sellado de la fuga y una opción al ser un procedimiento menos invasivo que una cirugía de exploración de vías biliares.

Conclusiones: Aunque las fugas biliares pueden ser graves y potencialmente mortales, generalmente menos del 30% de las lesiones son reconocidas en el momento de la operación, El objetivo de la intervención endoscópica es favorecer el gradiente de presión hacia el duodeno. El uso de prótesis plásticas puede no ser suficiente es por lo mismo que el apoyo y la necesidad de contar con otro tipo de prótesis como las metálicas a la mano puede significar el éxito o fracaso del tratamiento endoscópico. En nuestro caso una lesión extensa, la colocación de una prótesis o múltiples prótesis plásticas puede aumentar los costos y aun así fallar en relación a una metálica. Cabe mencionar que la colocación de prótesis biliares metálicas auto expandibles aún está en fase de estudio y las complicaciones a corto y largo plazo deben ser descritas.

PÓSTER ORAL

Código: 0142

COLOCACIÓN DE ENDOLOOP EN PÓLIPOS PEDICULADOS PARA PROFILAXIS DE SANGRADO POST POLIPECTOMÍA ¿ES UN MÉTODO EFECTIVO?

Modalidad: Resúmenes Científicos - Póster

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia terapéutica - Colon

GULLINO, Lorenzo | GARAVENTO, Leonardo | GARBI, Maria Laura | CORREA, Gustavo | YANTORNO, Martin | GIRAUDO, Florencia | DOMENICONI, Sofia | CURA, Pablo | SCARPONI, Maria Alicia | REDONDO, Agustina | ARRAMÓN, Mariana | CAPALDI, Ianina Belen | BALDONI, Fernando | TUFARE, Francisco | CARRICA, Sebastián

HIGA SAN MARTÍN

Introducción: El cáncer colorrectal se desarrolla a partir de lesiones premalignas que según su morfología se pueden clasificar en lesiones polipoides y no polipoides. El tratamiento endoscópico de estas lesiones permite disminuir la incidencia y mortalidad del cáncer colorrectal. Sin embargo, estos procedimientos presentan un riesgo de complicaciones, siendo el sangrado post polipectomía la más frecuente, con una incidencia reportada del 0.3 al 6.1%, variando la misma según el centro, la experiencia del operador y las características de las lesiones. Los principales factores de riesgo para este evento son: el tamaño del pólipo, la localización en colon de-

recho, la presencia de componente vellosa o adenocarcinoma y las comorbilidades del paciente (hipertensión arterial, uso de anticoagulantes, entre otras). Los pólipos pediculados grandes, con tallo mayor a 5 mm o cabeza mayor a 20 mm, tienen indicación de profilaxis del sangrado con inyección de adrenalina y/o colocación de clip o endoloop sobre el pedículo.

Objetivo/s: el objetivo primario fue evaluar la tasa de éxito técnico y la seguridad del endoloop como método de profilaxis de sangrado post polipectomía.

Material (pacientes) y métodos: estudio observacional, retrospectivo, realizado en un centro de atención terciaria, en el periodo de tiempo comprendido entre enero de 2011 hasta enero de 2021. Todos los pacientes mayores de 18 años, que firmaron el consentimiento informado y en los que se resecó al menos un pólipo pediculado (con diámetro del tallo > 5 mm y/o diámetro de la cabeza > 20 mm) previa colocación de endoloop fueron incluidos en este estudio. Todos los datos fueron recolectados de las historias clínicas digitalizadas (Cuspyde®). Se definió éxito técnico a la colocación del endoloop en la base del pedículo del pólipo, sin deslizamiento del mismo posterior a la colocación/resección. Se definió sangrado post polipectomía inmediata a la presencia de sangrado por más de un minuto posterior a la resección, con necesidad de tratamiento endoscópico o quirúrgico.

Resultados: se incluyeron 42 pólipos pediculados que se trataron con endoloop para profilaxis del sangrado post polipectomía, en 41 pacientes. Del total, a 20 pólipos se le realizó tratamiento de profilaxis combinado (endoloop más inyección de adrenalina 1:10000) y a los 22 restantes monoterapia con endoloop. El tamaño promedio del diámetro del pedículo fue de 12.8 mm (5-20 mm) y la cabeza de 24.7 mm (10-45 mm). El sigmoides fue la localización más frecuente (32/42). El éxito técnico se logró en 35 (83.3%) polipectomías. La falla de la colocación se evidenció en 7 casos, uno de ellos por colocación parcial sobre la cabeza del pólipo con remanente del lazo. En los 6 restantes, el endoloop se deslizó tras la resección, uno por tensión insuficiente en el pedículo y el resto por colocarse en cercanía de la cabeza del pólipo, presentando sangrado como complicación en 4 de ellos. En ningún paciente se reportó transección del pedículo en frío, dificultad en la liberación, ni perforaciones. La tasa de sangrado inmediato en el grupo de pacientes que se logró la correcta colocación del endoloop fue del 2.3% (1/35).

Conclusiones: en nuestro estudio pudimos evidenciar una tasa de éxito técnico mayor al 80% con una tasa de sangrado inmediato del 2.3%. En el 16% (7/42) de los pacientes no se logró una correcta colocación del endoloop y de ellos el 57% (4/7) presentó sangrado inmediato como complicación. Con estos resultados podemos inferir que la correcta colocación del endoloop es fundamental para lograr la efectividad del método, por lo que es necesario fortalecer el entrenamiento de los endoscopistas y asistentes en esta técnica. Es necesario realizar estudios prospectivos randomizados con mayor número de pacientes para confirmar los resultados.

Resultados: Presenta buena evolución, seguimiento por imágenes y endoscopia con cierre de orificio fistuloso a los

Conclusiones: A pesar de los recientes avances técnicos en la cirugía del cáncer gástrico, las fugas anastomóticas posoperatorias siguen siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. Las complicaciones respiratorias e infecciosas son importantes y, con frecuencia requieren cuidados intensivos y hospitalización prolongada, con tasa de morbilidad de hasta el 50-60%. Históricamente, estas fugas se han tratado con una combinación de reparación quirúrgica, antibioterapia, dieta cero y nutrición parenteral total. Sin embargo el manejo quirúrgico abierto presenta tasas de morbimortalidad significativa, siendo el abordaje mínimamente invasivo o endoscópico la opción elegida para lograr el cierre de la fuga. Las opciones endoscópicas van a depender de la localización, bordes y tamaño del defecto. Se establece que el éxito terapéutico está relacionado con el diámetro de la fuga, siendo este un umbral de 2 cm como se informó en un gran estudio monocéntrico que describe los resultados del uso endoscópico de pegamento biológico, clips hemostáticos y stents con una tasa de éxito del 73,1% para defectos <2 cm vs. 14,3% por encima de 2 cm. Nuevas dispositivos han superado este inconveniente, como over the scope clips (OTSC), sin embargo, el cierre rara vez es factible si los bordes se encuentran necróticos e inflamados debido a la dificultad para atrapar el espesor total de la pared esofágica. Se presenta caso de paciente con gran orificio fistuloso esofágo pleural que se logra el cierre del mismo tras reiteradas sesiones de coagulación con argón plasma produciendo inflamación local y reducción del defecto hasta hacer posible el cierre definitivo con endoclips.

PÓSTER ORAL

Código: 0091

PRUEBA DE DETECCIÓN RÁPIDA DE ANTICUERPOS COVID-19 COMBINADA CON EVALUACIÓN CLÍNICA EN LA REANUDACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE UNA UNIDAD DE ENDOSCOPIA: EXPERIENCIA EN UN CENTRO PRIVADO DE LATINOAMÉRICA

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Misceláneas

ROBLES MEDRANDA, Carlos | OLEAS, Roberto | ALCÍVAR VÁSQUEZ, Juan | PUGA-TEJADA, Miguel | SÁNCHEZ ANGARITA, Efrain | DEL VALLE ZAVALA, Raquel | CIFUENTES GORDILLO, Carlos | ALVARADO ESCOBAR, Haydee | PITANGA LUKASHOK, Hannah

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

PÓSTER ORAL

Código: 0206

CIERRE ENDOSCÓPICO DE GRAN FÍSTULA ESÓFAGO - PLEURAL POSQUIRÚRGICA

Modalidad: Casos Clínicos - Póster

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia terapéutica - Esófago, estómago y duodeno

DUTTO, Carolina | ADI, Jose | TORRES, Alfredo | MONDINI, Mauricio

HOSPITAL L.C. LAGOMAGGIORE

Introducción: Las fugas esofágicas como complicación a una anastomosis posquirúrgica puede ocurrir en el 4-35% de los pacientes y es un evento con riesgo significativo de infección respiratoria recurrente, sepsis, desnutrición y muerte. Debido a que la incidencia de un cierre espontáneo de una fístula esofágo respiratoria es extremadamente bajo, la evidencia enfatiza en la necesidad de un abordaje activo para lograr un cierre definitivo, siendo un desafío el manejo de estos pacientes.

Objetivo/s: Presentación de caso clínico que se logró de forma exitosa el cierre endoscópico de fístula esofago-pleural (FEP) postquirúrgica con un diámetro mayor a 20 mm.

Material (pacientes) y métodos: Paciente masculino de 65 años con antecedentes de adenocarcinoma infiltrante de unión esofágo gástrica T2N1M0 que se realizó esofagectomía con esofagogastronastomosis latero-lateral y colocación de drenaje pleural derecho. Quince días luego de la cirugía presenta fiebre, tos y disnea, leucocitosis, aumento de reactantes de fase aguda, insuficiencia renal aguda e hipoxemia. Se evidencia en tomografía con contraste oral trayecto fistuloso a nivel de tercio medio de esófago que comunica con cavidad pleural derecha, derrame pleural bilateral e hidroneumotorax derecho. Se colocó drenaje pleural derecho aspirativo, antibioterapia de amplio espectro y alimentación enteral por yeyunostoma. Endoscopia digestiva alta, a 28 cm en anastomosis esofágo-gástrica presencia de orificio fistuloso de 22 mm de diámetro máximo con bordes con fibrina y tejido necrótico en contacto con grampas de sutura, se accede a cavidad pleural con abundante contenido purulento y restos alimentarios semisólidos que se extraen con asa red, se realizó coagulación argón plasma sobre los bordes y colocación de sonda k11 naso-pleural aspirativa (FIGURA 1). Se realizaron sucesivamente un total de 4 sesiones endoscópicas de coagulación con argón sobre los bordes evidenciando una disminución del defecto hasta un diámetro de 8 mm y lograr la colocación de dos endoclips.

Introducción: La pandemia del COVID-19 afectó el normal funcionamiento de las unidades de Endoscopia en todo el mundo. Reanudar las actividades en entornos con recursos limitados donde la prueba de PCR con hisopado no está ampliamente disponible es un desafío muy costoso. La combinación de detección clínica, pruebas rápidas y un protocolo estricto puede permitir reanudar el funcionamiento de las unidades de Endoscopia.

Objetivo/s: Evaluar la combinación de la consulta de telemedicina y el cribado serológico de rutina a fin de reanudar las actividades de una unidad de Endoscopia.

Material (pacientes) y métodos: Estudio de cohorte, unicéntrico (del 15 de abril al 22 de mayo). Los pacientes fueron evaluados a través de una consulta de telemedicina por un neumólogo en busca de antecedentes de síntomas agudos, contactos cercanos o exposición a COVID-19. Se realizó un cribado serológico dentro de las 24 horas previo al procedimiento endoscópico. El personal de Endoscopia fue examinado para detectar síntomas e infección por COVID-19 mediante un hisopado de PCR antes y después de la instauración de este protocolo previo a la reanudación de las actividades. El protocolo también incluyó políticas de distanciamiento social en la sala de preparación, endoscopia y recuperación; así como equipo de protección personal (mascarilla facial acrílica o facemask, mascarilla N95, bata, guantes) y protector de caja de aerosol para intubación en aquellos casos que requieran anestesia general. Se realizó un seguimiento de los pacientes durante cuatro semanas y se les realizó un cribado para detectar síntomas de COVID-19.

Resultados: Se incluyó 127 pacientes en el período de estudio. 9/127 exhibieron anticuerpos IgM positivos contra COVID-19 (7/9 pacientes tuvieron una presentación clínica leve mientras que 2/9 fueron asintomáticos). Sus procedimientos endoscópicos fueron diferidos hasta obtenerse una prueba PCR negativa. 118 pacientes fueron sometidos a procedimientos endoscópicos siguiendo este protocolo. La mediana de edad fue de 45 años, el 64,4% eran mujeres. La temperatura corporal media de 37 C. El 13,6% fueron pacientes hospitalizados. De los 118 pacientes tratados, el 53,4% fueron para procedimientos terapéuticos mientras que el 46,6% fueron diagnósticos. El 85,6% de los procedimientos se clasificaron como no urgentes y el 14,4% como urgentes. Las frecuencias de los procedimientos endoscópicos se describieron de la siguiente manera: esofagogastrroduodenoscopia 45,8%, video-colonoscopia 2,5%, endoscopia retrógrada cisto-pancreática (ERCP) 22,0%, colangioscopia 15,3% y ecoendoscopia 14,4%. Cualquier infección nosocomial por COVID-19 entre el personal de endoscopia o los pacientes ya atendidos fue comunicada durante el protocolo del estudio y el seguimiento a un mes de la realización del procedimiento endoscópico en cuestión.

Conclusiones: Una consulta combinada de telemedicina seguida de un cribado serológico permitió la apropiada y segura reanudación de las actividades de una unidad de endoscopia a un bajo costo. El distanciamiento social durante la sala de preparación y recuperación, así como el equipo de protección personal juegan un papel en el manejo de la propagación del COVID-19.

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0021

ENDOMICROSCOPIA CONFOCAL EN LA MUCOSA COLÓNICA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DIVERTICULAR: RESULTADOS PROVISIONALES

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Colon

ROBLES MEDRANDA, Carlos | OLEAS, Roberto | CIFUENTES GORDILLO, Carlos | PUGA-TEJADA, Miguel | ALCIVAR VASQUEZ, Juan | ALVARADO ESCOBAR, Haidee | DEL VALLE ZAVALA, Raquel | PITANGA LUKASHOK, Hannah

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: La enfermedad diverticular colónica es una condición prevalente en occidente. La endomicroscopia confocal basada en sonda (confocal laser endomicroscopy, pCLE) detecta cambios inflamatorios indetectables durante la vídeo-colonoscopía de alta definición (HD-VCC). Sin embargo, no hay datos sobre el papel de la inflamación de la mucosa peri-diverticular y colónica en pacientes con enfermedad diverticular colónica.

Objetivos: Describir el papel de la mucosa peri-diverticular y colónica en pacientes con enfermedad diverticular colónica mediante pCLE.

Material (pacientes) y métodos: Estudio observacional, prospectivo, unicéntrico. Se invitó a participar a pacientes >35 años con indicación de VCC diagnóstica, cribado de cáncer colorrectal o seguimiento de pólipos. Se excluyó casos con hematoquezia o diverticulitis. Se realizó HD-VCC evaluando la presencia de inflamación y complicación diverticular mediante la escala Diverticular Inflammation and Complication Assessment (DICA score). A mayor DICA, mayor inflamación/complicación diverticular. La mucosa peri-diverticular y colónica fue evaluada mediante pCLE, considerándose: a) fusión y distorsión de las criptas; b) presencia de epitelio brillante; y c) dilatación y tortuosidad vascular. El contraste de los hallazgos endoscópicos iniciales vs. del desarrollo de enfermedad diverticular complicada se evaluará en un seguimiento de 24 meses. El análisis estadístico se realizó en R v3.6.0.

Resultados: Se incluyó sesenta y tres pacientes. La mediana de edad fue de 64 años. El 50,8% eran mujeres. En 53/63 (84,1%) se puntuó un DICA I, y DICA II en otros 15,9%. El 47/63 (74,6%) de los pacientes presentaron cuando menos un criterio de inflamación peridiverticular a la pCLE en comparación con 16/63 (25,9%) en los que no se detectó inflamación. La inflamación peri-diverticular de pCLE predijo mayor enfermedad diverticular complicada (DICA II) con una sensibilidad >80% en el colon ascendente, transversal, descendente y sigmoide; y un valor predictivo negativo (VPN) del 100% en todos los segmentos colónicos. En cuanto a la inflamación de la mucosa colónica, los criterios de inflamación pCLE tienen un VPN >80% en todos los segmentos colónicos. El 56/63 de los pacientes presentaron inflamación de la mucosa colónica según pCLE, lo que demuestra un aumento significativo en la detección de hallazgos inflamatorios en pacientes con enfermedad diverticular (tabla 1). En la siguiente fase de esta investigación se hará un seguimiento de los pacientes hasta los 12 y 24 meses, a fin de constatar desarrollo de enfermedad diverticular complicada (NCT04173182).

Conclusiones: La pCLE es un marcador prometedor en la detección de inflamación en la mucosa peri-diverticular y colónica de pacientes con enfermedad diverticular. La inflamación peri-diverticular puede desempeñar un papel en la predicción de enfermedad diverticular complicada.

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0026

"ESTENOSIS BENIGNA RECURRENTE"

Modalidad: Casos Clínicos - Póster

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia terapéutica - Colon

BONAMICO, Agustina | TRAKAL, Juan Jose | TRAKAL, Esteban | BUTTI, Abel | ZARATE, Fabian Eduardo | GORORDO IPIÑA, Rosa Carolina | BEDINI, Marianela Patricia | PARODI, Matias

CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA (C.U.R.F.)

Introducción: La estenosis benigna colorrectal es la formación de una membrana secundaria a la inflamación y fibrosis provocada por radiación, diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal, isquemia o una combinación de estos factores que impide el tránsito intestinal normal. También es una complicación de la anastomosis colorrectal, los factores de riesgo para desarrollar una estenosis en este caso son sexo femenino, enfermedad inflamatoria, sutura mecánica y anastomosis entre los 8 y 12 cm del margen anal. El riesgo se incrementa cuando se realiza una desviación del tránsito intestinal con una ileostomía de protección.

Objetivos: Conocer sobre estenosis benigna y la mejor opción terapéutica endoscópica en casos de recurrencia.

Material (pacientes) y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 29 años de edad con antecedente de dismenorrea, dispareunia y enterorragia premenstrual, con diagnóstico de endometriosis profunda por resonancia magnética de abdomen y pelvis, que requirió intervención quirúrgica en dos oportunidades. En la primera se

realizó resección del recto superior y anastomosis del sigmoides con el recto medio e ileostomía de protección; y a los 5 meses por desarrollo de nuevos focos de endometriosis se amplió a resección anterior baja de recto con anastomosis colorrectal término terminal. Se realizó colonoscopia control a los 4 meses posquirúrgicos para programar cierre de ileostomía y retranstitución, se observó a los 4-5 cm por encima de la sutura mecánica un fondo de saco sin posibilidad de progresar hacia proximal. Se realizó técnica combinada de rendez vous con el servicio de cirugía general. Se progresó el colonoscopia por ileostomía hacia distal hasta alcanzar el recto, guiado por trans iluminación del rectoscopio del equipo quirúrgico. A través de un mono-puerto anal el cirujano realizó con maniobras romas la ruptura de la membrana con instrumento de aspiración y se pasó por el mismo desde proximal una guía hidrofílica que fue recibida y exteriorizada a través del ano; se retiró el colonoscopia e ingresó por vía rectal, se colocó el balón de dilatación neumática sobre la guía y se expandió progresivamente hasta lograr 20 mm, logrando trasponer el colonoscopia por sobre la estenosis y sin evidencia de complicaciones inmediatas. A los 20 días se programó nueva dilatación y al ingresar con el colonoscopia se observó reestenosis. Se repitió la técnica de rendez vous y esta vez se dejó una sonda rectal siliconada para impedir el cierre de la misma. Se realizó nuevamente dilatación neumática a los 15 y 21 días sin necesidad de colocar el sondaje rectal. A los 28 días en control endoscópico se observó anastomosis permeable y en simultáneo se realizó la retranstitución. Un año después el paciente presenta hábito intestinal normal.

Resultados: Una técnica combinada guiada por trans iluminación para lograr la ruptura de la membrana y la dilatación neumática repetida fueron las elegidas con éxito para este tipo estenosis benigna recurrente, utilizando una sonda rectal transitoria para impedir el cierre de la misma.

Conclusiones: La estenosis benigna es una frecuente complicación posquirúrgica de la anastomosis colorrectal, una condición que impide la retranstitución y genera mala calidad de vida en los pacientes. Existen muchas técnicas endoscópicas y vías de abordaje pero la dilatación neumática es la de elección, sin embargo hay casos refractarios que necesitan repetidas maniobras en corto tiempo. La dilatación puede ser guiada por radioscopia, o mediante rendez vous con el equipo de cirugía general como se describió en este caso.

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0188

BALÓN INTRAGÁSTRICO EN EL PACIENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA O SUPER-OBESIDAD EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Misceláneas

PEST, Erika

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS

Introducción: El balón intragástrico está indicado en pacientes con BMI entre 30 a 40 kg/m². Se han realizado experiencias previas con resultados dispares en pacientes con BMI > 40 (obesidad mórbida), incluso BMI > 50 (super obesidad), tanto como único método, o como puente hacia la cirugía bariátrica.

Objetivo: evaluar la pérdida de peso y disminución de BMI en el tiempo en los pacientes con obesidad mórbida y super obesidad a los que se les colocó un balón intragástrico en nuestra institución.

Material (pacientes) y métodos: Materiales: desde el año 2015 hasta el año 2019 se colocaron 27 balones en nuestra institución, de los que se tomaron como criterios de inclusión todos los pacientes con BMI > 0 = 40 kg/m², con al menos 6 meses de seguimiento y 2 o más registros de peso a los 3, 6 o 12 meses. 16 pacientes fueron incluidos en el análisis, se les colocó a 15 pacientes balones Spatz tipo 3, y 1 paciente recibió balón Orbera. 5 pacientes tenían un BMI <40 por lo que no se incluyeron en el estudio. 6 pacientes se excluyeron: 2 pacientes por intolerancia, 1 paciente falleció por causa no relacionada al balón, 2 pacientes se perdieron en el seguimiento y 1 paciente pidió la extracción del balón por lograr el objetivo previo al periodo de los 6 meses. Método: estudio analítico de cohorte retrospectivo. Se registraron los controles de peso realizado por el personal del equipo multidisciplinario (endoscopia, cirugía bariátrica, nutrición, psicología y psiquiatría).

Resultados: se analizaron 16 pacientes, 10 de sexo masculino (62,5%). Con una edad media 45,8 años (±9,69 años). Se compararon los resultados de las variables medidas al inicio y a la extracción usando un test de Student apareado y se consideró una p válida <0.05. Se encontraron diferencias significativas tanto en peso, BMI y exceso de peso. Peso inicial 208 kg (±39,83) y peso a la extracción 173±34,9 kg, p=0.002. BMI inicial 72,68 (±18, 66) con un BMI a la extracción 59,25 (±11,3) con una p=0.004. El exceso de peso inicial fue de 134 kg (±38,6 kg) siendo de 98,9 (±31 kg) a la extracción p= 0.002. La extracción se realizó con una media de 14,7 meses (±3,9 meses). También se analizó un grupo de 11 pacientes con registros 3-6 y extracción, con test Anova de medida repetidas tomando como significativo una p<0.05. Las medias de peso resultaron con diferencias significativas del registro basal con los 3 meses, 6 meses y extracción, dependiendo intensidad paulatinamente hasta la extracción. Lo mismo sucedió con BMI y exceso de peso.

Conclusiones: el balón intragástrico en pacientes con obesidad mórbida y super obesidad es útil para lograr una pérdida de peso efectiva, ya sea como único método de elección o como puente a la cirugía bariátrica.

PÓSTER

Código: 0133

ECOENDOSCOPIA EN EL DIAGNOSTICO DE INSULINOMA PANCREATICO

Modalidad: Videos Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Ecoendoscopia - Diagnóstica

HERRERA, Laura(1) | ARCE, Migue(1) | PÉREZ, Patricio(1) | MEDINA BARRIENTOS, Alberto(1) | SAYANES, María Victoria(1) | PERALTA, Eduardo(1) | MORAN FAIENZO, Gabriela(1) | CAPRIOTTI, Andrés(1) | CALVO, Sebastián(1) | WANG, Hui Jer(2)

HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS "DR OSCAR ALENDE"- MAR DEL PLATA (1); HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EL CRUCE (2)

Introducción: Las neoplasias neuroendócrinas pancreáticas son raras y constituyen un 2-3% de todos los tumores pancreáticos. El insulinoma, es el mas frecuente y su diagnóstico se basa en la sospecha clínica y localización de la lesión por imágenes. La mayoría son solitarios, benignos y menores de 2 cm. Con los métodos tradicionales de Tac y RMN en un 30-40% de los casos no se encuentra la lesión. La ecoendoscopia ha surgido como método diagnóstico, que también permite confirmar histología a través de la punción aspiración con aguja fina.

Objetivos: Presentar un paciente con sospecha clínica de insulinoma pancreático con TAC y RMN normales, por lo que se realiza ecoendoscopia que localiza la lesión y permite planificar la cirugía.

Material (pacientes) y métodos: Varón de 36 años de edad con antecedentes de trastorno de la conducta y ansiedad de 5 años de evolución, evaluado inicialmente por salud mental, siendo medicado con clonazepam y lamotrigina, sin seguimiento médico. Se interna por episodio de convulsiones con hallazgo en laboratorio de glucemia de 34 mg/dl. Hemograma, ionograma, hepatograma, función renal normal. Tac cerebral sin lesiones. Niega consumo de medicamentos hipoglucemiantes, estupefacientes u otros antecedentes relevantes. Se inicia perfusión continua de glucosa al 5% presentando en la evolución de la internación episodios reiterados de hipoglucemias con síntomas asociados y restitución al normalizar la glucemia (tríada de Whipple). Insulina plasmática 3 U/ml. Ante la sospecha de un tumor productor de insulina se realizaron imágenes de TAC y RNM de abdomen con contraste que fueron normales.

Resultados: Se solicita ecoendoscopia que informa: en el cuerpo pancreático, cerca del cuello, una lesión sólida, hipocogénica, ovalada, homogénea, con borde bien definido, doppler positivo, que mide 16 x 11.2 mm de diámetro sin compromiso de vasos importantes. Se realiza punción con aguja fina de 22G. El resto del parénquima pancreático de aspecto normal, conducto de wirsung fino. Evaluado de manera multidisciplinaria se decide derivación a centro con disponibilidad de ecografía intraoperatoria para evaluar posibilidad de enucleación con preservación del parénquima. Se realiza laparoscopia con eco intraoperatoria, donde se observó la lesión muy cercana al Wirsung, por lo cual se desistió de la enucleación y se realizó pancreatocetomía corporocaudal. Posteriormente el paciente fue dado de alta hospitalaria sin registros de hipoglucemia en los controles.

Conclusiones: En la sospecha clínica de insulinoma pancreático, cuando la TAC y RMN no muestran lesión, el próximo método sugerido es la ecoendoscopia por su alta sensibilidad (80-90%), que solo disminuye en las lesiones pequeñas localizadas en la cola del páncreas. Es un método operador dependiente y la limitación está dada en la disponibilidad del recurso. La localización es fundamental para planificar la cirugía con el objetivo de preservar parénquima pancreático sin dejar lesión.

PÓSTER

Código: 0252

¿ES LA TUBERCULOSIS UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES SÓLIDAS PANCREÁTICAS?

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Ecoendoscopia - Diagnóstica

ARRAMON, Mariana | ARRAMON, Mariana | REDONDO, Agustina | PAGES, Mariana | CORREA, Gustavo | CURA, Pablo | SCIARRETTA, Martin | GULLINO, Lorenzo | MARIANO, Jimena | FERRIGNO, Agustín | DELEO, Sabino | FRAPICINI, Gabriela | BALDONI, Fernando | TUFARE, Francisco

HIGA SAN MARTÍN

Introducción: La tuberculosis es una infección bacteriana causada por Mycobacterium tuberculosis. El compromiso gastrointestinal representa del 11% al 16% de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar. La afectación pancreática es extremadamente inusual. La misma puede manifestarse como lesión focal pancreática quística, sólida o mixta, representando un desafío en el diagnóstico diferencial con lesiones focales de origen neoplásico. La ultrasonografía endoscópica (USE) con punción representa el método inicial de estudio para el diagnóstico diferencial de lesiones focales pancreáticas. El diagnóstico correcto de

esta entidad, es crucial para el tratamiento adecuado y así evitar la elevada morbimortalidad de una resección pancreática innecesaria.

Objetivos: presentación de caso clínico de patología pancreática infrecuente
Material (pacientes) y métodos: Paciente femenina de 39 años en estudio por dolor abdominal epigástrico de 3 meses de evolución asociada a síndrome de repercusión general. Como antecedentes personales presenta diagnóstico de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis.

Resultados: Se realizó tomografía computada observando en topografía de proceso uncinado formación sólida de 22 mm condicionando dilatación del conducto pancreático. Además, se observó engrosamiento de la pared duodenal, adenopatías locorreccionales y retroperitoneales múltiples de 10 a 20 mm de diámetro, algunas de ellas necrosadas y dos formaciones sólidas adyacentes al omento mayor sugestivos de implantes. Para complementar estudio por imágenes se decide colangiopancreático resonancia con contraste que confirma el diagnóstico tomográfico. Se realizó estudio bioquímico que evidenció anemia, insuficiencia renal con elevación de la fosfatasa alcalina. Se complementó el estudio con USE lineal multifrecuencia para la evaluación de dicha formación. Se observó en topografía de proceso uncinado formación isoecoica heterogénea de 37 mm de bordes irregulares. Se realizó elastografía cualitativa, mostrando patrón heterogéneo a predominio verde mientras que la elastografía cuantitativa (Strain ratio 8 y Strain Histo 50) no fue concluyente. Además, se observan adenopatías peripancreáticas en rango adenomegálico de aspecto infiltrativo. Se realizó punción con aguja de 22 gauge con técnica de fanning y aspiración seca obteniendo material para estudio citológico (extendidos). Se recibió informe de dicha muestra negativo para atipia. Se repite USE con PAAF sin rédito diagnóstico (muestra insuficiente para solicitar cultivo). Por duda diagnóstica se decidió realizar laparoscopia exploradora observándose en semiología quirúrgica formación de aspecto inflamatoria en proceso uncinado pancreático, con biopsias por congelación intraquirúrgicas negativas para atipia. Además, se toman biopsias de implantes peritoneales y ganglios perigástricos para estudio histopatológico, cuyo resultado informa proceso inflamatorio crónico granulomatoso con necrosis caseosa central rodeada de abundantes histiocitos y presencia de células gigantes multinucleadas. Se realiza técnica ácido peryódico de Schiff (PAS), Grocott, Zeilh - Neelsen y Kinyou negativas para microorganismos específicos. No se observan hallazgos característicos de atipia. Ante la alta sospecha de tuberculosis pancreática se inicia tratamiento empírico con tuberculostático (rifampicina, isoniazida, etambutol y pirazinamida). Al mes de tratamiento la paciente presenta notable mejoría clínica (asintomática). Se realiza TC control a los nueve meses de tratamiento observando notable reducción de formación pancreática (mayor a 50%). Ausencia de adenopatías visualizadas en estudio previo.

Conclusiones: La tuberculosis pancreática es una causa inusual de lesión focal pancreática y debido a su presentación clínica inespecífica y signos radiológicos atípicos, en ocasiones el diagnóstico es posible mediante laparotomía o resección pancreática. Es fundamental el rol de los estudios complementarios y el trabajo multidisciplinario para el diagnóstico oportuno y de esta manera evitar resección pancreáticas innecesarias.

PÓSTER

Código: 0176

TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS COLÓNICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A COLONOSCOPIA. ANÁLISIS RETROSPECTIVO

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Colon

GIGENA, Ricardo Agustín | RODRIGUEZ, Laura | GOBELET, Jaqueline

SANATORIO ALLENDE

Introducción: Para realizar una correcta colonoscopia las diversas sociedades de endoscopia han elaborado recomendaciones y guías clínicas para que estas exploraciones sean consideradas de calidad. Así, uno de los indicadores de calidad prioritarios en las colonoscopias es la tasa de detección de adenomas (TDA). Se considera aceptable una tasa global de detección de adenomas $\geq 25\%$ en colonoscopias de cribado de CCR; no obstante, en las exploraciones realizadas con base en la determinación de sangre oculta en heces positiva (SOH+), las tasas aceptadas son más altas: $\geq 40\%$.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar la tasa de detección de adenoma colónicos y determinar sitio de localización más frecuente.

Material (pacientes) y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo de todos los pacientes adultos (mayores a 18 años) que se sometieron a una colonoscopia. Grupo compuesto por 7 endoscopistas, tiempo de estudio desde el 1 de marzo de 2019 hasta el 28 de febrero de 2020.

Resultados: Se analizaron 1763 colonoscopias en el período estudiado, se excluyeron 254 Colonoscopias, quedando un número final de 1509 procedimientos. 821 pacientes (54,4%) fueron hombres y 688 (45,6%) fueron mujeres. Con una edad media de 54 años. La causa más frecuente fueron procedimientos diagnósticos por Screening (41%). La tasa de detección de adenomas fue del 32,4%, ubicados más frecuentemente en colon sigmoideas. La tasa de detección de pólipos serrados fue del 2,8%, y para los pólipos hiperplásicos fue del 18%. No hubo diferencias significativas en la tasa de detección de adenomas por endoscopistas.

Conclusiones: La tasa de detección de adenomas en nuestro centro es satisfactoria y cumple con los estándares recomendados por las guías internacionales. Es importante continuar con la medición de este índice en el tiempo, para conservar los estándares de calidad dentro del servicio.

PÓSTER

Código: 0095

CASO CLÍNICO: PSEUDOLIPOMATOSIS DE COLON, UN HALLAZGO INESPERADO

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Colon

PERAL, Franco | MILONE, Elena | GONZALEZ, Mauro | PEREZ, Daniel | GOMEZ, Veronica | BORGONOVO, Lucas | GARRIDO, María Laura | INTERLANDI, Johana | PAREDES, María Victoria | CHULIA, Victor | SALGADO, Yamila

HOSPITAL SAN LUIS

Introducción: La pseudolipomatosis del colon (PLC) es una entidad benigna poco descrita que se caracteriza histológicamente por la presencia de múltiples vesículas que contienen aire, en la pared del intestino grueso. Se cree que tiene un origen iatrogénico, causado por la infiltración de aire a través de la mucosa del colon durante los procedimientos endoscópicos.

Objetivo/s: Presentar una asociación poco frecuente de pseudolipomatosis de colon que fue confirmado por estudios histopatológicos.

Material (pacientes) y métodos: Se trata del reporte de un caso clínico sobre una paciente de 41 años. Realiza su consulta por pirosis y distensión abdominal de larga data y medicada con pantoprazol, trimebutina y mosaprida. Trae un examen parasitológico negativo y un laboratorio general dentro de parámetros normales con anticuerpos negativos para enfermedad celíaca. Se solicita endoscopia digestiva alta y videocolonoscopy porque refirió que le resecaron pólipos de colon años atrás, sin informe patológico al momento de la visita.

Resultados: Video endoscopia digestiva alta: Gastropatía congestiva y pólipo diminuto de fundus gástrico. Biopsias gástricas: Gastritis crónica, Hp negativo (-) Videocolonoscopy: Hasta ciego. Preparación adecuada (Escala de Boston 9/9). A 100 cm del margen anal (colon ascendente) se observan áreas de mucosa blanquecina, con visualización de criptas, y que no desaparecen al lavado profuso. Se toman múltiples biopsias y se espera resultado de AP. Resto de mucosa sin hallazgos característicos. Diagnóstico Anatomopatológico: Pseudolipomatosis Estromal Colónica

Conclusiones: La PLC fue descrita por primera vez por Snover et al, En 1985, quienes la caracterizaron. La enfermedad fue nombrada por su aspecto histológico similar al de la lipomatosis intestinal, ya que las vacuolas gaseosas encontradas en la mucosa rectal imitan, bajo examen microscópico, los adipocitos presentes en la submucosa de pacientes con lipomatosis colónica. Es una entidad rara y se estima que hay aproximadamente unos 70 casos publicados. Los estudios que revisan series grandes revelan que puede ocurrir en aproximadamente el 0.02% al 1.7% de los pacientes sometidos a endoscopia, ocurriendo mayormente entre la sexta y la séptima década de la vida. En cuanto al sexo, algunos autores encuentran una mayor participación en las mujeres y otros describen mayor prevalencia en los hombres. La etiopatogenia de la PLC sigue sin estar clara y parece ser más una complicación del examen endoscópico que una enfermedad en sí. En la actualidad, la teoría etiopatogénica más aceptada es que la enfermedad tiene un origen iatrogénico, resultante de barotrauma causado por la penetración de gas en la mucosa intestinal durante los exámenes endoscópicos. El aspecto endoscópico de la PLC es característico. Macroscópicamente, hay placas mucosas de color amarillo-blanco, elevadas, únicas o múltiples, segmentadas o localizadas; y con un diámetro que varía de 0,2 cm a 5 cm, ubicándose con mayor frecuencia en el colon sigmoide y recto. El examen microscópico presenta vacuolas ópticamente vacías, a veces coalescentes, generalmente ubicadas en el corion entre las criptas mucosas. En la mayoría de los casos descritos, las vacuolas miden entre 50 y 600 mm en sus diámetros mayores y suelen estar rodeadas de un infiltrado inflamatorio mononuclear. Ocasionalmente es posible identificar soluciones de continuidad en la superficie epitelial de la mucosa colónica cercana a la lesión. En la paciente del presente informe el estudio inmunohistoquímico, con anticuerpos primarios anti-proteína S-100, anti-CD68 y anti-CD34, pudo confirmar que las vesículas no estaban llenas de tejido graso y no representaban dilataciones vasculares. El tratamiento de la PLC es conservador, ya que es una lesión benigna que desaparece en la mayoría de los casos en un plazo de dos a tres semanas sin dejar secuelas.

PÓSTER

Código: 0220

RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA DE UN DIVERTÍCULO DE ZENKER

Modalidad: Videos Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Esófago, estómago y duodeno

FERREIRA, Mariana | SEQUEIRA, Agustin | PARDO, Barbara | VISSO, Ana Laura | ESCOBAR, Rafael

SANATORIO DR. JULIO MENDEZ

Introducción: El divertículo de Zenker (DZ) es una herniación de la mucosa y sub-

mucosa esofágicas que se produce por aumento de la presión endoluminal sobre un área de debilidad de la hipofaringe denominada triángulo de Killian. Se presenta predominantemente en hombres de edad avanzada y afecta 0.01 a 0.11% de la población. El síntoma más frecuente es la disfagia. El diagnóstico se realiza con un estudio radioscópico contrastado y con videoendoscopia digestiva alta (VEDA). El tratamiento puede ser endoscópico o quirúrgico.

Objetivo/s: Presentar la resolución endoscópica de un divertículo de Zenker.

Material (pacientes) y métodos: Paciente femenina de 87 años que consultó por disfagia progresiva de menos de un año de evolución. En la tomografía se evidenció engrosamiento de la pared posterolateral izquierda del esófago con nivel hidroaéreo y en la VEDA diagnóstica un divertículo de 1 cm de profundidad. Se indicó diverticulotomía endoscópica que se realizó bajo anestesia general e intubación orotraqueal. Se utilizó un gastroscopio con cap y se colocó una sonda K108. Con papilótomo aguja se realizó la incisión en la línea media del septum hasta los 5 mm del fondo. Se colocaron 3 clips hemostáticos profilácticos. El procedimiento no presentó complicaciones. La paciente se externó a las 24 horas tolerando dieta procesada.

Resultados: La posibilidad de evitar la diverticulotomía transcervical abierta e incluso realizar los procedimientos endoscópicos en pacientes vigiles han sido dos hitos que cambiaron el enfoque en cuanto al manejo del DZ. El metanálisis realizado por Ishaq et al concluyó que la diverticulotomía con endoscopia flexible presenta una tasa de éxito de 91%, una recurrencia de 11% y 11.6% de eventos adversos, siendo los más frecuentes la hemorragia y la perforación. En ninguno de los trabajos analizados fue necesaria la intervención quirúrgica salvo para el drenaje de abscesos.

Conclusiones: El tratamiento endoscópico es de elección en el manejo del DZ. Este presenta alta efectividad, corta duración de procedimiento y de internación, baja tasa de complicaciones y rápido inicio de la vía oral y las complicaciones son pasibles de resolución endoscópica. La resolución del DZ es excepcionalmente quirúrgica cuando falla la terapéutica endoscópica por imposibilidad de exposición del septum diverticular o por recurrencia de los síntomas.

PÓSTER

Código: 0055

"HALLAZGOS POSTQUIRÚRGICOS ENDOSCÓPICOS ANUALES EN PACIENTES BARIÁTRICOS"

Modalidad: Resúmenes Científicos - Póster

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Esófago, estómago y duodeno

FUGAZZOTTO DE LA CRUZ, Juan Jesus | NOTARI, Lorena | HERMIDA, Raquel

HOSPITAL CHURRUCA-VISCA

Introducción: La cirugía bariátrica es el tratamiento de elección en pacientes obesos severos cuando las terapias dietéticas y de ejercicio han fallado. La gastrectomía en manga laparoscópica (MG) y el bypass gástrico: en Y de Roux laparoscópico (RYGB) y Mini bypass gástrico (BAGUA) son los dos procedimientos bariátricos más comúnmente indicados. En la literatura los hallazgos en la VEDA (videoendoscopia digestiva alta) postquirúrgica control realizada al año posterior al procedimiento varían según el tipo de intervención realizada. La Manga Gástrica, es la que presenta mayor frecuencia de complicaciones asociadas al reflujo. EL bypass en Y de Roux, presenta úlceras y estenosis en la anastomosis, dilatación de la anastomosis gastroyeyunal y fístula-gastro-gástrica. El Mini bypass gástrico presenta úlceras gástricas, úlceras marginales, reflujo duodeno-gastro-gástrico y estenosis de la anastomosis.

Objetivo/s: Describir los hallazgos endoscópicos encontrados al año de la cirugía y compararlos con los hallazgos endoscópicos prequirúrgicos en pacientes sometidos a manga gástrica (MG), bypass gástrico en Y de Roux (RYGB) o mini bypass gástrico (BAGUA).

Material (pacientes) y métodos: Estudio retrospectivo, observacional de 51 pacientes obesos mayores de 18 años incluidos en el Programa de Cirugía Bariátrica del Servicio de Gastroenterología del Hospital Churrucá entre el 1 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2018. Se analizaron comorbilidades, protocolos quirúrgicos, complicaciones inmediatas y tardías de la cirugía bariátrica, VEDA pre y post quirúrgica con biopsias gástrica con su respectivo informe de anatomía patológica.

Resultados: La muestra presentó predominio de mujeres en edad media de la vida. Con respecto a la técnica quirúrgica bariátrica, 37 pacientes (72,54%) fueron intervenidos con MG laparoscópica, 10 (19,6%) con BAGUA laparoscópica y 4 (7,84%) con RYGB laparoscópico. Los hallazgos prequirúrgicos endoscópicos, no mostraron diferencias significativas entre los grupos MG y bypass gástrico (BAGUA más RYGB). Los hallazgos anatomopatológicos en las biopsias de rutina prequirúrgicas mostraron *Helicobacter pylori* en 4 (10,81%) pacientes con MG y en ningún paciente del grupo bypass gástrico, se diagnosticó metaplasia intestinal gástrica en 2 (5,41%) pacientes con MG y en ningún paciente del grupo bypass gástrico. Hallazgos no significativos.

Conclusiones: En los hallazgos endoscópicos prequirúrgicos observamos 76,4% de estudios normales, en el resto de los pacientes, las lesiones más frecuentes fueron gastropatía crónica y esofagitis. Se observó un aumento de estas alteraciones endoscópicas en el grupo que se implementó la MG como tratamiento quirúrgico. Comparando los diagnósticos histológicos de las biopsias endoscópicas pre y post-quirúrgicas se registró aumento de metaplasia intestinal gástrica y *H. pylori*. De los datos obtenidos en la comparación de los hallazgos endoscópicos pre y post bariátricos en nuestra muestra poblacional, no se encuentran diferencias significativas con lo publicado hasta el momento en trabajos de otros centros.

PÓSTER

Código: 0063

AFAGIA SECUNDARIA A ESOFAGITIS NECROTIZANTE POR COMPRESIÓN TUMORAL. REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - Póster

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Esófago, estómago y duodeno

ICAZA CARDENAS, Jahaira Fabiola | HURTADO GONZALEZ, Nicole Samantha | GARCIA, Florencia Nadia | VARELA, Maria Julia | BRACONE, Hernan | LA VIA, Jose | REGNASCO, Santiago Juan | TORRICO PAZ, Oscar | SAA, Emilia Cristina

HOSPITAL PIRAVANO

Introducción: La esofagitis necrotizante aguda es una entidad infrecuente, prevalente a edades avanzadas con predominio en el sexo masculino. La incidencia es del 0.01 al 0.28%. Su etiología es multifactorial. Se produce una alteración de la microvasculatura, con hipoftuio vascular e isquemia que puede llevar a necrosis con tinción negruzca de la mucosa, denominado esófago negro. Como patologías de base más frecuentemente asociadas se encuentran: Diabetes Mellitus 38%, Hipertensión arterial 37%, Alcoholismo 25%, Enfermedad renal crónica 16% y Malignidad 10% Clínicamente la hemorragia digestiva alta es la forma de presentación más frecuente, habiendo pocos casos de disfagia. El diagnóstico es endoscópico. La mayoría se ubica en el tercio esofágico inferior, seguido por el medio y en menor medida el superior, variando los hallazgos desde mucosa pálida hasta la coloración negruzca con tejido friable, con afectación circunferencial, respetando la unión gastroesofágica. No son necesarias las biopsias. Se requiere descartar otras etiologías que producen alteraciones similares, como la ingestión de cáusticos, carbón, infecciones, radioterapia o melanoma, entre otros.

Objetivo/s: Presentar un caso clínico infrecuente de afagia aguda secundaria a esofagitis necrotizante por compresión extrínseca de origen oncológico.

Material (pacientes) y métodos: Mujer de 54 años, con antecedentes de Tabaquismo, Hipotiroidismo, Depresión, Bipolaridad. Medicación Habitual: Risperidona, Quetiapina, Clonazepam, Lamotrigina y Levotiroxina. Motivo de internación: Afagia. Examen físico: Adelgazada. Laboratorio: Anemia y leucocitosis. Marcadores tumorales negativos. Videoesofagoscopia digestiva alta: Esófago, desde los 18 a los 23 centímetros de arcada dentaria mucosa lacerada, con fondo de fibrina y tejido necrótico que compromete el 75% de la circunferencia. Techo y cuerpo gástrico con mucosa eritematosa con patrón en mosaico. En curvatura mayor hacia pared anterior y posterior dos úlceras de bordes irregulares de 10 mm. de diámetro con fondo de fibrina. Impresión diagnóstica: Laceración de la mucosa de tercio superior esofágico y úlceras gástricas Forrest III. PanTomografía: Múltiples adenopatías en cuello y tórax de 25x58 mm. que comprimen y desplazan esófago y tráquea. Masa pulmonar en lóbulo superior derecho 70x52mm y nódulos irregulares espiculados. Abdomen: En flanco derecho imagen nodular de 31 mm. hipodensa con realce. Evolución: Estable en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. Se plantea yeyunostomía. La paciente se niega. Se realiza nueva VEDA para colocación de sonda de alimentación enteral, tomándose biopsias de úlceras gástricas siendo negativas para malignidad. Se realiza punción con aguja fina de masa de flanco derecho con resultado anatomopatológico carcinoma escamoso pobremente diferenciado. Por estabilidad clínica se otorga alta hospitalaria con seguimiento por Oncología y Cuidados Paliativos. Reingresa con insuficiencia respiratoria con óbito a la brevedad.

Resultados: Se interpreta como afagia secundaria a esofagitis necrotizante aguda por compresión extrínseca de causa oncológica a partir de adenopatías de origen pulmonar que comprimían y desplazaban el esófago.

Conclusiones: La Esofagitis necrotizante aguda es una entidad poco frecuente, subdiagnosticada, que se presenta en pacientes críticos, muchas veces sin manifestaciones clínicas evidentes. En nuestro caso la forma de presentación, la localización de la lesión y su factor gatillante son infrecuentes. En cuanto a la causa oncológica, la Diabetes Mellitus y las comorbilidades cardiovasculares fueron las más reportadas. La causa oncológica se reportó en un 10 %, mencionando entre ellos al carcinoma escamoso de pulmón. Hay un solo caso reportado de esta entidad sometido a lobectomía. Considerar este diagnóstico en el contexto de pacientes críticos es clave para disminuir la morbimortalidad, principalmente en pacientes mayores con comorbilidades.

cripta por primera vez por Sames en 1949. Es un hallazgo endoscópico infrecuente, que se describe como un septo circunferencial de 2 a 4mm de espesor, localizado entre 1 y 7cm del píloro, con un tamaño de apertura que varía entre 2 y 30mm. Esta rara causa de obstrucción al tracto de salida gástrico, tiene una incidencia de 0.14 en reportes de series numerosas de videoesofagogastroduodenoscopias, correspondiendo la mayoría de los casos a la población pediátrica, donde muchas veces es de origen congénito.

Objetivo/s: Presentar un caso clínico endoscópico de una paciente adulta con diagnóstico de diafragma antral, por ser un hallazgo infrecuente.

Material (pacientes) y métodos: Paciente de 59 años que consulta por epigastralgia, distensión abdominal y pirosis de 4 meses de evolución. Tiene antecedentes de hipotiroidismo, hipertensión arterial y diabetes tipo II, en tratamiento. Se realiza videoendoscopia digestiva alta, donde se evidencian signos endoscópicos de gastropatía atrófica. Se toman biopsias con protocolo de Sidney, que demuestran intensa gastritis crónica en actividad, con presencia de helicobacter pylori, así como Metaplasia intestinal completa en cuerpo. La videocolonoscopía solicitada como screening de carcinoma colorrectal no presentó hallazgos patológicos. La paciente completa tratamiento erradicador con terapia cuádruple concomitante, controlándose respuesta por endoscopia alta, con similares características a la previa. Por muestras de biopsia se constata la persistencia de la bacteria, por lo que se indica segunda línea de tratamiento con levofloxacina. Agrega a las 6 semanas del tratamiento, saciedad precoz, plenitud postprandial e hiporexia, con disminución de la ingesta, sin pérdida significativa de peso. Se repite la videoendoscopia alta en la que se objetiva estenosis antral concéntrica y simétrica, perpendicular al eje del estómago, de unos 15mm de espesor y una luz central de 10mm, con erosiones mucosas, localizada a 3cm proximalmente al píloro. Las muestras de anatomía patológica revelan gastritis crónica intensa, sin presencia de Helicobacter Pylori. Se realiza transito gástrico con contraste baritado al 33% en posición de pie y decúbito dorsal, observando estenosis mesoantral simétrica de aproximadamente 10mm de espesor, que no determina obstrucción a la salida de contraste. Por su morfología endoscópica y radiológica, con apariencia típica de "doble bulbo", se interpreta hallazgo como diafragma antral. La paciente recibe actualmente tratamiento médico, sin síntomas que justifiquen la necesidad de progresar a terapéutica endoscópica al momento.

Resultados: Se comunica caso clínico endoscópico de una paciente adulta con diagnóstico de diafragma antral, por ser un hallazgo infrecuente

Conclusiones: El diafragma antral es una entidad rara, que puede ser causa de obstrucción al trato de salida gástrico. Es por ello, que creemos de suma relevancia reportar un caso ilustrativo, en el que se demuestra la alteración tanto endoscópicamente como radiológicamente, siendo estos los métodos de elección para el diagnóstico.

PÓSTER

Código: 0249

INGESTIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS EN PEDIATRÍA EN PANDEMIA COVID-19

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Esófago, estómago y duodeno

VIDAL, Jorge Hector | MESSERE, Gabriela Carina | ORTIZ, Gonzalo Javier | ESPOSITO, Marisol | SILVESTRI, Georgina | PAZ, Sofia | LUCERO, Nestor | VIALE, Maria Ines | FERNANDEZ, Julian | CRESPO, Eber | ARCUCCI, Soledad | BILGIARDI, Roman Nestor | MERCADO GOMEZ, Keisy

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS

Introducción: Los niños pequeños conocen su entorno probando o tragando objetos vistosos o nuevos. El 90% de los objetos ingeridos se expulsan del aparato digestivo y el resto requiere endoscopia o cirugía. La pandemia COVID 19 altero la vida familiar suspendiendo actividad laboral y escolar.

Objetivo/s: Comparar la casuística sobre la ingestión de cuerpos extraños de la guardia de Endoscopia Digestiva Pediátrica, entre el año de pandemia por COVID-19 con el año anterior.

Material (pacientes) y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes atendidos en la guardia de Endoscopia Digestiva Pediátrica del Hospital N. A. Posadas, por ingestión de cuerpos extraños, en el periodo comprendido entre Marzo 2019 y Marzo 2021. Se realizó videoendoscopia digestiva alta, con anestesia general dentro de las 24 horas siguientes a la ingestión.

Resultados: n: 438 pacientes entre 9-172 meses (X: 44 meses). masculino 52 %. Los cuerpos extraños fueron: monedas n: 356, pilas botón n: 30, puntas-tornillos n: 22, otros (canicas, medallas, hebillas, anillos) n: 17, 2 o más cuerpos extraños n: 5, no encontrados durante el procedimiento n: 8. Tiempo desde la ingestión: desconocido n: 210, menor de 6 horas n: 150; entre 6-12 hs n: 54; entre 12-24 hs n: 4, más de 24 hs n: 20. Durante el periodo comprendido entre marzo de 2019 y marzo 2020 se incluyeron 225 pacientes, mientras en el periodo comprendido entre marzo de 2020 y marzo 2021 correspondientes a pandemia por COVID-19 fueron incluidos 213 pacientes. No hubo diferencias significativas entre ambos periodos analizados en forma comparativa en cuanto a la cantidad de consultas, asimismo es importante resaltar que en los dos primeros meses de confinamiento estricto decretado por el gobierno nacional (Marzo y Abril del 2020) descendieron considerablemente el número de casos con posterior aumento progresivo, manteniendo un numero estable y similar comparado al mes del año anterior pre-pandémico.

PÓSTER

Código: 0114

DIAFRAGMA ANTRAL EN ADULTO: UN HALLAZGO ENDOSCÓPICO INFRECUENTE

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Esófago, estómago y duodeno

HIDALGO, Melissa | SPALLETTI, Leandro | DIEGO, Agustín | ALACH, Jorge Eduardo

SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET

Introducción: El diafragma antral del adulto es una estenosis gástrica distal, des-

Conclusiones: En otros centros de referencia (ámbito privado de CABA) se ha referido un aumento en el número de consultas de este tipo. En contraste, en nuestro servicio, se observó inicialmente una disminución en el número de consultas por ingestión de cuerpo extraño.

PÓSTER

Código: 0123

PRESENTACIÓN DE UN CASO: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN GIST GÁSTRICO

Modalidad: Casos Clínicos - Póster

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Esófago, estómago y duodeno

VALDEZ, David | OSSO, Brenda | ONETO, Natalia | PEREZ ESPARZA, Carlos | RIU, María Cecilia | DEL PEDRO, María Virginia | LOPEZ, María Belen | FUENTES, Flavia | FUGAZZOTTO DE LA CRUZ, Juan Jesus | CAMPOS, Lucia Mercedes | HERMIDA, Raquel

HOSPITAL CHURRUCA-VISCA

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son las neoplasias mesenquimatosas más comunes del tracto gastrointestinal, tienen una incidencia estimada de alrededor de 1/100.000/ año. El síntoma más común es la hemorragia gastrointestinal y hasta un 30% de los casos pueden ser asintomáticos. En general, los GIST varían mucho en tamaño. Suelen ser sólidos, pero se han descritos casos en los que adquieren aspecto quístico debido al gran volumen y la necrosis con degeneración quística que ello conlleva.

Objetivo/s: Presentar un caso clínico de un paciente con GIST gástrico gigante cavitado.

Material (pacientes) y métodos: Mujer de 61 años con antecedentes de colecistectomía, tabaquismo activo y consumo de antiinflamatorios no esteroideos en los últimos meses por cervicalgia. Consulta en la Unidad de Emergencias por presentar vómitos borraños de 24 h de evolución y distensión abdominal. Signos vitales dentro de parámetros normales. En el laboratorio de ingreso se constata anemia severa (Hto 7.6% hb 2.4 mg/dl) con recuento plaquetario y coagulograma dentro de parámetros normales. Se decide internación y soporte transfusional previo a estudio endoscópico. Mediante tomografía axial computada (TAC) de urgencia de abdomen se reconoce una estructura voluminosa de aspecto expansivo con características de viscera hueca en comunicación con la porción inferior del cuerpo gástrico con trayecto fistuloso entre ambas y pasaje de contraste oral. Dicha estructura alcanza los 166 x 131 mm, presenta paredes engrosadas, heterogeneidad de sus márgenes y calcificaciones parietales (imagen A). Se realizó endoscopia digestiva alta de urgencia que evidenció orificio de 30 mm que impresiona fistuloso y comunica con una cavidad revestida por mucosa necrótica en su interior (imagen B). Se toman biopsias de la pared de la cavidad, arrojando su análisis con técnicas de inmunohistoquímica el siguiente perfil: CD34 positivo intenso, CD117 positivo de leve a moderado, DOG1 positivo, KI67 positivo entre un 15-20%. El cuadro morfológico y el perfil inmunofenotípico apoyan en primera instancia a un tumor del estroma gastrointestinal. Se decide conducta quirúrgica. En cavidad abdominal se halla formación móvil que depende de la curvatura mayor sobre cara posterior a nivel del cuerpo gástrico y se extiende por mesocolon transversal. Se realiza gastrectomía atípica en cuña más colectomía segmentaria de transversal. El informe anatomopatológico de la pieza quirúrgica confirma el diagnóstico de GIST ulcerado con un tamaño tumoral de 14,5 x 13 cm, con márgenes de resección libres. Necrosis presente en un 15%, alto grado histológico (G2), riesgo de progresión de enfermedad alto 86%, se reconocen 9 mitosis en 10 campos de gran aumento. Se aíslan dos ganglios linfáticos libres de compromiso neoplásico. Segmento colónico sano. Se completa estadificación con PET TC. Con el diagnóstico de GIST gástrico estadio TNM IIIC T4N0M0, inició adyuvancia con Imatinib 400 mg/día, con buena tolerancia.

Resultados: Se realiza control a los 6 meses de la cirugía mediante TAC de tórax, abdomen y pelvis con doble contraste que visualiza cambios anatómicos postquirúrgicos en cavidad gástrica, sin engrosamientos parietales ni realces anómalos tras administrar de contraste endovenoso, ausencia de secundarismo o adenopatías. Durante el seguimiento, a once meses del diagnóstico, continúa con Imatinib con buena tolerancia sin evidenciarse recaída de enfermedad.

Conclusiones: Los GIST gigantes de estómago con necrosis central y posterior cavitación son raros y pueden desafiar el diagnóstico preoperatorio. Nuestro caso ilustra que los GIST cavitados deben ser considerados en los diagnósticos diferenciales de lesiones retroperitoneales, hepáticas y pancreáticas. Para facilitar el diagnóstico, es fundamental un abordaje multidisciplinario con endoscopia, diagnóstico por imágenes e inmunohistoquímica lo que facilita la optimización del tratamiento.

PÓSTER

Código: 0208

UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PEDIATRÍA

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Hígado, vías biliares y páncreas

ZAPATA MARTINEZ, Adrian Mauricio | GOMEZ NAVAS, Maria Del Pilar | WEYERSBERG, Christian | BUSQUET, Laura | BOTTERO, Adriana | ROCCA, Ana Marcela

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

Introducción: Los tumores gástricos secundarios son infrecuentes en la edad pediátrica, asociándose a mal pronóstico. Su forma de presentación es variable. El diagnóstico se basa en los hallazgos histológicos con inmunomarcación.

Objetivo/s: Presentamos un caso inusual de un paciente con Rbdomiosarcoma Alveolar diseminado, que presenta hemorragia digestiva alta (HDA) producto de un secundarismo gástrico.

Material (pacientes) y métodos:

Resultados: Paciente de 8 años de edad con Rbdomiosarcoma Alveolar (FOXO1+) en antebrazo derecho, con metástasis a ganglios linfáticos, médula ósea, hígado y páncreas. Recibió tratamiento de quimioterapia de tercera línea con Pazopanib asociado a radioterapia. Al año del diagnóstico oncológico presenta episodio de hematemesis con requerimiento transfusional. Se realiza evaluación endoscópica donde se observa en cuerpo y antro mucosa edematosa, hemorragias subepiteliales y múltiples ulceraciones antrales (0.2-0.3 cm). A nivel de fondo gástrico próximo al cardias, lesión protruyente de bordes definidos sobre elevados de 2 cm de diámetro con ulceración central y coágulo adherido. Se realiza técnica hemostática combinada, infiltrando la lesión en sus 4 cuadrantes con adrenalina 1/20000 asociado a 2 clips hemostáticos, sin sangrado posterior. La biopsia de la lesión mostró inmunomarcación (Myf4 y Desmina) positivas, compatible con infiltración local por Rbdomiosarcoma Alveolar.

Conclusiones: Las lesiones metastásicas de la mucosa gástrica son infrecuentes en pediatría, aunque el compromiso pancreático puede hacer sospechar su presencia tal como se describen en la bibliografía. El aspecto endoscópico es muy variable pero se manifiesta generalmente como una lesión submucosa. Ante el hallazgo de la aparición de complicaciones como ulceración y sangrado el tratamiento endoscópico no difiere del convencional para otras causas de HDA.

PÓSTER

Código: 0156

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTEANA CON URETEROSCOPIO FLEXIBLE Y DESECHABLE EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia terapéutica - Esófago, estómago y duodeno

ORTIZ APARICIO, Freddy(1) | ÁVILA SEPULVEDA, Ruben Darío(1) | CATAN GOUHANEH, Felipe(2) | LEÓN MEJIA, Carlos(1) | TAPIA NANCUVILU, Carlos(1)

CLINICA VESPUICIO (1); CLINICA VESPUICIO (2)

Introducción: La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ), es una patología neurodegenerativa secundaria a un Prion, con una incidencia de 1/1000000 de habitantes a nivel mundial. Chile registra hasta 0,23/1.000.000 habitantes. ECJ produce trastornos de conducta, cognitivo y motor. La World Endoscopy Organization recomienda evitar los procedimientos endoscópicos en este tipo de pacientes.

Objetivo/s: Realizar de forma segura una gastrostomía endoscópica percutánea sin la necesidad de desechar un equipo endoscópico completo, optando por un Ureteroscopia flexible el cual posee características similares a un endoscopio básico, pero siendo desechable y de bajo costo.

Material (pacientes) y métodos: Paciente femenino, 62 años con antecedente de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, cursando complicaciones deglutorias. Por técnica tradicional "Pull Through" se instala sonda gastrostomía 18fr. Guiada por Ureteroscopia flexible 7,4fr diámetro y 905mm longitud.

Resultados: Procedimiento se realiza sin incidentes. Recuperación post operatoria dentro del tiempo esperado. Gastrostomía permeable al alta.

Conclusiones: Si bien no se dispone de estudios adecuados que demuestren el uso de este tipo de instrumentos de forma directa en la realización de gastrostomía endoscópica, es útil ampliar el abanico terapéutico para situaciones puntuales, sin dejar el objetivo principal de ofrecer seguridad y éxito terapéutico para el paciente.

PÓSTER

Código: 0122

"PIROSIS Y TOS CRÓNICA: NO TODO ES LO QUE PARECE"

Modalidad: Casos Clínicos - Póster

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia terapéutica - Esófago, estómago y duodeno

BONAMICO, Agustina | TRAKAL, Juan Jose | TRAKAL, Esteban | BUTTI, Abel |

ZARATE, Fabian Eduardo | GORORDO IPIÑA, Rosa Carolina | BEDINI, Mariana Patricia | MUÑOZ, Juan Antonio | INSAURRALDE, Diego German | CURA, Melisa Belen | SAMBUELLI, Gabriela

CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA (C.U.R.F.)

Introducción: Los pólipos fibrovasculares son lesiones esofágicas benignas, contienen una mezcla de tejido fibroso, vascular y adiposo cubierto por epitelio escamoso. Generalmente son asintomáticos, o se presentan simulando afecciones más frecuentes con disfagia, tos crónica, náuseas, y/o vómitos. También existen reportes de casos que describen el prolapsos del pólipo en la laringe que provoca asfixia.

Objetivo/s: Conocer sobre una patología poco frecuente, con una forma de presentación clínica que simula a la enfermedad por reflujo gastroesofágico, muchas veces de diagnóstico tardío y la opción terapéutica menos invasiva y cuenta para el paciente.

Material (pacientes) y métodos: Describimos a una paciente de 86 años con pirois, regurgitación, eructos y disfagia intermitente asociados a tos crónica. Acudió a la primera consulta con estudios complementarios realizados en otra institución: endoscopia digestiva alta y fibrolaringoscopia que informaban signos a favor de esofagitis y gastritis crónica. Había recibido tratamiento con inhibidores de la bomba de protones a dosis plena con persistencia de síntomas. Se solicitó en primera instancia radiografía seriada esofagogastroduodenal que informó en esófago proximal imágenes de defecto redondeadas, además se repitió la fibroscopia que en esta oportunidad observó una lesión polipoide que basculaba hacia la luz laríngea sin poder precisar el pedículo de inserción. Se complementó con resonancia magnética que a nivel del tercio superior del esófago describió una imagen endoluminal, nodular, de márgenes netos, sugestiva de pólipo. Se realizó video endoscopia digestiva alta y en conjunto con cirugía torácica se resecaron por vía per oral 3 pólipos con implantación esofágica y 3 laríngeos. Inmediatamente a la intervención se realizó control endoscópico donde se pudieron observar las cicatrices de las lesiones sin restos de las mismas. La histopatología describió la lesión como pólipo fibrovascular. Seis meses después la paciente se encuentra asintomática.

Resultados: Por la manera de presentación clínica de a paciente se llevo a cabo un algoritmo diagnóstico que resultó en un tumor fibrovascular esofágico. La resección per oral fue la técnica elegida.

Conclusiones: Estamos ante un paciente con una patología infrecuente, con demora en el diagnóstico pero en el que se logró realizar una terapéutica novedosa, combinada y mínimamente invasiva con buenos resultados.

PÓSTER

Código: 0076

“NECROSECTOMÍA PANCREÁTICA CON UN STENT ESOFÁGICO PERCUTÁNEO”

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia terapéutica - Hígado, vías biliares y páncreas

MOLFESO, Florencia | REDONDO, Agustina | BUTIERREZ, Federico | DI PALMA, Guillermo | ROJAS, German | WALDBAUM, Carlos

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN

Introducción: Las pancreatitis agudas pueden evolucionar con una necrosis complicada (10- 20%) y enfrentar un curso clínico complejo, con una elevada morbimortalidad. Cuando existe indicación de su drenaje, el abordaje multidisciplinario combinado (step up) es ampliamente recomendado. El manejo endoscópico de las colecciones pancreáticas ha demostrado ser una de las mejores opciones, ya que reduce la morbilidad y la estadía hospitalaria; el drenaje percutáneo, solo o combinado con otros enfoques mínimamente invasivos son la modalidad de tratamiento de elección, como alternativa cuando existe una limitación para el tratamiento endoscópico único. Presentaremos un caso donde realizamos un abordaje retroperitoneal de un WON con stent esofágico percutáneo.

Objetivo/s: Compartir un caso resuelto con la necrosectomía endoscópica realizada a través de un stent esofágico percutáneo.

Material (pacientes) y métodos: Mujer de 67 años internada en la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro Hospital por una pancreatitis aguda necrotizante severa de probable etiología biliar. A los 15 días de internación intercorre con síndrome febril con leucocitosis persistente y una TAC de abdomen con contraste endovenoso evidencia una colección que alcanza diámetros 170x16Mm. con una extensión cefalocaudal de 190 mm aproximadamente. Una punción percutánea obtiene material purulento (cultivos con aislamiento) por lo que se le colocan catéteres de drenaje multipropósito. Por su desfavorable evolución (persistencia de parámetros de sepsis) y la limitación de un abordaje endoscópico por vía transmural, se realiza un abordaje percutáneo con prótesis esofágica metálica autoexpandible totalmente cubierta de 230 x 24 Mm., reemplazando uno de los catéteres. Se ingresa con gastroscopio a través de la prótesis, efectuándose lavados energéticos con solución salina estéril y H 2O 2 al 10%. Los desechos necróticos se eliminaron mediante el lavado, canastillas de dormia y ansas. Las necrosectomías se realizaron secuencialmente cada 48/72 Hs., sin necesidad de sedación, y se realizó un lavado continuo con un catéter colocado a través de la prótesis.

Resultados: La paciente evoluciona favorablemente, con mejoría clínica y de las

imágenes, sin complicaciones por lo que se recambio la prótesis por catéter de drenaje durante 10 días. Se confirmó respuesta completa y se le otorgó el alta hospitalaria.

Conclusiones: El acceso percutáneo amplio con prótesis esofágica, puede ser una alternativa segura y eficaz para el tratamiento de la necrosis pancreática complicada en pacientes seleccionados.

PÓSTER

Código: 0221

RESOLUCION DE LA LITIASIS COLEDOCIANA COMPLEJA EN UN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE BY PASS GASTRICO

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia terapéutica - Hígado, vías biliares y páncreas

LOZZI, Ruben Dario | STALTARI, Juan Carlos | CARDENAS VILLA, Roberto Dario | ROMAN, Hector Osvaldo

CLINICA COLON

Introducción: Los pacientes con antecedentes de By Pass Gástrico pueden desarrollar patología biliar y requieren un procedimiento alternativo que asegure el acceso a la misma.- El acceso de la papila para realizar una Colangiografía y Esfinterotomía Endoscópica puede realizarse entre otras técnicas descriptas, progresando el duodenoscopia a través de un trócar colocado en el antro gástrico asistido por laparoscopia (CPRE-AL)

Objetivo/s: Comunicar un caso de resolución en un tiempo por CPRE-AL en una paciente con litiasis coledociana compleja, sometida previamente a un By Pass Gástrico.

Material (pacientes) y métodos: Paciente de 83 años con historia de cirugía bariátrica 14 años atrás (By pass gástrico), fue internada con diagnóstico de litiasis coledociana múltiple por colangio-resonancia magnética. Con antecedentes de Colecistectomía Laparoscópica 10 años atrás y posteriormente se le realizó una Coledocoduodenostomosis Laparoscópica. Como síntomas presentó fiebre intermitente, ictericia, coluria, y pérdida de peso de 3 semanas de evolución. En el laboratorio el hemograma era normal y el hepatograma mostró aumento significativo de la FAL (>1000U/l). Se decidió realizar una CPRE-AL con el objetivo de extraer los cálculos y drenar la vía biliar.

Resultados: Bajo anestesia general y visión laparoscópica se identificó el antro, se tracciona la cara anterior con puntos, se realiza gastrostomía y se progresa un trocar de 15mm, a través del cual se progresa hacia el duodeno con un duodenoscopia con canal operador 4.2mm. No se visualizó la coledocoduodenostomosis (probablemente ocluida). Se identifica la papila (yuxtadiverticular), se realiza fistulotomía luego de lo cual se contrasta la vía biliar principal que presenta marcada dilatación (20mm), con múltiples imágenes compatibles con litiasis de 20mm. Se realiza dilatación con balón de 15mm y se extraen todos los cálculos con canastilla de Dormia helicoidal y balón extractor.

Conclusiones: El paciente tuvo una excelente evolución y fue dada de alta a las 72 hs de la admisión sin complicaciones inmediatas. El acceso de la vía biliar por CPRE-LA, es una opción terapéutica segura que permite resolver patología biliopancreática en pacientes con antecedentes de By Pass Gástrico.

PÓSTER

Código: 0237

¿QUÉ SABEMOS DE ENTEROSCOPIA?: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE DERIVACIÓN

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia terapéutica - Intestino delgado

CAPALDI, Ianina | GIRAUDO, Florencia | YANTORNO, Martin | CORREA, Gustavo Javier | ARRAMÓN, Mariana | BALDONI, Fernando | TUFARE, Francisco | GARBI, María Laura

HIGA SAN MARTÍN

Introducción: La evaluación diagnóstica del intestino delgado (ID) puede ser llevada a cabo mediante estudios no invasivos, entre ellos, tomografía computarizada, resonancia magnética nuclear o video cápsula endoscópica y mediante estudios invasivos como la enteroscopia. La enteroscopia comprende el examen endoscópico del ID y se considera una herramienta tanto diagnóstica como terapéutica. Así, la enteroscopia asistida por dispositivo, permite una evaluación en profundidad del ID, el cual puede ser abordado mediante vía anterógrada o retrógrada. Dentro de las múltiples indicaciones actuales, la enteroscopia se destaca como el principal método de estudio y tratamiento de la hemorragia digestiva de intestino medio. Por otro lado, se consideran la evaluación de anomalías por imágenes en el territorio del ID (estenosis, masas o pólipos) y el estudio de patologías inflamatorias o infiltrativas como otras posibles indicaciones. Esta herramienta presenta una tasa de éxito glo-

bal según la literatura, que varía entre 61-86%. Así mismo, presenta una tasa baja de complicaciones mayores, las cuales se encuentran en relación principalmente con el tiempo del procedimiento y el pasaje del endoscopio por segmentos del tracto gastrointestinal fijos o estenóticos.

Objetivo/s: Describir las indicaciones, rédito diagnóstico, manejo terapéutico y complicaciones asociadas a la enteroscopia en el servicio de Gastroenterología del HIGA San Martín de La Plata entre los años 2010 al 2021.

Material (pacientes) y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con edad mayor o igual a 18 años, a los cuales se les realizó una enteroscopia en nuestro centro en los últimos 10 años.

Resultados: Se analizaron un total de 237 enteroscopias realizadas en 192 pacientes. Se utilizó la vía anterógrada y la vía retrógrada como vía de acceso en 87,76% y 12,24% de los casos, respectivamente. La indicación más frecuente fue la hemorragia de intestino medio (evidente u oculta) en 113 de los estudios (47,68%). Del total de enteroscopias realizadas, se objetivó por lo menos una lesión en 163 (68,78%). Dentro de las lesiones visualizadas por este método, las lesiones vasculares fueron el hallazgo más frecuente, describiéndose al menos una angiodisplasia en 87 estudios (53,37% del total de estudios positivos). Más aún, se realizó tratamiento a 83 de ellas, fue la principal herramienta terapéutica el argón plasma, siendo en 4 ocasiones necesaria la colocación de un clip e inyección de polidocanol al 1% en 1 caso (hemangioma de ID). Así mismo, en las 4 enteroscopias restantes con lesiones vasculares, no se realizó tratamiento endoscópico por el compromiso difuso. La presencia de pólipos correspondió al segundo hallazgo en frecuencia, siendo observado en 27 estudios (16,56%). De estas lesiones, 20 fueron reseadas mediante polipectomía, en 4 de ellas por su tamaño diminuto se realizó fulguración con argón plasma, 1 de ellas fue reprogramada para resección posterior y 2 de ellas no fueron pasibles de tratamiento endoscópico por su tamaño y por signos concomitantes de isquemia, respectivamente. Se puede observar el resto de lesiones halladas en la Tabla 1. Por otro lado, se constató la presencia de complicaciones asociadas al procedimiento en 3 casos (1,27% del total de enteroscopias), entre ellas se describen: 2 hemorragias post-polipectomía y 1 desgarro a nivel de la unión esófago-gástrica en un paciente con hernia hiatal, todos ellos, manejados endoscópicamente.

Conclusiones: La enteroscopia es un estudio con baja tasa de complicaciones y un buen rédito tanto diagnóstico como terapéutico. En concordancia con estudios previos, nuestro trabajo arrojó una tasa de complicaciones asociadas al procedimiento menor al 2% y un rédito diagnóstico del 70% aproximadamente.

PÓSTER

Código: 0157

DIVERTÍCULO DE ZENKER COMO CAUSA POCO COMÚN DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Modalidad: Casos Clínicos - Póster

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Misceláneas

CHIARELLA, Daniela Nair | ERRAMUSPE, María Elina | ZAVALLA YALJ, Juan Cruz | NOTARI, Lorena | PEREZ ESTEBAN, Natalia

HOSPITAL CHURRUCA-VISCA

Introducción: El Divertículo de Zenker es una enfermedad poco común que afecta frecuentemente a pacientes de edad avanzada. Los síntomas más frecuentes de presentación son disfagia, halitosis, tos y broncoaspiración. El sangrado ocurre raramente, pero puede presentarse de forma masiva e incluso mortal. Dado que los casos documentados en la literatura son muy pocos, no existen pautas para el manejo de esta condición. Por dicha razón se decide presentar el siguiente caso de hemorragia digestiva alta en divertículo de Zenker.

Objetivo/s: presentar un caso clínico de una patología poco común y de baja prevalencia con el objetivo de evaluar el tratamiento endoscópico adecuado.

Material (pacientes) y métodos: describimos el caso de una paciente de sexo femenino de 87 años con antecedentes de hipertensión arterial, marcapaso por BAV 2° Mobitz II, cardiomiopatía isquémica con colocación de 3 stent, con doble antiagregación con aspirina y clopidogrel. Consulta a unidad de emergencias por presentar hemoptisis de 12 horas de evolución, asociado a accesos de tos previo a dichos episodios. Al ingreso se encontraba lúcida, hemodinámicamente estable, con tos productiva con coágulos hemáticos. Tacto rectal con materia fecal normocoloreada. Al interrogatorio dirigido niega hematemesis, vómitos, melena, proctorragia. Se realizan estudios complementarios: Hisopado nasofaríngeo para COVID-19: negativo; Tomografía de tórax que no arroja hallazgos patológicos; Laboratorio: HTO 30,8 % HB 9.5g/dl GB 10.820 mm3 PLAQ 149600 mm3, TP 100%, KPTT 25 seg, UREA 29mg/dl, CR 0.91mg/dl. Es evaluada inicialmente por servicio de otorrinolaringología con realización de rinofibrolaringoscopia sin evidencia de sangrado activo en vía aérea. Cavum y valéculas libres. Se evidencia sangrado activo proveniente de la luz esofágica. Se indica omeprazol endovenoso en bolo, nada vía oral, se coloca sonda nasogástrica con escaso débito hemático, se suspenden AINES y se solicita evaluación por gastroenterología de guardia.

Resultados: se realiza videoendoscopia alta de urgencia evidenciándose mucosa de esófago cubierta de sangre roja rutilante y en tercio superior, saco diverticular de

boca ancha de aproximadamente 20mm y en el fondo del mismo, se observa vaso visible con sangrado en napa. Se realiza inyección con adrenalina diluida en solución fisiológica en 4 cuadrantes con cese del sangrado. Se decide internación, se presenta paciente a servicio de cirugía general quienes deciden no tomar conducta activa en ese momento. A continuación es evaluada por servicio de cardiología quienes indican suspender aspirina y continuar con clopidogrel. La paciente evoluciona hemodinámicamente estable, sin repetir episodio y es dada de alta por mejoría de su sintomatología con omeprazol vía oral. Se cita a control y se solicita Seriado esófago-gastro-duodenal, pero la paciente en contexto de situación actual se niega a volver al nosocomio.

Conclusiones: debido a que se han reportado pocos casos en la bibliografía y además con incertidumbres en cuanto a la terapéutica más apropiada, se presenta dicho paciente. En este caso se prefirió utilización de monoterapia inyectable con vasoconstrictor, con buena respuesta. El sangrado del divertículo de Zenker, aunque raro, debe ser sospechado en pacientes ancianos que se presenten con sangrado gastrointestinal alto atípico. El uso de antiagregantes plaquetarios se ha asociado con sangrado de divertículo de Zenker y puede provocar sangrado incluso en ausencia de úlceras. La terapia endoscópica es una opción terapéutica viable en un paciente con sangrado de un divertículo de Zenker si se puede identificar la fuente de sangrado. No hay una terapéutica endoscópica establecida por lo inusual de estos casos. Sin embargo, en distintos reportes de la literatura se observó utilización de vasoconstrictores y/o hemoclips. En otros casos conducta expectante o cirugía diferida si el sangrado cede espontáneamente. Siendo la cirugía de emergencia el tratamiento de elección en hemorragia activa que no responde a la terapéutica endoscópica.

PÓSTER

Código: 0113

PÓLIPO COLÓNICO CON PEDÍCULO GRANDE: PASOS PARA UNA RESECCIÓN SEGURA CON ENDOLOOP "CASERO"

Modalidad: Videos Científicos - Oral

Unidad Temática: VIDEO CIENTÍFICO - Endoscópico

BILDER, Hugo German | COTUREL, Adelina | PÉREZ, Verónica Mariana | YAZYI, Federico

HOSPITAL A. BALESTRINI

Introducción: La polipectomía endoscópica de neoplasias superficiales colorectales ha demostrado reducir la incidencia y mortalidad por cáncer de colon y recto. Sin embargo, este procedimiento no está exento de complicaciones como perforación, síndrome postpolipectomía y sangrado, siendo este último el más frecuente con una incidencia de entre 0.3% y 6.1%, aumentando aún más en los pólipos pediculados. En estos casos, la utilización de un endoloop asociado a la polipectomía ha demostrado reducir el sangrado post resección.

Objetivo/s: Presentar un caso clínico utilizando un método atípico y económico para disminuir el riesgo de sangrado postpolipectomía en pólipos de pedículo ancho.

Material (pacientes) y métodos: Paciente masculino de 65 años de edad, sin antecedentes de relevancia. Consulta con VCC previa reciente, derivado de otro centro para resolución endoscópica de pólipo pediculado de 5 cm localizado en colon descendente. Adjunta colon por enema y RNM abdominal donde se observa imagen luminal compatible con pólipo pediculado de colon descendente y VCC donde informa pólipo (0-1p) de 5 cm, con gran pedículo al cual se le realiza tatuaje en su base y toma de biopsia (adenoma tubular con displasia de alto grado).

Resultados: Se realiza VCC (BBPS: 8) bajo sedoanalgesia, en sala de endoscopia con colonoscopia de luz blanca (EC 530 WL; Fujifilm, Tokyo, Japón). Al ingreso se constata, a 60 cm de MA, pólipo descrito en VCC previa con úlcera en área proximal de pedículo y sector necrótico vinculado a inyección de tinta china. Se realiza resección de quiste necrótico con ansa de diatermia, se inyecta adrenalina (1:20000) en cabeza y cuello de pólipo y se prosigue ingreso a ciego. Se extrae el colonoscopia y se monta, en la punta del mismo, endoloop casero con nudo deslizando realizado con hilo de sutura Prolene1® enlazado a un ansa, la cual se desarma en su sector proximal para permitir mayor tracción de la misma. Se reingresa con dispositivo montado, se enlaza el pólipo y se cierra el endoloop en el sector más proximal del pedículo. A continuación, se realiza sección del mismo, distal al endoloop, con ansa multifilamento oval de 30 mm (Sensation, Boston Scientific, USA) con coagulación pura - 30 W- (electrobisturí Kairos 400W-mx1) y se coloca hemoclip (Resolution clip; Boston Scientific, USA) en lecho de resección. Se extrae la pieza con ansa Roth Net® y anoscopio en canal anal, debido a la dificultad para su pasaje por dicho sector. A su egreso, el paciente no presenta complicaciones asociadas al procedimiento. El estudio anatomopatológico informa Adenoma Tubular con Displasia de Alto grado

Conclusiones: La resección de pólipos pediculados con pedículo ancho está asociada a un aumento significativo del riesgo de hemorragia postpolipectomía. La utilización de un endoloop asociado ha demostrado una franca reducción del mismo. Debido a su alto costo y escasa disponibilidad, la utilización de un análogo de fabricación artesanal se presenta como una alternativa válida, accesible y económica para implementar en su resección.