

## PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0235

### ÉXITO CLÍNICO Y TÉCNICO DEL DRENAJE ANTERÓGRADO GUIADO POR ECOENDOSCOPIA, EN OBSTRUCCIÓN NO NEOPLÁSICA DEL CONDUCTO BILIAR Y PANCREÁTICO: RESULTADOS DE UNA COHORTE HISTÓRICA Y UNICÉNTRICA

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

ROBLES-MEDRANDA, Carlos | ALCÍVAR-VÁSQUEZ, Juan | PUGA-TEJADA, Miguel | EGAS-IZQUIERDO, María | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge | AREVALO-MORA, Martha | CUNTO, Domenica | DEL VALLE ZAVALA, Raquel | ALVARADO-ESCOBAR, Haydee | PITANGA-LUKASHOK, Hannah

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

**Introducción:** La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) constituye el tratamiento de primera línea en el manejo de una obstrucción del conducto biliar o pancreático. En un 10-15% la CPRE puede fracasar debido a la imposibilidad de canular la papila o dificultad anatómica incluso en manos expertas. El drenaje anterógrado guiado por ecoendoscopia (endoscopia ultrasound, EUS) ha emergido como una técnica que habilita un acceso directo y en tiempo real a ambos conductos. Representa una alternativa menos comórbida al drenaje percutáneo o quirúrgico. Cobra mayor valor en patología no neoplásica, en donde debe existir un pronóstico más favorable.

**Objetivos:** Evaluar el éxito clínico y técnico del drenaje anterógrado guiado por EUS en pacientes con obstrucción del conducto biliar y pancreático por patología no neoplásica.

**Material (pacientes) y métodos:** Se analizó retrospectivamente datos de pacientes con historia de obstrucción no neoplásica del conducto biliar o pancreático, en quienes se practicó drenaje anterógrado guiado por EUS (01/2021 a 10/2022). El éxito clínico y técnico fueron los desenlaces primarios a estimar. El éxito clínico fue definido en términos de disminución en los niveles de bilirrubina según la American Society of Gastrointestinal Endoscopy (ASGE). Como desenlaces secundarios se recuperó información de eventos adversos, migración, re-estenosis, reintervención y supervivencia.

**Resultados:** La tabla 1 resume los datos basales de la población de estudio. Conducto biliar: El drenaje anterógrado se realizó en 7/15 casos usando un stent pigtail simple, 5/15 doble pigtail stents y 3/15 stent metálico de aposición de lumen (LAMS). La pared gástrica fue el sitio predilecto de punción (en 12/15). Se logró éxito técnico en 15/15 (100%) y clínico en 8/15 (60%). Durante el seguimiento hubo eventos adversos en 5/15 casos (33.3%): 2/5 hemorragia digestiva alta, 2/5 colangitis, y 1/5 colección de líquido infrahepático. Hubo migración del stent en 3/15 casos (20%). No hubo re-estenosis, pero fue necesaria una reintervención en 8/15 (53.3%). La tasa de supervivencia fue de 13/15 (86.6%). Conducto pancreático: En 3/5 se requirió dilatación asistida por cauterio. En 1/5 la dilatación con balón fue también necesaria. Se empleó stents pigtail simples y dobles, LAMS y stents metálicos autoexpandibles (SEMS). El éxito clínico y técnico se logró en 5/5 (100%), sin eventos adversos. Hubo migración del stent en 1/5, re-estenosis en 3/5 y reintervenciones en 3/5. La tasa de supervivencia fue de 4/5.

**Conclusiones:** El drenaje anterógrado guiado por EUS en pacientes con obstrucción del conducto biliar y pancreático por patología no neoplásica son alternativas valiosas cuando la CPRE no es factible. La reintervención parece estar relacionada con la migración del stent y re-estenosis. Esta línea de investigación debe continuarse con un real world study (estudio de la vida real) que valide los resultados observados.

## PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0244

### EXPERIENCIA USUARIO-ENDOSCOPISTA FRENTE AL USO DE PANTALLAS HOLOGRÁFICAS DE REALIDAD MIXTA DURANTE PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS: ¿PUEDEN REEMPLAZAR POR COMPLETO LOS MONITORES FÍSICOS DE LAS SALAS DE ENDOSCOPIA?

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 4. Endoscopia Miscelánea

ROBLES-MEDRANDA, Carlos | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge | AREVALO-MORA, Martha | EGAS-IZQUIERDO, María | MENDEZ, Juan Carlos | CUNTO, Domenica | PUGA-TEJADA, Miguel | ALCÍVAR-VÁSQUEZ, Juan | DEL VALLE ZAVALA, Raquel | ALVARADO-ESCOBAR, Haydee | PITANGA-LUKASHOK, Hannah

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

**Introducción:** En los últimos años han surgido varias tecnologías novedosas para ayudar a los proveedores sanitarios a optimizar el manejo de los pacientes. La realidad mixta (RM) combina dos tecnologías de computación espacial: realidad virtual y realidad aumentada. La RM reproduce imágenes tridimensionales (3D) de forma interactiva, capaz de procesar un gran número de fotografías en tiempo real. La RM aplicada a procedimientos endoscópicos da lugar a una interacción más ergonómica del endoscopista en términos de traslación y rotación. Supone eliminar la necesidad de tocar los monitores físicos, disminuir su número e incluso reemplazarlos por completo.

**Objetivo/s:** Evaluar la experiencia del usuario-endoscopista con pantallas holográficas de RM durante procedimientos endoscópicos.

Material (pacientes) y métodos: Estudio piloto. Un grupo de treinta endoscopistas utilizaron el sistema HXtend™ (mdconsgroup; Guayaquil, Ecuador), junto con el casco-lentes de RM HoloLens (Microsoft Corporation; Redmond, WA, USA) durante procedimientos endoscópicos diagnósticos en adultos. La experiencia del usuario-endoscopista fue estimada en términos de la evaluación técnica del dispositivo (interconectividad) y aceptación (comodidad, funcionalidad y capacidad de aprendizaje), medidos por la plataforma HXtend™ y un cuestionario ad-hoc (escala de Likert de 5 puntos), respectivamente.

**Resultados:** La mediana de edad de los endoscopistas fue 36 años (31 – 37), 86.7% fueron hombres. Cada uno realizó: 15/30 videoendoscopias altas (VEDA; 50.0%), 3/30 colangioscopias (10.0%), 10/30 videocolonoscopias (VCC; 33.3%) y 2/30 ecoendoscopias (endoscopia ultrasound, EUS; 6.7%). Se utilizó únicamente las pantallas holográficas en 27/30 procedimientos (90%), en 2/30 fue necesario dos monitores físicos (6.7%) y una colangioscopia utilizó tres (3.3%). La interconectividad en términos de latencia media fue de 89.7 ± 2.87 ms y los hologramas obtuvieron una lectura de 58.5 ± 1.11 fotografías por segundo. Hubo alta o muy alta aceptación por parte del usuario-endoscopista en términos de comodidad con el casco-lentes (100%), tamaño y peso del mismo (97%), ergonomía (93%), funcionalidad (90%), capacidad de aprendizaje de uso (90%), calidad de imagen holográfica (87%) y visualización del campo de trabajo a través del casco-lentes (73%). El 93% de los usuarios está de acuerdo con que las pantallas holográficas pueden reemplazar el monitor físico (figura 1).

**Conclusiones:** Dada la buena interconectividad del sistema HXtend™ y HoloLens, y la alta aceptación usuario-endoscopista frente al uso de pantallas holográficas, estas pueden reemplazar los monitores físicos dentro de las salas de endoscopia. Esta línea de investigación debe continuarse con un real world study (estudio de la vida real) a fin de evaluar la aceptación y la seguridad clínica en un mayor número de endoscopistas y pacientes, respectivamente.

## PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0078

### EXPERIENCIA EN EL USO DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA DE INTESTINO DELGADO

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Endocápsula

BOLAÑOS, Karla Alejandra | BARRIOS, Karen | IRIARTE, Sonia Mariel

HOSPITAL MILITAR CENTRAL CIRUJANO MAYOR DR COSME ARGERICH

**Introducción:** La capsula endoscópica desarrollada en 2000 por Iddan, fue aprobado por la FDA en agosto de 2001. Desde entonces se han desarrollado nuevos dispositivos con un menor tamaño y mayor potencia en términos de calidad de imagen y duración de video, es una tecnología mínimamente invasiva que permite visualizar de forma dinámica y completa la mucosa del intestino delgado método directo más seguro y con menos tasas de complicaciones. Por lo cual ha ampliado los usos y ha aumentado considerablemente la prescripción e implementación en nuestro entorno.

**Objetivo/s:** Describir los hallazgos encontrados en las cápsulas endoscópicas de intestino delgado realizadas en pacientes mayores de 18 años atendidos en Servicio de Gastroenterología en un Hospital de alta complejidad entre junio de 2017 a septiembre de 2022 de la Ciudad de Buenos Aires.

**Material (pacientes) y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, conformada por 120 personas a quienes se le indicó la realización de procedimiento de CE, se utilizaron dos marcas de capsulas: OMOM y Pillcam SB3. Para la preparación, se administró domperidona más simeticona y PEG 3350 por vía oral.

**Resultados:** La muestra estuvo integrada mayormente por mujeres (64.16%) con una media de edad de 63.7 años (DE: 18) y con un rango de edades entre los 19 y 95 años, el 94.17% (n:113) de los casos el procedimiento se realizó de manera ambulatoria. Los hallazgos anormales fueron más frecuentes en el yeyuno en el 52.50% (n:63) de los pacientes, siendo la principal alteración las lesiones vasculares en un 18.33% (n:22), seguido de los xantomas en un 10.83% (n:13) y los tumores en un

## ENDOSCOPIA

6.67% (n:8), y las lesiones más comunes fueron angiodisplasias y lesiones inflamatorias. Se destaca, además, que se identificaron incidentalmente alteraciones a nivel esofágico en el 2,50% (n:3) de los casos como cambios irregulares en la mucosa, erosiones y esofagitis en una prevalencia de 0.83% (n:1) en cada caso. En cavidad gástrica, se identificaron alteraciones en el 35.83% (n:43) de los casos, lesiones inflamatorias 16.6% (n:20) y la atrofia en la mucosa en un 4.17% (n:5) de los pacientes y de pólipos en un 3.33% (n:4). Se identificaron lesiones vasculares y sangrado digestivo alto en un 2.5% (n:3) de los sujetos.

**Conclusiones:** Los adultos mayores fue la población que más se realizó CE; con predominio del género femenino. Las indicaciones más utilizadas fueron HDOO, seguido de dolor abdominal. El hallazgo más significativo encontrado, fue la lesión vascular, seguida por las lesiones inflamatorias. Las mujeres presentaron mayor riesgo de hallazgos a nivel yeyunal en comparación con los hombres la alta tolerabilidad del estudio y el bajo número de complicaciones hacen de la CE un estudio ideal para el intestino delgado

### PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0223

#### PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA CROMOENDOSCOPIA CON ÁCIDO ACÉTICO PARA PREDECIR LA HISTOPATOLOGÍA DE LOS PÓLIPOS COLÓNICOS

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Colon

NAVAR, Sofía | CONDE SERRA, Belen | BENTOLILA, Federico | PEREYRA, Lisandro | GÓMEZ, Estanislao | MELLA, Jose M | PANIGADI, Nicolas | SMOLARCZUK, Astrid | CIMMINO, Daniel | PEDREIRA, Silvia Cecilia

Hospital Alemán de Buenos Aires

**Introducción:** La identificación endoscópica de adenomas serrados sésiles (SSA) y adenomas tubulares (AT) o tubulovellosos (ATV) tiene importantes implicancias en la prevención del cáncer colorrectal. El ácido acético tiene un efecto colorante en las membranas mucosas, lo que resulta en un efecto visual llamado acetoblanqueamiento (AB). Los SSA podrían presentar un patrón distintivo de AB que conduce a una superficie persistentemente blanca del pólipo, una reacción que no se observaría en los AT o ATV. Sin embargo, se desconoce la precisión diagnóstica de esta reacción.

**Objetivo/s:** Evaluar la precisión diagnóstica de la cromoendoscopia con ácido acético para ASS y adenomas convencionales.

**Material (pacientes) y métodos:** Se incluyeron prospectivamente pacientes sometidos a colonoscopias de pesquisa en quienes se encontraron pólipos colónicos, entre agosto de 2019 y junio de 2023. Se definió como AB positivo a la persistencia en el tiempo de una superficie blanca en la mucosa del pólipo mayor al tiempo en el que la mucosa circundante pierde el efecto del ácido acético. Los pólipos se tiñeron durante la endoscopia con ácido acético a una concentración del 3% y la presencia de AB se determinó por consenso de dos endoscopistas previo a obtener los resultados histopatológicos. Una reacción de acetoblanqueo positiva se designó como SSA. Se registró el tiempo de pérdida del efecto de blanqueamiento sobre los pólipos y la mucosa circundante. El estándar de oro se determinó mediante el examen histológico. Se realizó la correlación del patrón de AB y los hallazgos de histopatología. Se calcularon la sensibilidad, la especificidad y las razones de verosimilitud (LR). A partir de febrero de 2023 se utilizó una escala de puntuación del I al V, para evaluar la confianza en la evaluación del patrón mucoso y en la delimitación de los bordes de la lesión previo y posterior a la tinción con ácido acético.

**Resultados:** Se incluyeron 133 pólipos de 115 pacientes. El tamaño medio de los pólipos fue de 9,5 mm. El análisis histopatológico mostró: 71 AT, 43 ASS, 15 pólipos hiperplásicos, 1 adenocarcinoma invasivo, 2 ATV y 1 hiperplasia linfóide. Se observó AB positivo en el 93% de los SSA y en el 12% de los adenomas convencionales. La precisión diagnóstica del AB positivo para ASS tuvo una sensibilidad del 93% (IC 95%:81-98%) y especificidad del 75% (IC 95%:70-78%), LR+ 3,8 (IC 95%:2.7-4.4), LR- 0,09 (IC 95%:0.02-0.25). En cambio para AT o ATV un AB negativo resultó en una sensibilidad del 87% (IC 95%:80-92%) y especificidad del 88% (IC 95%:80-93%), LR+ 7,5 (IC 95%: 4.05-15.06), LR- 0,14 (IC 95%: 0,08-0,23). Además la tinción con ácido acético aumentó la confianza en la evaluación del patrón mucoso en un 89% de los casos y mejoró la delimitación de los bordes de la lesión en un 83% de los casos.

**Conclusiones:** El ácido acético demostró ser una herramienta útil para predecir la histopatología de los pólipos colónicos, particularmente con SSA. También mejoró la confianza en la evaluación del patrón mucoso y en la delimitación de los bordes de la lesión.

### PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0169

#### ENDOSCOPISTAS EN FORMACIÓN Y LA UTILIZACIÓN DE CLIP OVER THE SCOPE COMO PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esofago, Estómago y Duodeno

CABANAS, Sofía Victoria | PEREZ, Tomas Manuel | MAHLER, Manuel | ORTIZ SUÁREZ, Paula Gimena | GONZALEZ, Maria Laura | ABECIA, Víctor | MARCO-LONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

**Introducción:** El dispositivo Over The Scope Clip (OTSC) es un método endoscópico terapéutico válido en el manejo de las perforaciones, fistulas, fugas y hemorragias del tracto digestivo. Su eficacia en el manejo del resangrado de úlceras ha sido demostrada y existe evidencia reciente de que podría ser superior a la terapia combinada estándar como tratamiento de primera línea de hemorragia digestiva alta no variceal (HDANV) en pacientes con alto riesgo de resangrado, cuando es realizado por endoscopistas expertos.

**Objetivo/s:** Describir los resultados de la utilización del OTSC en pacientes con alto riesgo de resangrado como primera línea de tratamiento realizado por endoscopistas en formación en un centro de tercer nivel.

**Material (pacientes) y métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal de pacientes adultos con HDANV y endoscopia de urgencia desde 10/2019 al 10/2022. Se incluyeron pacientes con alto riesgo de resangrado (por Score de Rockall o características de la lesión) que se trataron con OTSC como primera línea donde los operadores fueron residentes de gastroenterología, quienes recibieron entrenamiento por simulación. El éxito de la hemostasia endoscópica fue definido como la ausencia del sangrado persistente o recurrente posterior a la terapéutica. Se analizaron las complicaciones posteriores como la necesidad de cirugía, angiografía, nueva endoscopia y/o muerte dentro de los 30 días del procedimiento endoscópico. Los detalles de los pacientes y procedimiento se muestran en la tabla 1.

**Resultados:** Se incluyeron 10 casos con una mediana de edad de 69. Todos recibieron bolo odovenoso de omeprazol de 80 mg previo a la endoscopia, realizada dentro de las 24 hs. El 50% de las lesiones se localizaron en duodeno. El 80% de las causas fueron úlceras, con predominio duodenal. Previo a la colocación del OTSC se realizó inyección de adrenalina diluida al 0.01%. En el 100% de los casos se obtuvo hemostasia, sin persistencia de sangrado. Requirieron soporte transfusional posterior 5 de los 10 pacientes. Se realizó nueva endoscopia en 4 de ellos y ninguno tuvo evidencia de resangrado asociado a la lesión tratada inicialmente con OTSC. Sin embargo, a las 72 hs, uno de ellos presentó melena e inestabilidad hemodinámica que requirió cirugía de urgencia, donde se realizó una gastrectomía atípica. La pieza quirúrgica evidenció la lesión vascular en la periferia del OTSC.

**Conclusiones:** El OTSC como tratamiento de primera línea de la HDANV resultó ser un tratamiento útil en pacientes con alto riesgo de resangrado, aún siendo aplicada por endoscopistas en formación que realizaron entrenamiento simulado de baja fidelidad en al menos una oportunidad.

### PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0241

#### EVALUACIÓN DE LA PUNCIÓN CON AGUJA FINA ECOGUIADA EN EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE LAS MASAS MEDIASTINALES. AUTORES: KEVIN ANGEL, HUI JER HWANG, MARIANA LICCIARDELLO, SANTIAGO CARUSO, VERÓNICA RUDA, FABIO NACHMAN. FUNDACIÓN FAVALORO - COMPLEJO HOSPITALARIO CURRUCIA VISCA

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Ecoendoscopia

ANGEL REYES, Kevin Misael

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION FAVALORO

**Introducción:** Introducción: Las lesiones del mediastino medio y posterior plantean un desafío diagnóstico debido a su difícil acceso para obtener muestras citológicas e histológicas. Las técnicas disponibles, como la punción transtorácica, mediastinoscopia y toracoscopia, son invasivas y conllevan un alto riesgo de complicaciones. Sin embargo, los avances en la ecoendoscopia (EE) han demostrado que esta técnica es eficiente y segura para realizar la punción con aguja fina (PAAF) transesofágica en lesiones sólidas del mediastino. La EE permite una punción precisa y guiada, utilizando el sistema doppler para evitar daños a estructuras vasculares.

**Objetivo/s:** Objetivo: Evaluar el papel de la EE y la PAAF en el diagnóstico diferencial de masas mediastinales.

**Material (pacientes) y métodos:** Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo y descriptivo en dos centros de alta complejidad de tercer nivel, entre los años 2017 y 2022, con pacientes que presentaban masas mediastinales identificadas mediante tomografía computarizada (TC) y que fueron referidos para realizar EE y PAAF. Se analizaron los resultados anatomopatológicos y se calcularon la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y precisión diagnóstica.

**Resultados:** Resultados: Se incluyeron 51 pacientes, de los cuales 23 eran mujeres, con una edad media de 64 años (rango: 18 a 82 años). Los diagnósticos citopatológicos finales fueron: metástasis ganglionar de cáncer de pulmón (n=14, 27.5%), linfoma (n=5, 10%), metástasis ganglionar de órganos abdominales (n=6, 12%), metástasis ganglionar de origen primario indeterminado (n=6, 12%), adenopatías inflamatorias crónicas (n=3, 6%), tumor estromal (n=3, 6%), y otros (n=3). En 11 pacientes (21.6%), el análisis citopatológico resultó negativo para células neoplásicas. De estos, 5 pacientes (10%) fueron verdaderos negativos basados

en la evolución clínica e imagenológica durante un seguimiento de hasta 6 meses. Los otros 6 pacientes (12%) fueron falsos negativos, ya que se encontraron células neoplásicas en muestras de otros órganos afectados o utilizando otros métodos más invasivos. El rendimiento diagnóstico de la EE con PAAF para masas mediastinales fue el siguiente: sensibilidad 87 % (IC 95%: 73-94%), especificidad 100 % (IC 95%: 46-98%), valor predictivo positivo 100 % (IC 95%: 89-100%) y valor predictivo negativo 45.5 % (IC 95%: 18-75%), precisión diagnóstica 88 % (IC 95%: 74-95%). Se registraron complicaciones en 2 pacientes, ambos con dolor torácico de menos de 24 horas de duración, que se trataron con analgésicos.

**Conclusiones:** Conclusión: El rendimiento diagnóstico de la EE con PAAF en nuestro estudio fue muy bueno y comparable con los resultados de estudios internacionales. Se trata de un procedimiento mínimamente invasivo que se destaca por su buen rendimiento diagnóstico y una muy baja tasa de complicaciones. La EE con PAAF ha reemplazado a otros métodos invasivos con mayor riesgo de complicaciones en el diagnóstico diferencial cito-patológico de masas mediastinales.

## PRESENTACIÓN ORAL

**Código: 0063**

**DETECCIÓN DE NEPLASIA DE LA VÍA BILIAR MEDIANTE UN MODELO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL BASADO EN COLANGIOSCOPIA DIGITAL DE UN SOLO OPERADOR VS ENDOMICROSCOPIA CONFOCAL VS BIOPSIA DIRIGIDA: ANÁLISIS CABEZA-CABEZA UNICÉNTRICO**

*Modalidad: Resúmenes Científicos - E*

*Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas*

*ROBLES-MEDRANDA, Carlos | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge | PUGA-TEJADA, Miguel | CUNTO, Domenica | EGAS-IZQUIERDO, Gabriela | AREVALO-MORA, Martha | MENDEZ, Juan Carlos | ALCÍVAR-VÁSQUEZ, Juan | ALVARADO-ESCOBAR, Haydee | PITANGA-LUKASHOK, Hannah | TABACELIA, Daniela | RAQUEL, Del Valle Zavala*

**INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)**

**Introducción:** La colangioscopia digital de un solo operador (digital single-operator cholangioscopy, DSOC) permite un diagnóstico preciso de una neoplasia de vía biliar. Al momento existen mundialmente dos modelos de inteligencia artificial (IA) entrenados para tal fin. Ambos cuentan con una suficiencia diagnóstica similar e incluso superior a la de endoscopistas expertos. La endomicroscopia confocal (probe-based confocal laser endomicroscopy, pCLE) guiada por DSOC y la biopsia respectiva también han demostrado alta precisión diagnóstica. No hay estudios de cabeza-cabeza que comparen la DSOC asistida por IA vs pCLE guiada por DSOC o vs biopsia dirigida por DSOC y pCLE.

**Objetivos:** El siguiente estudio persigue comparar la suficiencia diagnóstica en la identificación de neoplasia de la vía biliar mediante un análisis offline de videos de DSOC por parte de un nuevo modelo de IA basado en DSOC vs pCLE guiada por DSOC vs biopsia dirigida por DSOC y pCLE.

**Material (pacientes) y métodos:** Cohorte histórica. Se seleccionaron pacientes  $\geq 18$  años en quienes se realizó pCLE guiada por DSOC (6/2014-11/2021). Se excluyeron pacientes sin videos de DSOC, biopsias ausentes o imposibilidad de reconstruir un seguimiento doce meses post-DSOC. Se empleó un modelo de IA (sistema AIWorks-Cholangioscopic) para el análisis offline de los videos de DSOC previamente grabados. La IA considera la neovascularización como único criterio de neoplasia. La clasificación de Carlos Robles-Medrandá (CRM), Miami y de París constituyeron los parámetros del endoscopista para establecer neoplasia de vía biliar según DSOC, pCLE y de cambios inflamatorios según pCLE, respectivamente. El patrón oro se basó en el seguimiento doce meses post-DSOC. Se calculó la suficiencia diagnóstica de la DSOC, pCLE guiada por DSOC, IA y biopsia dirigida en términos de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), negativo (VPN), concordancia observada y área bajo la curva (área under the ROC curve, AUC), y comparadas entre sí mediante prueba de DeLong.

**Resultados:** Se seleccionaron 90 pacientes, mediana de edad de  $66.4 \pm 13.7$  años, 56.7% mujeres. La sospecha de tumor fue la indicación más frecuente (55.6%). La IA alcanzó una sensibilidad del 97.7%, especificidad del 75%, VPP del 98.8%, VPN del 60% y una concordancia observada del 96.7%; mientras que la pCLE guiada por DSOC alcanzó una sensibilidad del 94.2%, especificidad del 100%, VPP del 100%, VPN del 44.4% y concordancia observada del 94.4% (tabla 1). El AUC para la IA fue de 0.79, similar a la obtenida para la DSOC (0.74;  $p=0.763$ ), pCLE guiada por DSOC (0.72;  $p=0.634$ ) y biopsia dirigida por DSOC y pCLE (0.83;  $p=0.809$ ).

**Conclusiones:** El modelo de IA basado en DSOC demostró una suficiencia diagnóstica similar a la pCLE guiada por DSOC y a la biopsia dirigida por DSOC y pCLE. El siguiente paso en esta línea de investigación es diseñar un ensayo diagnóstico cabeza a cabeza, prospectivo y multicéntrico, a fin de confirmar los resultados obtenidos.

## PRESENTACIÓN ORAL

**Código: 0108**

**PRECISION EN DIAGNOSTICO OPTICO EN JOVEN ENDOSCOPISTA**

*Modalidad: Resúmenes Científicos - E*

*Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Colon MUNGUIA, Andrés*

**HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET**

**Introducción:** La habilidad de clasificar y predecir la histología de los pólipos colónicos en adenomatosos de los que no según patrones glandulares y vasculares visualizados durante la endoscopia se conoce como diagnóstico óptico. Éste permite guiar las técnicas terapéuticas resectivas apropiadas según la sospecha histológica y tamaño.

**Objetivo/s:** Evaluar la precisión del diagnóstico óptico de pólipos colónicos de un endoscopista en formación. Objetivos secundarios fueron la tasa de detección de adenomas global y aserrados

**Material (pacientes) y métodos:** Estudio retrospectivo llevado a cabo en hospital público argentino. Se consideraron todas las colonoscopias realizadas por un mismo endoscopista joven en su proceso de formación durante primeros 6 meses. Previo a la iniciación en colonoscopia se realizó un programa de formación académica en diagnóstico óptico de pólipos colónicos en forma continua y progresiva con manejo de clasificaciones endoscópicas como NICE, Kudo, JNET. Todos los estudios fueron realizados con equipos EC-600 y EC-760Z (Fujinon, Japón) Eluxeo 6/7000, dotados de cromoendoscopia virtual (FICE/BLI/LCI según caso), uno de ellos con magnificación y Olympus CF160 sin dichas tecnologías. Junto a tinción vital con ácido acético fueron utilizadas, no de forma sistemática, para la caracterización óptica de pólipos La preparación colónica fue realizada con sales de fosfato o polietilenglicol 4L inicialmente en monodosis y posteriormente se cambió a dosis dividida. No fue discriminado el motivo de indicación de los estudios La caracterización óptica de pólipos fue evaluada en tiempo real, consignando el endoscopista tamaño estimado, localización, morfología según París y patrón glandular según clasificación de Kudo o JNET acorde a tecnología disponible. Se eligió técnica de polipectomía a criterio del endoscopista y las muestras fueron analizadas en Anatomía Patológica por profesionales distintos. Se dividieron los resultados según lesiones adenomatosas y serradas (hiperplásicos, serrados sésiles y serrado tradicional)

**Resultados:** En seis meses se realizaron 315 colonoscopias con detección de 143 pólipos. Se excluyeron 12 de ellos por no contar con descripción óptica en el informe contando con 131 para el análisis. 37 de ellos corresponden a pólipos  $\geq 10$  mm El resultado histopatológico fueron: Adenomas 111 (84.7%), Serrados 32 (24.4%, 78% proximales a rectosigma): Hiperplásicos 18, Serrados sésiles 12, Serrado Tradicional 2; y un adenocarcinoma intramucoso. La coincidencia entre diagnóstico óptico durante el procedimiento endoscópico y el resultado anatomopatológico posterior fue de 80.9% (106/131); y de los casos que no hubo correlación un 80% (20/25) correspondían a pólipos menores o igual a 5 mm. Respecto a la tasa de detección de lesiones serradas hubo un aumento en últimos 2 meses de formación 14.8% (20/135) Vs 6.66% inicial (12/180) para un promedio de 10.1% La tasa global de detección de adenomas fue del 35.2%

**Conclusiones:** Los hallazgos reportados son promisorios considerando que el 80% de los casos donde el diagnóstico óptico fue incorrecto trataba de pólipos menores o igual a 5 mm que implican mayor desafío técnico predictivo pero que éste no modifica la estrategia terapéutica elegida. Cabe destacar el mayor porcentaje de lesiones serradas diagnosticadas próximas a rectosigma en últimos meses en correlación a la reciente capacitación teórico práctica durante el proceso formativo. Respecto a la TDA global si bien fue de 35.2% debería esperarse cifras más elevadas teniendo en cuenta que fueron incluidos estudios con otra indicación que screening. Este trabajo podría impulsar a futuro un diseño prospectivo con intervención controlada y mejorar la educación de residentes en su curva de aprendizaje respecto al diagnóstico óptico en lesiones colónicas.

## PRESENTACIÓN ORAL

**Código: 0234**

**RÉDITO DIAGNÓSTICO DE LA VCE OMOM® PARA ESTUDIO DE ENFERMEDADES DEL INTESTINO DELGADO EN ADULTOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE ARGENTINA**

*Modalidad: Resúmenes Científicos - E*

*Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Intestino Delgado*

*BUSCAGLIA, Raniero | GIRAUDO, Florencia | GARBI, Laura | PACHECO MERLO, Abigail | PALMA, Agustina | TUFARE, Francisco*

**HOSPITAL SAN MARTIN**

**Introducción:** La videocápsula endoscópica (VCE) representa un método diagnóstico no invasivo, que permite la evaluación directa y completa del intestino delgado (ID). Sus principales indicaciones son: sospecha de hemorragia digestiva de intestino medio (HDIM), enfermedad de Crohn (EC), diarrea y dolor abdominal. La VCE Omom®, se desarrolló en el año 2005 y posteriormente diferentes estudios la compararon con otras VCE, evidenciando similares resultados, con respecto al rédito diagnóstico y seguridad. Si bien, en oriente el uso de esta tecnología está muy difundido, los datos en Latinoamérica son escasos.

**Objetivo/s:** Determinar indicaciones, hallazgos positivos, tasa de rédito diagnóstico y complicaciones de la VCE Omom® para estudio del ID en adultos.

**Material (pacientes) y métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se in-

cluyeron pacientes mayores de 18 años, que se realizaron VCE para estudio de ID, desde enero 2018 hasta febrero 2023.

**Resultados:** Se incluyeron 102 pacientes que se realizaron VCE, 64 (63%) fueron mujeres. La edad promedio fue de 62,5 años, con un rango de 18-90 años. La indicación más frecuente fue la HDIM 76 (74.5%), EC 13 (12.74%), diarrea crónica en 6 (5.88%) y 7 (6.86%) pacientes presentaron otras causas (enfermedad celíaca complicada, dolor abdominal, síndrome de Peutz Jeghers, tumor neuroendocrino). Del total de estudios, 95 fueron realizados en forma ambulatorios. Se realizó colocación de VCE guiada por endoscopia en 10 (9.8%) pacientes, 4 de forma programada y 6 por retención gástrica o esofágica. Todos los pacientes realizaron preparación previa con polietilenglicol y la preparación intestinal fue adecuada en 89 (87.25%). El estudio fue completo en 91 pacientes (89,2%). El rédito diagnóstico de la VCE fue del 83,3% (85/102). El hallazgo más frecuente fue la presencia de lesiones vasculares en 52 (61.1%), siendo la angiectasia la lesión más frecuente. En 14 pacientes se evidenció sangrado activo, permitiendo la evaluación y el diagnóstico etiológico. Un único paciente presentó sangrado activo sin posibilidad de la evaluación correcta. Las lesiones detectadas según orden de frecuencia fueron: angiectasias 64% (52/85), úlceras 18,32% (16/85), puntos rojos 17% (15/85), erosiones 11,76% (10/85), pólipos 4,7% (4/85), estenosis 4,7% (4/85), atrofia vellositaria 2,35% (2/85) y lesión Die-lafouy 1,17% (1/85). Se evaluó la tasa de rédito diagnóstico específica para HDIM, siendo de 89,4% (68/76). La tasa de complicaciones (retención intestinal) fue de 2,9 % (3/102), 2 se resolvieron con tratamiento médico (corticoterapia) y el restante se resolvió en forma espontánea. Ningún paciente presentó necesidad de cirugía.

**Conclusiones:** En nuestro estudio, los resultados de la VCE Omom®, son similares a los reportados en la literatura, cumpliendo con los objetivos estándares en calidad en VCE, evidenciando una alta tasa de estudios completos, con un rendimiento diagnóstico alto y una baja tasa de complicaciones.

**PRESENTACIÓN ORAL**

**Código: 0210**

**EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE UNA FORMULACIÓN DE POLIETILENGLICOL 4000 EN LA PREPARACIÓN COLÓNICA DE PACIENTES SOMETIDOS A VIDEOCOLONOSCOPIA**

*Modalidad: Resúmenes Científicos - E*

*Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 4. Endoscopia Miscelánea*

MARQUES, Micaela | CURVALE, Cecilia | RUIZ, Adrian | LEMONNIER, Gabriela | YONAMINE, Karina

**HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EL CRUCE**

**Introducción:** El Cáncer colorrectal es una enfermedad crónica altamente prevalente, pasible de ser objeto de programas de pesquisa poblacional debido a su larga evolución. La estrategia requiere de la realización de procedimientos endoscópicos de calidad, cuya capacidad diagnóstica y terapéutica exigen de preparaciones colónicas óptimas. Existen en el mercado formulaciones en base a Polietilenglicol 3350 con electrolitos de alto volumen (PEG-AV), reconstituidos en 4 Lts de líquido, y bajo volumen (PEG-BV/B), reconstituido en 2 Lts, con coadyuvantes como el bisacodilo, que cumplen con los requisitos generales de una preparación óptima. Su precio de venta es una de las barreras más frecuentes para la equidad de acceso garantizada en los programas de tamizaje.

**Objetivo/s:** El objetivo del estudio consistió en demostrar la no inferioridad en la efectividad de las preparaciones colónicas de una FM realizada en base a PEG4000 frente a PEG-AV y PEG-BV/B. Objetivos secundarios son el análisis de la seguridad y tolerabilidad de la FM y la comparación de los costos de elaboración de la FM frente a los precios de las formulaciones comerciales (FC).

**Material (pacientes) y métodos:** Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con indicación de videocolonoscopia (VCC) completa. Se excluyeron pacientes con indicación de rectosigmoidoscopia, VCC completa contraindicada o con el propósito de resección de lesiones distales o con resección parcial o total del colon. Se realizó un estudio clínico de no inferioridad, unicéntrico, aleatorizado, ciego de operador endoscopista en pacientes adultos que concurren al hospital a realizarse VCC entre mayo 2022 y mayo 2023. El tamaño muestral se calculó suponiendo una tasa estimada de preparación adecuada del 85%, un nivel de significancia a una cola de 0.025 y un poder del 80%. El margen de no inferioridad (MNI) de RR 0,88 se determinó considerando aspectos estadísticos y juicio clínico. Se consideró un N total por rama de 195 individuos. Se aleatorizaron en tres ramas: dos controles activos (PEG-AV y PEG-BV/B) y la FM. La calidad de la preparación colónica se evaluó mediante escala de Boston. La seguridad y tolerabilidad en el momento de la preparación se evaluaron por medio de un cuestionario autoadministrado y también a los 7 días por medio de una llamada telefónica. Para el costo de elaboración de la FM se calculó un proporcional de las materias primas (sin costos indirectos). Se comparó con los precios de las FC según vademécums nacionales.

**Resultados:** Los resultados preliminares permiten inferir que la formulación de PEG4000 no es inferior en eficacia a PEG-BV/B (RR 0.96, IC95% 0.81-1.15) y PEG-AV (RR 1.04, IC95% 0.86 - 1.26), e incluso se observa una tendencia a la superioridad frente a PEG-AV, con similar perfil de seguridad y tolerancia. El costo de elaboración para nuestra FM fue de U\$D6.05, en comparación con los valores de adquisición de U\$D 58,25 (PEG-AV) y U\$D 64,65 (PEG-BV/B), siendo diez veces menor al valor de compra.

**Conclusiones:** A pesar de no haber alcanzado el N muestral para informar un resultado estadísticamente significativo, se ha observado que la FM es tan eficiente como

las FC, incluso superior frente a PEG-AV. No se observaron diferencias clínicamente significativas en la seguridad. Una FM con buen perfil de eficacia, seguridad y tolerabilidad y menor costo la tornan atractiva para el desarrollo y la producción en el sistema de salud público, facilitando la adherencia a los procedimientos de aquellos con menores ingresos, incrementando la equidad de acceso.

**TRABAJO DISTINGUIDO**

**Código: 0043**

**ENFERMEDAD DE CROHN-LIKE: ENTEROCOLITIS INMUNOMEDIADA**

*Modalidad: Casos Clínicos - E*

*Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Intestino Delgado*

SEMRIK, Nadia Mileva | TRAKÁL, Juan José | TRAKÁL, Esteban | BUTTI, Abel | ZÁRATE, Fabián Eduardo | GORORDO IPIÑA, Rosa Carolina | BEDINI, Mariana Patricia | BENAVIDEZ, Analía Claudia | BONAMICO, Agustina

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

**Introducción:** Históricamente, la causa de colitis farmacológica estuvo relacionada con la utilización de analgésicos no esteroideos (AINEs) y antibióticos (ATB), hasta la llegada de los inhibidores de puntos de control inmunitario los cuales se encuentran en alza acompañados de sus reacciones adversas. Los fármacos inmunomoduladores suelen ser utilizados para el tratamiento de diferentes tipos de cáncer, entre estos fármacos se encuentran ipilimumab y nivolumab generalmente empleados para el tratamiento de melanomas metastásicos. Este grupo de fármacos pueden presentar eventos adversos relacionados con el sistema inmunitario, como la colitis inmunomediada (CIM) con una incidencia cinco veces mayor con ipilimumab en comparación con nivolumab y del 13,6% cuando el tratamiento es combinado con ambos. Además frente al uso de ipilimumab se han reportado casos de enterocolitis como probable reacción adversa en hasta un 35% de casos, los cuales 7% pueden ser severos, que obligará a discontinuar y comenzar tratamiento con esteroides.

**Objetivo/s:** Reconocer de forma temprana esta patología inmunomediada para accionar de forma precoz.

**Material (pacientes) y métodos:** Paciente sexo masculino, de 48 años, con diagnóstico de melanoma con metástasis pulmonares en tratamiento con ipilimumab y nivolumab que presentó enterocolitis con atrofia vellositaria duodenal y pancolitis a las 6 semanas de tratamiento con inhibidores del punto. Clínicamente se encontraba febril con 15 a 20 deposiciones diarias a predominio posprandial, con sangre fresca, intolerancia oral y pérdida de peso sin respuesta a loperamida. Se interna en sala común, se realiza filmmarray de materia fecal negativo para gérmenes, entre ellos Clostridium Difficile. Se realizan estudios endoscópicos digestivos con toma de biopsias. En videoendoscopia alta se observó desde bulbo duodenal hasta segunda porción, parches de mucosa despolida con restos de fibrina adherida y ausencia de pliegues duodenales. Colonoscopia hasta ciego, muestra parches de mucosa con ausencia de patrón vascular, edema, erosiones y úlceras superficiales infracentimétricas que ocupaban menos de 50% de circunferencia, a predominio de colon descendente hasta margen anal. Resultado de PCR para Citomegalovirus negativo. Se comienza con budesonida oral sin respuesta. Se rota a esteroides sistémicos con descenso a 6 deposiciones diarias a las 24 horas de tratamiento.

**Resultados:** Paciente con indicación y requerimiento de corticosteroides orales, comienza con prednisona 100 mg día con tapering hasta 10 mg a las 6 semanas cuando recibe próxima inmunoterapia solo con nivolumab y loperamida de rescate, sin presentar eventos adversos. A los 10 días de tratamiento sistémico paciente no presentó más episodios de diarrea.

**Conclusiones:** El reconocimiento y manejo rápido de esta patología es imprescindible para obtener resultados óptimos frente al tratamiento de primera línea con esteroides, en casos refractarios se deberá escalar a agentes biológicos. Las reacciones adversas a inhibidores del punto suelen manifestarse con mayor frecuencia a partir del sexto ciclo después del tratamiento inicial, excepto en casos de uso combinado con ipilimumab el cual acelera este tiempo. La colitis inducida por nivolumab puede imitar la Colitis Ulcerosa endoscópica e histopatológica. Sin embargo, no se han observado afectaciones similares a Enfermedad de Crohn como en el caso descrito con atrofia vellositaria de duodeno, que podría deberse al ipilimumab por su afectación y tiempo de aparición. El gold standard para el diagnóstico es colonoscopia/recto sigmoidoscopia lo que podría explicar la baja frecuencia de reportes de enterocolitis y la falta de conocimiento sobre la real afectación intestinal de la inmunoterapia.

**TRABAJO DISTINGUIDO**

**Código: 0173**

**ADENOMAS DE PAPILA EN PACIENTES CON POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y SERIE DE CASOS DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL**

*Modalidad: Casos Clínicos - E*

*Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno*

CAMPAÑA, María Ángeles | ACHILLI, Agustín Jesús | GONZALEZ, María Laura | MARCOLOGO, Mariano

## HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

**Introducción:** Los adenomas de la papila duodenal pueden ser esporádicos o asociados a síndromes genéticos, como la Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF). En los pacientes con PAF el cáncer duodenal constituye la segunda causa de muerte luego del cáncer colorrectal y el 50% de estos tumores se localizan en la región ampular y periampular. Se han reportado cambios adenomatosos en un 29-54% de pacientes con PAF con biopsias de papila macroscópicamente normal, por esto resulta fundamental incluir a los pacientes con PAF en programas de vigilancia de cáncer duodenal. Los adenomas de papila en casos esporádicos se consideran lesiones premalignas que deben researse por su riesgo de progresión a cáncer. En los adenomas de papila de bajo riesgo en PAF, este riesgo de progresión parecería ser menor y se podría adoptar por vigilancia endoscópica. De este modo, biopsiar o no una papila de aspecto macroscópicamente normal en un paciente con PAF o decidir entre resecar o vigilar un adenoma de papila en este grupo constituyen desafíos sobre los cuáles no existe aún un algoritmo universalmente aceptado. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia en el manejo de adenomas de papila en pacientes con PAF y realizar una revisión bibliográfica del tema.

**Objetivo/s:** Presentar nuestra experiencia en el manejo de adenomas de papila en pacientes con PAF y realizar una revisión bibliográfica del tema.

**Material (pacientes) y métodos:** Se analizaron seis pacientes con diagnóstico de PAF, con edades entre 20-60 años y cirugías previas en la mayoría colectomías profilácticas. En estos seis pacientes analizamos durante 3,4 años la vigilancia de adenomas de papila aplicando el score de Spigelman y a través de biopsias dirigidas de papila.

**Resultados:** La serie de casos presentada muestra que de los cinco pacientes con PAF y adenomas de papila con displasia de bajo grado que entraron en protocolo de vigilancia endoscópica ninguno tuvo progresión del grado de displasia durante el seguimiento, que fue en promedio de 3,4 años. En todas las endoscopias de vigilancia se realizó visión directa de la papila con duodenoscopia y se tomaron biopsias de la misma. Ninguno de los pacientes desarrolló pancreatitis luego de las biopsias. El intervalo de vigilancia endoscópica fue variable, siendo de uno o dos años según el caso. Todas las biopsias de papila demostraron concordancia entre el aspecto macroscópico de papila adenomatosa y la muestra histológica compatible con adenoma. Dos pacientes de la muestra tuvieron hallazgos histológicos de adenoma vellosos, lo cual según la mayoría de las guías constituye una indicación de realización de ampulectomía. Una de ellas se realizó ampulectomía en 2012 y nunca mostró recidiva en el sitio de resección. La otra paciente está en plan de realizarse ampulectomía endoscópica.

**Conclusiones:** El manejo de los adenomas de papila en pacientes con PAF constituye hoy en día un tema controversial sobre el que no hay un algoritmo globalmente aceptado. En nuestra experiencia, el seguimiento endoscópico de los adenomas de bajo grado pareciera ser una alternativa válida a la ampulectomía, considerando la alta tasa de complicaciones asociadas a este procedimiento.

## TRABAJOS DISTINGUIDOS

**Código: 0086**

**USO DE ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA EN PATOLOGÍA BILIOPANCREÁTICA EN UN CENTRO PÚBLICO DE TERCER NIVEL EN ARGENTINA. SERIE DE CASOS**

*Modalidad: Casos Clínicos - E*

*Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas*

*PACHECO MERLO, Abigail | AGUSTINA, Redondo | ZEGARRA, Carlos | PEREZ OROZCO, Jesus | BALDONI, Fernando | TUFARE, Francisco Mario*

**HIGA SAN MARTÍN LA PLATA**

**Introducción:** La ablación por radiofrecuencia (RFA) es un procedimiento mediante el cual una corriente alterna de alta frecuencia convertida en energía térmica provoca necrosis coagulativa del tejido a tratar. En los últimos tiempos se ha evidenciado una creciente disponibilidad de sondas de radiofrecuencia para tratamientos guiados por colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) y agujas RFA para tratamientos guiados por ultrasonido endoscópico (EUS). En la actualidad, las principales indicaciones de esta terapéutica incluyen disfunción de prótesis metálicas en obstrucciones biliares malignas (OBM) y tumores neuroendocrinos pancreáticos (TNE). El colangiocarcinoma y el cáncer de páncreas son la causa más frecuente de OBM, la mayoría de los pacientes son diagnosticados en una etapa tardía por lo que solo se ofrecen tratamientos paliativos. Los TNE funcionantes (TNE-f), principalmente el insulinoma, se consideran una patología de etiología benigna, la mortalidad asociada con las pancreatomectomías limita las opciones quirúrgicas para pacientes de alto riesgo. Esta técnica ofrece un medio mínimamente invasivo y potencialmente definitivo para tratar los TNE pancreáticos y las OBM.

**Objetivo/s:** Se presentarán tres casos clínicos en donde se aplicó RFA endoscópica en dos TNE pancreáticos y en una OBM.

**Resultados:** Caso 1: Paciente masculino de 41 años con antecedente de neoplasia endocrina múltiple tipo 1 y hallazgo de TNE-f subtipo insulinoma en topografía cefálica pancreática con síntomas neuroglucopépicos persistentes a pesar del tratamiento médico. Se realizó RFA con un equipo de EUS terapéutico (Pentax EG 3870- Hitachi Avius) y una aguja 19G de TaeWoong Medical® (EUSRA, Taewoong Medical Co. Ltd) con sistema cooling de enfriamiento para evitar las lesiones paren-

quimatosas térmicas. Se utilizó una potencia de 30W durante 15 segundos, limitados por la impedancia que se ve reflejada en el equipo. En el seguimiento, se evidenció normalización de los valores de glucemia a las 48 horas sin tratamiento médico. Se realizó resonancia magnética de abdomen a los 30 días sin evidencia de lesión residual. Caso 2: Paciente masculino de 75 años con diagnóstico de cáncer de cabeza de páncreas metastásico (Estadio IV) con estenosis del colédoco distal drenada por CPRE con colocación de prótesis metálica descubierta de 10 x 7 fr. Intercede con colangitis aguda debido a obstrucción por crecimiento tumoral intra prótesis (In-growth). Se utiliza RFA ELRA de forma paliativa para re-permeabilización de prótesis con una potencia de 10W. Luego del procedimiento se comprueba la efectividad de la ablación por la re-permeabilización del conducto visualizado por colangioscopia Spyglass® (Boston Scientific). Se coloca prótesis plástica de 10 x 7 fr la cual evidencia permeabilidad. Caso 3: Paciente femenina de 70 años, con patología cardiovascular severa y diagnóstico de TNE moderadamente diferenciado (G2), localmente avanzado con compromiso ganglionar. Se realizó RFA guiada por EUS con equipo lineal Pentax- Hitachi Avius, con aguja de 19G EUSRA con sistema Viva STARmed y se aplicó RFA de distal a proximal en tres ciclos con corriente alterna continua a 30W con control de impedancia. La paciente evolucionó de manera favorable, sin complicaciones relacionadas al procedimiento.

**Conclusiones:** La RFA guiada por endoscopia se presenta como una opción prometedora en tratamientos paliativos para cáncer de páncreas, TNE-f, lesiones quísticas pancreáticas y OBM, con resultados alentadores en eficacia y seguridad. Aún faltan estudios que puedan contribuir a alcanzar mejores resultados en los tratamientos con las menores complicaciones posibles.

## PÓSTER

**Código: 0051**

**PREVALENCIA DE HALLAZGOS POSITIVOS EN ESTUDIOS DE VIDEOCAPSULA EN SUJETOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO**

*Modalidad: Resúmenes Científicos - E*

*Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Endocápsula*

*RÍOS MIRANDA, Natalia Lorena | LASA, Juan | ZUBIAURRE, Ignacio*

**HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES**

**Introducción:** La hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO) representa aproximadamente el 5% de los casos de hemorragia gastrointestinal y suele ser debida a una lesión del intestino delgado. Se ha informado que varios factores clínicos están asociados con mayor rendimiento diagnóstico en VCE en pacientes con HDA como ser hemorragia activa (92,3%) o hemorragia oculta (44,2%), mientras que los pacientes con hemorragia manifiesta previa tenían el menor rendimiento (12,9%)

**Objetivo/s:** Aunque se han investigado los factores que predicen resultados positivos de la VCE en la HDOO, no contamos con este tipo de estudios en nuestro medio, por lo cual es objetivo de este estudio el definir la relación de algunos de estos factores con hallazgos positivos en VCE.

**Material (pacientes) y métodos:** Se utilizó una base de datos de las VCE realizada en un centro de tercer nivel de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Hospital Británico) en el período de enero de 2017 y marzo de 2021. Los datos recopilados incluyen la exteriorización de sangrado digestivo o anemia, delta hemoglobina, requerimiento de transfusiones de glóbulos rojos, comorbilidades, uso de anticoagulantes, ácido acetilsalicílico (AAS), y otros antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), la realización de más de una Videoendoscopia alta (VEDA) o Videocolonoscopio (VCC) y diagnóstico de VCE. Se realizó un análisis univariado inicial estimando los Odds Ratio con su IC del 95% correspondiente. Aquellas variables asociadas a hallazgos positivos en los estudios de VCE con un p menor de 0,05, fueron incluidas en el análisis multivariado. El modelo de regresión logística que se utilizó para el análisis multivariado es el de regresión escalonada (stepwise logistic regression). Tomando en cuenta las variables estadísticamente significativas del análisis multivariado asociadas con la presencia de hallazgos positivos en los estudios de VCE y utilizando el valor del coeficiente z, se elaboró un score para estimar la magnitud de probabilidad de hallazgo positivo en el estudio.

**Resultados:** Se realizaron un total de 225 estudios de cápsula endoscópica en el periodo enero de 2017 y marzo de 2021. El 58,68% presentó un hallazgo positivo en el estudio de cápsula en el contexto de HDOO. El 88% de este último grupo presentó al menos una ectasia vascular en intestino delgado como hallazgo positivo. En la tabla 1 se describen las características de la población, de ellas ocho fueron incluidas para el análisis multivariado por ser significativamente estadísticas. De las variables identificadas, tres de ellas fueron significativas en el análisis multivariado. Estas son el delta hemoglobina, antecedente de hospitalización y la realización de más de una VEDA y VCC; las cuales se describen en la Tabla 2. Con estos resultados se elaboró un Score otorgando a Delta Hemoglobina mayor a 3.2 el valor de 2 puntos y al antecedente de hospitalización por HDOO y al antecedente de más de una VEDA+VCC el valor de 1 punto a cada uno de ellos. Nuestro score comprende los valores de 0 a 4 puntos posibles. Se identificó que un puntaje de 2 ó más se asoció con una capacidad predictora elevada de hallazgos positivos en estudios de VCE (Especificidad de 94,6% y sensibilidad de 94,2%).

**Conclusiones:** La VCE sigue siendo el examen líder en la investigación de la HDOO. La presencia de hallazgos positivos que justificaran un cuadro de hemorragia digestiva en el intestino delgado evaluado por VCE se asoció de manera significativa a la magnitud del descenso de hemoglobina, el antecedente de hospitalización y el antecedente de contar con más de un estudio combinado endoscópico.

## PÓSTER

Código: 0207

**EVALUACIÓN DE PANCREATITIS CRÓNICA Y NEOPLASIA SÓLIDA DEL PÁNCREAS MEDIANTE ELASTOGRAFÍA SHEARWAVE GUIADA POR ECOENDOSCOPIA: UN ESTUDIO UNICÉNTRICO DE CASOS Y CONTROLES ANIDADO A LA COHORTE**

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Ecoendoscopia

DEL VALLE ZAVALA, Raquel | PUGA-TEJADA, Miguel | CUNTO, Domenica | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge | AREVALO-MORA, Martha | EGAS-IZQUIERDO, Maria | ALCÍVAR-VÁSQUEZ, Juan | ALVARADO-ESCOBAR, Haydee | RODRIGUEZ CASTRO, Jorge | TABACELIA, Daniela | PITANGA-LUKASHOK, Hannah | ROBLES-MEDRANDA, Carlos

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

**Introducción:** La identificación temprana de pancreatitis crónica (PC) y neoplasia sólida del páncreas (NSP) implica un desafío debido a la localización retroperitoneal del páncreas. La elastografía por ShearWave (SW) guiada por ecoendoscopia (endoscopic ultrasound, EUS) mide la elasticidad de un tejido o víscera. La suficiencia diagnóstica de la SW-EUS frente a PC y NSP aún no ha sido estimada.

**Objetivos:** Estimar la suficiencia de la SW-EUS en el diagnóstico de PC y NSP.

**Material (pacientes) y métodos:** Entre 12/2020-11/2022 se diseñó dos cohortes correspondientes a casos con diagnóstico reciente de PC o NSP encaminados a SW-EUS. Una tercera cohorte correspondió a un grupo control (GC) de casos con indicación de despistaje de lesión subepitelial. Se evaluó posibilidad de páncreas graso, strain ratio (SR), histogram (SH) y diez mediciones elastográficas propiamente (SWE) y de dispersión (SWD). La variación de SWE y SWD se basó en el cociente entre el rango intercuartil (RIC) y su mediana. Así como en la elastografía hepática de transición, solo se analizó los casos con <30% de variación estadística. Mediante regresión ANOVA se correlacionó datos clínicos y de EUS de cada cohorte vs SWE y SWD. Se imputó datos perdidos. ANOVA anticipó una interacción estadística entre el páncreas graso y cada cohorte. Los valores de corte de SWE y SWD se calcularon mediante índice de Youden. Se estimó la suficiencia diagnóstica del SWE y SWD en términos de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN).

**Resultados:** Se incluyeron 88 casos (37 GC, 14 PC, 37 NSP), edad mediana de 62.5 (RIC 53-70), 47.7% mujeres. La proporción de páncreas graso II y III fue similar en el GC (37.8% y 56.8%) y PC (57.1% y 42.9%), aunque hubo diferencia significativa en NSP, con una puntuación II, III y IV del 24.3%, 40.5% y 29.7%, respectivamente ( $p < 0.001$ ). La mediana de SR también fue similar entre GC (3.6; RIC 2.9 – 4.3) y PC (3.9; RIC 3.6 – 4.7) pero significativamente diferente en comparación con NSP (7.6; RIC 5.3 – 11.1;  $p < 0.001$ ). La mediana de SWE y SWD fue de 10.5 kPa (RIC 7.3 – 16.6) y 1.9 [m/s]/kHz (RIC 1.6 – 2.4), con una variación <30 % en 27 (30.7%) y 57 (64.8%), respectivamente. ANOVA concluyó que PC, NSP y la diabetes se asociaron a mayor SWE y SWD ( $p < 0.05$ ). Los SWE predichos fueron significativamente diferentes entre NSP y GC (-13.1; -24.4 a -1.7;  $p = 0.024$ ) (figura 1). Un SWE  $\geq 17.4$  diagnosticó NSP con una sensibilidad, especificidad, VPP y VPN del 75% (19-99), 91% (72-99), 60% (27-99) y 95% (63-99); mientras que una SWD  $\geq 2.31$  diagnosticó NSP con una suficiencia del 54% (25-81), 70% (55-83), 35% (21-66), 84% (60-91), respectivamente.

**Conclusiones:** SW-EUS constituye una herramienta valiosa en el diagnóstico diferencial entre PC y NSP. Esta línea de investigación debe continuarse con un ensayo multicéntrico que confirme estos hallazgos, especialmente frente a la PC. Sería importante incluir casos de pancreatitis autoinmune en localidades donde la epidemiología lo permita.

## PÓSTER

Código: 0266

**CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN MEDIO**

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Endocápsula

CABAÑA, Karen

HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS "DR OSCAR ALENDE"

**Introducción:** El síndrome del nevus azul es una enfermedad rara caracterizada por malformaciones venosas y hemangiomas en piel, tejidos blandos y tracto gastrointestinal. Puede manifestarse como hemorragia digestiva de origen medio, lo que representa un desafío diagnóstico

**Objetivos:** Reportar por su baja incidencia un caso clínico de síndrome del nevus azul en un adulto con hemorragia digestiva secundaria a lesiones vasculares en intestino delgado, sin manifestación cutánea

**Material (pacientes) y métodos:** Masculino de 66 años con antecedentes de hi-

perensión arterial, insuficiencia renal crónica y fibrilación auricular. Consultó por melena y anemia sintomática. Al examen físico se encontraba hemodinámicamente estable, el laboratorio reveló (hematocrito: 14%, hemoglobina: 4,3g/dl). Se realizó endoscopia alta de guardia, la cual no mostró lesiones evidentes ni signos de sangrado activo o reciente, por presentar nuevo episodio de melena se realiza nuevamente endoscopia alta: sin cambios y colonoscopia completa con preparación Boston 7, no pudiendo realizar ileoscopia. Ante la sospecha de hemorragia digestiva media se optó por realizar una cápsula endoscópica, que reveló lesiones vasculares y azuladas en todo el intestino delgado con signos de sangrado activo en yeyuno proximal, sugestivo de síndrome del nevus azul. Debido a contraindicación de enterografía, se realiza centellograma que reporta sangrado en cuadrante superior derecho sin poder definir origen entérico, se realiza laparotomía exploratoria, se encontraron múltiples malformaciones venosas en el intestino delgado, se procedió a realizar resección intestinal de yeyuno e ileon proximal. Se realiza TAC de cerebro y valoración por Dermatología sin lesión extra intestinal. Sin embargo, el paciente experimentó evolución desfavorable, con inestabilidad hemodinámica y falleció a las 48 horas del procedimiento.

**Resultados:** La patología de la pieza resecada mostró la presencia de espacios y luces vasculares repletas de sangre en la submucosa, capa muscular y subserosa, con trombosis focal y organización, consistente con diagnóstico de hemangioma cavernoso

**Conclusiones:** Este caso destaca por la infrecuencia del síndrome del nevus azul sin manifestaciones cutáneas y síntomas gastrointestinales como única forma de presentación. Es importante considerar esta entidad en pacientes con sangrado gastrointestinal, cuando causas prevalentes fueron descartadas. La evaluación de lesiones gastrointestinales incluye cápsula endoscópica, Enteroscopia y angiografía. La cápsula endoscópica es la opción de primera línea por ser no invasivo con alta localización del sitio de sangrado. El tratamiento debe individualizarse según el número, ubicación, tamaño de lesiones y condición clínica del paciente, priorizando intervenciones endoscópicas para limitar la hemorragia, reservando la cirugía para pacientes con mala evolución y alto requerimiento de transfusión de sedimento globular.

## PÓSTER

Código: 0053

**TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS EN DIFERENTES GRUPOS ETARIOS**

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Colon

RÍOS MIRANDA, Natalia Lorena | DORADO, Fernanda | BILDER, Hugo German | PEREZ TAPIA, Francisco Javier

SANATORIO DUPUYTREN

**Introducción:** De acuerdo a publicaciones de la Organización mundial de la salud (OMS), el Cáncer Colorrectal (CCR) representa un problema de salud pública a nivel mundial, representando la segunda causa de muerte por cáncer. Existe evidencia, aunque escasa en nuestro medio, de que entre el 10% y 12% de los cánceres colorrectales son diagnosticados en personas menores a 50 años.

**Objetivos:** Evaluar la tasa de detección de adenomas en diferentes intervalos de edad.

**Material (pacientes) y métodos:** Se analizaron colonoscopias realizadas a pacientes adultos, ambulatorios, con indicación de pesquisa de CCR, en el período que abarca desde junio de 2021 a junio de 2022. Las características de los pacientes y del estudio fueron registradas en un software específico con los siguientes datos: edad, sexo y escala de Boston. Fueron excluidos aquellos pacientes menores de 18 años. Los pólipos resecados se evaluaron de acuerdo a su histología incluyendo solo a adenomas y adenocarcinomas. Los pacientes se dividieron en dos grupos: mayores de 50 años y menores a 50 años.

**Resultados:** Durante el período comprendido entre junio de 2021 a junio de 2022 se analizaron 942 colonoscopias realizadas a pacientes que asistieron por indicación de pesquisa de cáncer colorrectal. El 53,4% de la población estudiada fue de sexo femenino (n: 503) y la edad promedio fue de 56.5 años (DS=13.1). El 75.8% (714) presentó una adecuada limpieza colónica, considerando como tal aquellas con un puntaje mayor o igual a 6 en la escala de Boston. En el 17,2% (n=161) de los pacientes de reseccion pólipos, siendo, el 97.5% (n=157) adenomas y el resto adenocarcinomas (n=4). Los pacientes menores a 50 años representaron el 38,1% (n=359) de la muestra, donde el 53,8% (n= 193) fue sexo femenino. La escala de Boston fue mayor o igual a 6 en el 75,5% (n=271) de los pacientes estudiados. En el 12,5% (n= 45) se realizó polipectomía con envío de muestra para análisis anatómopatológico, con hallazgo de adenomas en el 95,6% (n= 43) y adenocarcinoma en el 4.4% (n=2). Realizando una comparación en la muestra estudiada, entre pacientes menores y mayores de 50 años se evidenció una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) a favor de estos últimos para hallazgo de lesiones adenomatosas.

**Conclusiones:** La tasa de detección de adenomas en los pacientes estudiados menores a 50 años fue de 12.5% y de 20.1% en los pacientes con 50 o más años. Este hallazgo, en la tasa de detección de adenomas en pacientes menores a 50 años - 12.5% - (1 adenoma por cada 8 pacientes estudiados) podría ser relevante para realizar estudios posteriores que incluyan una muestra con un mayor número de pacientes para de esa manera validar los resultados de este estudio y realizar, en caso de ser necesario, cambios en la edad recomendada para el inicio de pesquisa de cáncer colorrectal.

## PÓSTER

Código: 0102

## DRENAJE DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO MEDIANTE CISTOGASTROSTOMIA

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Ecoendoscopia

BUTHAY, Natalia Belén | SALCEDO PERNETT, Andres Felipe | OLMOS, Juan Ignacio | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban

## HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN

**Introducción:** Las colecciones pancreáticas son una complicación frecuente de la pancreatitis aguda o crónica. Las colecciones sintomáticas requieren drenaje; las opciones incluyen enfoques quirúrgicos, percutáneos o endoscópicos. El drenaje por ecoendoscopia (EUS) se ha convertido en la primera línea. Los avances en las estrategias de drenaje endoscópico también han dado lugar a cambios innovadores en los stents específicos que se utilizan para el tratamiento, que incluyen stents de plástico de doble cola de cerdo, stents metálicos autoexpandibles completamente cubiertos y stents metálicos de aposición luminal (LAMS).

**Objetivo/s:** Describir la resolución de pseudoquiste pancreático mediante ecoendoscopia con LAMS.

**Material (pacientes) y métodos:** Varón de 41 años de edad, sin antecedentes patológicos, que presenta internación por pancreatitis aguda, presentando en la evolución complicación con pseudoquiste pancreático, el cual se drena por vía percutánea. Presenta evolución tórpida con varias reintervenciones percutáneas sin resolución completa del cuadro luego de 3 meses de tratamiento. Intercurre con cuadro clínico de 10 días de evolución por dolor epigástrico tipo cólico de intensidad 7/10 con irradiación a hipocondrio derecho, asociado a náuseas y vómitos.

**Resultados:** Laboratorio presenta hipopotasemia leve y amilasa 414 UI/L (95 UI/L VN). Ecografía abdominal y tomografía axial computada (TAC) evidencian imagen quística de 60 x 32 mm en cabeza y cuello de páncreas que contacta con segunda porción de duodeno. Ante este hallazgo y la evolución del paciente se decide realizar interconsulta a nuestro servicio para resolución del caso. Se realiza EUS donde se procede a introducir sistema liberador hot axios a través de pared gástrica, creando comunicación cistogástrica constatando abundante salida de contenido claro, con colapso completo de la cavidad. Posteriormente se realiza TAC de control constatando la ausencia de colección, por lo que se realiza endoscopia con retiro de stent hot axios a los 7 días. Luego de un año de seguimiento no volvió a presentar complicaciones de pancreatitis.

**Conclusiones:** El drenaje guiado por EUS de pseudoquiste implica la creación de una fístula entre la luz gástrica o duodenal y la colección pancreática. Hoy en día el drenaje ecoendoscópico es la vía de elección por su efectividad. Presentamos un caso en el cual se optó por drenaje percutáneo y luego del fracaso del mismo, se procede a realizar el tratamiento de elección (EUS+LAMS) con rápida resolución del cuadro. El LAMS tiene como ventajas en comparación con otros stents, el despliegue de un solo paso, migración mínima y la mayor capacidad para realizar operaciones endoscópicas como el debridamiento de la colección. La tasa de complicaciones es baja, e incluye sangrado, perforación, infección y complicaciones específicas del stent, incluidas la migración y la oclusión.

## PÓSTER

Código: 0225

## STENT BILIAR... COMPLICACIÓN DE COMPLICACIÓN

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

DELOSRIÓS, Anahí Ayelén | ROJAS, Germán | OLMOS, Juan Ignacio | D'ALESSANDRO, Marcelo | BORTOT GASTÓN, Lorena | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban

## HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN

**Introducción:** La litiasis vesicular sintomática tiene una prevalencia del 10% y su complicación más frecuente es la coledocolitiasis que ocurre hasta en un 20% de los pacientes. El 85%-90% de las coledocolitiasis se resuelven a través de Colangiopancreatografía Endoscópica Retrógrada (CPRE). En el 10%-15% presentan Litiasis Coledociana Dificultosa (LCD) ya sea por el tamaño o la forma de la litiasis. En los casos de extracción incompleta del lito, se coloca stent, usualmente de plástico, para aliviar la obstrucción, antes de un segundo intento de extracción por CPRE o cirugía. De las complicaciones asociadas a la presencia del stent plástico, la colangitis es la principal, seguida por la migración del mismo hacia el duodeno o conducto biliar, cuya frecuencia es del 1,7 al 10%. La tasa de éxito de extracción endoscópica de un stent migrado es del 80 al 90%. Un complejo stent-cálculo (CSC) es una rara complicación de la colocación a largo plazo de stents biliares plásticos. En los CSC se forman cálculos alrededor del extremo proximal del stent, lo que dificulta la extracción endoscópica. Las opciones terapéuticas para las LCD incluyen técnicas quirúrgicas o endoscópicas. La litotricia asistida por colangioscopia se ha informado como una técnica eficaz y segura.

**Objetivo/s:** Presentar caso de extracción endoscópica exitosa de un CSC mediante litotricia guiada por colangioscopia.

**Material (pacientes) y métodos:** Varón de 75 años diabético, obeso, coledocolitiasis aguda leve con requerimiento de CPRE + stent plástico por LCD. Tras no realizar controles por 4 años reingresa con colangitis severa. Al efectuar CPRE la colangiografía evidencia coledoco de 20 mm de diámetro con múltiples litos, el más representativa de forma rectangular de 15x18 mm junto a la migración interna de stent previo. Se realiza colangioscopia (SpyGlass SD) observando fragmento del stent plástico migrado rodeado por litiasis gigante de aspecto rectangular, hallazgo definido como CSC. Se realiza Litotricia laser fragmentando el lito, liberando así el stent, el cual se extrae con canastilla a través de colangioscopia. Finalmente, se extraen los restos del cálculo.

**Resultados:** Paciente evoluciona asintomático, siendo externado a las 48 horas.

**Conclusiones:** La coledocolitiasis gigante dificultosa representa un desafío terapéutico. La colangioscopia debe considerarse como una técnica de primera línea, ya que reduce la necesidad de tratamientos en serie o más invasivos. La extracción endoscópica de un complejo de stent-cálculo es difícil, y la extracción forzada de un gran complejo stent-cálculo puede causar lesión papilar o perforación biliar. Sin embargo, la cirugía para CSC es altamente invasiva. Por ello consideramos que la litotricia guiada por colangioscopia es la terapéutica de elección por su efectividad en el manejo de la litiasis coledociana dificultosa.

## PÓSTER

Código: 0089

## EXPERIENCIA EN EL USO DE ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Ecoendoscopia

PÉREZ PRADA, Madelyn | CORDERO, Hernán

## HOSPITAL MILITAR CENTRAL CIRUJANO MAYOR DR. COSME ARGERICH

**Introducción:** La ecoendoscopia es una combinación de endoscopia y ecografía, que se utiliza para el diagnóstico, estadificación y terapéutica de lesiones en el tracto gastrointestinal y órganos accesibles desde la luz del mismo.

**Objetivo/s:** Describir la experiencia en el uso de ultrasonografía endoscópica en el servicio de gastroenterología de un hospital de alta complejidad, entre marzo del 2020 a marzo del 2023.

**Material (pacientes) y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, que incluyó a todos los pacientes a quienes se realizó ecoendoscopia entre marzo del 2020 a marzo del 2023. Se recolectaron datos de las historias clínicas y base de datos de Anatomía Patológica; para el análisis estadístico de los datos se utilizó la plantilla de cálculos de Microsoft Excel.

**Resultados:** Se realizó ecoendoscopia a 179 pacientes; 50,8% fueron mujeres y 49,2% hombres. El promedio de edad fue 64,9 años. La principal causa de indicación fueron tumores de páncreas en 29,6% y quistes de páncreas en 11,1%. En 97,2% de los estudios se usó el equipo lineal. El diagnóstico ecoendoscópico más frecuente fue tumor de páncreas (29,9%). Se tomó muestra de tejido para biopsia o análisis físico químico de líquido de quiste en 54,7% de los estudios, de ellos 94,8% se realizó con aguja FBN tratándose principalmente de tumores y quistes pancreáticos, siendo calibre 22 de aguja el más utilizado con un 76,3%. La cantidad de pases más frecuente para obtener una muestra fueron 2 (31,1%). Hubo patólogo en sala en 61,2% casos. Se indicaron antibióticos en 14,5% de los pacientes. Hubo complicaciones en 2,7% casos, la pancreatitis aguda fue la más frecuente. Se realizó terapéutica en 19% estudios, siendo más frecuente la colocación de stent biliar. El principal diagnóstico anatomopatológico fue adenocarcinoma de páncreas (41,8%) y el rédito diagnóstico de la toma de muestras fue de 87,7%. Se encontraron quistes pancreáticos en 11,7% pacientes, ubicándose en la cabeza del páncreas el 48%. En cuanto a criterios de preocupación y resección, en 38% de casos el quiste medía más de 3 cm, 23,8% tenía nódulos murales > a 5 mm, 19% dilatación del Wirsung > a 5 mm, 14% atrofia pancreática, 9,5% pared engrosada y componente sólido respectivamente y hubo infadenopatías en 4,7%. Se analizó la glucosa intraquística siendo > a 50 mg/dl en 14,3% de los casos y en 9,5% < a 50 mg/dl. El CEA intraquístico fue > a 192 ng/ml en 4,8% de los casos y < a 192 ng/ml en 19%. Al clasificar el tipo de quiste, en 28,5% de casos no se pudo diferenciar entre neoplasia quística serosa o mucinosa, las neoplasias quísticas serosas fueron el 19%, las neoplasias quísticas mucinosas 9,5%, las IPMN tipo II representaron el 19%, las IPMN mixtos el 9,5%, y la neoplasia pseudopapilar sólida 9,5%.

**Conclusiones:** La ecoendoscopia desempeña un papel crucial en el diagnóstico, estadificación y seguimiento de diversas enfermedades, proporcionando información precisa que orienta a la toma de decisiones clínicas, aumentando la certeza diagnóstica y favoreciendo el manejo terapéutico de los pacientes.

## PÓSTER

Código: 0252

## RIESGOS ERGONÓMICOS Y SUS EFECTOS SOBRE LA SALUD DEL PERSONAL DEL CENTRO RADIOLÓGICO Y ENDOSCÓPICO CERID

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

**Introducción:** Los riesgos ergonómicos se relacionan con la dinámica del cuerpo y su interacción con el espacio de trabajo, características que hacen que se generen efectos en la salud de los trabajadores y que frecuentemente se convierten en problemas musculoesqueléticos lo cual puede complicar el bienestar del individuo y su rendimiento en el trabajo. **Objetivo:** determinar los riesgos ergonómicos y sus efectos sobre la salud del personal del Centro Radiológico y Endoscópico CERID. **Metodología:** estudio no experimental, observacional, descriptivo, prospectivo con enfoque cualicuantitativo, se trabajó con 9 profesionales del Centro Radiológico y Endoscópico CERID. **Resultados:** el 77,78% fueron mujeres, la edad más frecuente fue de 20 a 35 años, la mayoría fueron licenciadas de enfermería, médicos generales y gastroenterólogos, el 55,56% tenía menos de 5 años en sus funciones. Las respuestas afirmativas para los riesgos ergonómicos fueron en menor porcentaje para la altura acorde a las dimensiones del cuerpo y la superficie de trabajo. El 33,33% refirió la postura de columna vertebral inclinada y brazos flexionados como la más repetitiva. El 33,33% presentó molestias en la espalda. **Conclusiones:** los trabajadores del CERID presentan trastornos musculoesqueléticos relacionados con la identificación de riesgos ergonómicos como son las posturas y la relación del cuerpo con el espacio de trabajo, donde se evidencia que existen capacitaciones, pero también es necesario que se realicen otras acciones correctivas.

**Objetivo/s:** Determinar los riesgos ergonómicos y sus efectos sobre la salud del personal del Centro Radiológico y Endoscópico CERID

**Material (pacientes) y métodos:** 9 profesionales que laboran en el centro radiológico y endoscópico CERID en la ciudad de Portoviejo. Se utilizó una ficha de recolección de datos compuesta por 5 apartados: datos generales, condiciones del lugar de trabajo, posturas adoptadas con mayor frecuencia, actividades preventivas aplicadas, molestias osteomusculares y su frecuencia.

**Resultados:** Las características generales de los profesionales que fueron parte del estudio se muestran en la Tabla 1, donde se puede evidenciar que hay mayor cantidad de personal femenino con el 77,78%, el grupo de edad de mayor frecuencia fue el de 20 a 35 años con el 44,44%, siendo la media de 41,11, la moda y la mediana de 40. Hay mayor número de licenciadas de enfermería, médicos generales y gastroenterólogos; cuyo tiempo en el puesto de trabajo más frecuente fue el de menos de 5 años en el 55,56% de los casos.

**Conclusiones:** Los trabajadores en general, y en este caso los trabajadores de la salud los trabajadores del CERID están expuestos a varios riesgos inherentes a sus puestos de trabajo, en este caso el personal evaluado presentó trastornos musculoesqueléticos relacionados con la identificación de riesgos ergonómicos en los que refirieron como uno de los más frecuentes las posturas repetitivas y la relación del cuerpo con el espacio de trabajo. A pesar de existir respuestas afirmativas sobre las capacitaciones, también se evidencia la necesidad real de generar estrategias que permitan que todos estos elementos se conviertan en acciones que permitan mejorar la exposición del personal a estos riesgos, lo cual es un compromiso personal e institucional, a fin de paliar la presencia de enfermedades que compliquen el buen ejercicio de la profesión.

PÓSTER

Código: 0136

**GASTROSTOMIA PERCUTANEA ENDOSCOPICA EN PACIENTES CON ES-CLEOROSIS LATERAL AMIOTROFICA**

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

COLQUE, Lorena Vanesa | VITCOPP, Gerardo | HERRERO, Ignacio | GARCES, Raul Ariel | UDABE, María Laura | SARACHO, María Belen | DE ARMAS, María Emilia | CHOQUE, Betty Paola | PORTILLO, Matías Joaquín | RODRIGUEZ, Gabriel

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

**Introducción:** La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa de causa desconocida, caracterizada por presentar signos y síntomas de degeneración primaria de las motoneuronas superior e inferior. Evolucionando a un fallo respiratorio entre los 3 y 5 años. La incidencia en Argentina es de 0.49/100.000 habitantes/año, entre los 40 a 70 años, con predominio en el sexo masculino y la forma de inicio espinal. Carece de un tratamiento curativo, su manejo se basa en el tratamiento paliativo del control de los síntomas, como la implantación de gastrostomías percutáneas.

**Objetivo/s:** El objetivo es demostrar la experiencia en gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) en pacientes con ELA realizadas en el grupo de trabajo de cirugía mini-invasiva del hospital público.

**Material (pacientes) y métodos:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo sobre una base de datos retrospectiva de pacientes con GEP y ELA atendidos desde

1 de Enero del 2010 al 31 de Diciembre del 2022. Los indicadores fueron: sexo, edad, tipo de ELA, grado de disfagia en la que se indicó la cirugía, complicaciones postoperatorias, ganancia de peso post cirugía y percepción de mejoría del estado general. Se excluyeron historias clínicas incompletas o con otro diagnóstico. Los pacientes seleccionados fueron de Capital Federal, provincia de Buenos Aires como derivados del Hospital referente en neurología

**Resultados:** Se evaluaron 57 pacientes, 34 son de sexo femenino (59,65 %) y 23 de sexo masculino (40,35%). Media de 61 años, con un rango entre 30 y 80 años. La variante de ELA más frecuente fue la bulbar (62.5 %). El grado de disfagia con el que se indicó la cirugía es del tipo III (73.7%). Las complicaciones postoperatorias ocurrieron en 9 pacientes (15.7%): 5 (8.8%) por infección del sitio quirúrgico, 3 (5.2%) con extracción involuntaria del catéter de gastrostomía y 1 (1.7%) que óbito al 5° día del procedimiento. De 57 pacientes: 31 (55,5%), obtuvieron una ganancia entre el 1 al 10 % de su peso, 13 (22,2%) mantuvieron el peso y otros 13 (22,2%) disminuyeron entre el 2 al 8%. El último grupo se caracterizó, por el antecedente previo a la cirugía, de una pérdida del 15 al 20% del peso habitual. El 98.2 % de los pacientes perciben una mejoría de su estado general.

**Conclusiones:** En este estudio, predominó el sexo femenino, de 61 años, con disfagia grado III, las infecciones periostomales y el aumento de peso hasta el 10 % con la mejoría del estado general a pesar del tipo de enfermedad. El tratamiento mini-invasivo para la realización de vías de alimentación para soporte nutricional, impresiona mejorar la calidad de vida independientemente de su forma de inicio y requiere de un tratamiento multidisciplinario.

PÓSTER

Código: 0023

**DEHISCENCIA ANASTOMÓTICA COLORECTAL: UN DESAFÍO TERAPÉUTICO**

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Colon

MARIÑO CAMACHO, Gabriel Adrian | WONAGA, Andres | ROJAS, Germán

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN

**Introducción:** La fuga anastomótica es una complicación potencialmente grave que puede ocurrir en el 4 al 26% de las anastomosis colorrectales. Se relacionan con una mayor morbilidad y mortalidad (6 -22%), ostomas permanentes (56%) y se ha vinculado a un peor pronóstico oncológico. Entre los factores de riesgo se destacan: el sexo masculino, score de ASA mayor a 2, antecedente de radioterapia, distancia del tumor al margen anal, experiencia del cirujano, obesidad, alcoholismo, desnutrición, uso de antiinflamatorios no esteroides, cirugía de larga duración, tipo de sutura, anemia y transfusiones. La terapia de vacío endoluminal es una técnica endoscópica, mínimamente invasiva que permite el drenaje y la obliteración de los espacios peri-anastomóticos con una tasa de éxito que varía del 75 al 97%, dependiendo de la precocidad del diagnóstico. Se describe el caso de una paciente de 76 años, obesa, con el antecedente de un adenocarcinoma de recto con anastomosis colorrectal baja y confección de ileostomía de protección, que evoluciona con fuga una anastomótica sintomática que fue exitosamente tratada con una terapia endoscópica de vacío.

**Material (pacientes) y métodos:** Caso clínico: Mujer de 76 años con antecedente de un adenocarcinoma de recto (T2N1M0) que se trató previamente con radioterapia 4500 cGy y quimioterapia y posterior resección anterior del recto, con colorrecto anastomosis y confección de ileostomía de protección. Posterior al alta, al decimoquinto día postoperatorio refirió dolor abdominal y salida de una secreción purulenta y fétida por el ano, por lo que se decidió su re-internación. En sus parámetros de laboratorio, se destacó anemia normocítica-normocromica (Hb 10,3 g/dl), sin leucocitosis, plaquetas de 287.000 10<sup>3</sup>/uL, tiempo de protrombina de 100%, INR 0,99, con velocidad de eritrosedimentación y proteína C reactiva normales. Se realizó una TAC de abdomen donde se observó un sutil aumento de la densidad de la grasa mesentérica a nivel de la región del flanco izquierdo, adyacente al colon descendente y aumento de la trabeculación de la grasa mesentérica en región rectal (figura 1). Se le realizó una video rectosigmoidoscopia donde se constató una anastomosis permeable con una dehiscencia mayor a 80mm. (Figura 2). Se evaluaron las diferentes posibilidades terapéuticas con el objetivo primordial de preservar la anastomosis y se optó por un VAC por vía endoscópica, colocando en la cavidad de la dehiscencia un catéter con una esponja de poliuretano en su extremo, conectado a sistema de aspiración negativa continua (Figura 2).

**Resultados:** Se realizaron sesiones de lavado y de recambio del drenaje cada 72 Hs y en la tercera sesión se documentó la reducción del tamaño de la cavidad y la granulación completa de su tejido por lo que se retiró de manera definitiva. La paciente evolucionó sin dolor abdominal ni secreción por el recto por lo que se otorgó el alta hospitalaria. A los tres meses, se le realizó un control endoscópico donde se observó la indemnidad de la anastomosis y la resolución completa de la dehiscencia y a posteriori se realizó el cierre de la ileostomía de protección.

**Conclusiones:** La fuga anastomótica es una complicación grave de la cirugía del tubo digestivo y representa un desafío terapéutico que dependerá de las características de la apertura y su repercusión clínica para elegir el tratamiento más adecuado. Entre los recursos mínimamente invasivos la terapia asistida por vacío endoluminal resulta prometedora por alta tasa de éxito, menos complicaciones, rápida recuperación y menor costo.

## PÓSTER

Código: 0172

**ESTENOSIS ESOFÁGICA: ANÁLISIS DE PREVALENCIA, PRINCIPALES ETIOLOGÍAS Y MÉTODOS ENDOSCÓPICOS DE TRATAMIENTO UTILIZADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

LOPES, Melody Gisele | CHAZARRETA, Agustina | BEZZONI, Pablo | MARLETTA, Emilia | GARAVENTO, Leonardo | BALDONI, Fernando | TUFARE, Francisco Mario

HIGA SAN MARTÍN LA PLATA

**Introducción:** La estenosis esofágica se caracteriza por el estrechamiento del esófago, dificultando el paso de alimentos y líquidos hacia el estómago. En occidente, los estudios epidemiológicos han reportado una prevalencia estimada de aproximadamente 10 a 30 casos por cada 100,000 habitantes. Esta condición puede ser causada por diversas etiologías, como el reflujo gastroesofágico, la ingestión de sustancias corrosivas, esofagitis eosinofílica, acalasia, procedimientos terapéuticos previos, entre otras. Los métodos endoscópicos para su tratamiento son la dilatación: con balón o bujías, cortes con knife, inyección de corticoides, colocación de prótesis o, incluso, cirugía

**Objetivo/s:** Objetivos primarios: Determinar la prevalencia de la estenosis esofágica y sus principales etiologías en un hospital de tercer nivel. Evaluar los principales métodos endoscópicos de tratamiento utilizados en un hospital de tercer nivel. Objetivos secundarios: Evaluar tasa de estenosis refractaria y recurrente. Describir la localización esofágica más frecuente. Describir la necesidad de tratamientos únicos o combinados.

**Material (pacientes) y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo en el cual se incluyeron todos los pacientes con estenosis esofágicas que fueron atendidos en un hospital de tercer nivel, a los cuales se les realizó una videoendoscopia digestiva alta, desde enero de 2017 hasta marzo de 2023

**Resultados:** Se incluyeron 97 pacientes, de los cuales 60,82% fueron de sexo masculino (n: 59), con un promedio de 61,5 años de edad, y se calculó la prevalencia de estenosis esofágica siendo de 0,87%. Las principales etiologías de las mismas fueron la orgánica (45,36%), péptica (17,52%) y post quirúrgica (11,34%), con un 18,55% de etiologías no conocidas. Del total de causas, las benignas representaron el 54,64%. La localización más frecuente de estenosis esofágica fue a nivel del tercio superior del esófago (41,23%), seguida del tercio medio (37,11%) e inferior (21,64%). Los métodos de terapéutica endoscópica utilizados fueron la dilatación con balón y bujías, cortes con knife, inyección de triamcinolona, inyección de mitomicina C y prótesis metálicas. El total de estenosis recurrentes fue de 25,77% y de estenosis refractarias 9,27%

**Conclusiones:** En este estudio se describen aspectos como la prevalencia, etiologías más frecuentes y métodos endoscópicos de tratamiento, así como la tasa de recurrencia y refractariedad de las estenosis esofágicas en un hospital de tercer nivel. Los resultados obtenidos revelan una prevalencia de 0,87%, siendo las principales causas de etiología las benignas. Se utilizaron distintos métodos endoscópicos, siendo el más empleado la dilatación con balón. Dichos hallazgos podrían apoyar el abordaje individualizado de esta patología según la etiología y otras características de la estenosis. Asimismo, se observó una tasa significativa de estenosis recurrentes y refractarias, por lo que se deberían considerar estrategias terapéuticas adicionales para su resolución.

## PÓSTER

Código: 0106

**COMPLICACION EN DRENAJE ECOGUIADO DE COLECCIÓN PANCREÁTICA INFECTADA: REPORTE DE CASO EN UN CENTRO PUBLICO DE TERCER NIVEL DE ARGENTINA**

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Ecoendoscopia

CHUMACERO, Cecilia | GULLINO, Lorenzo | REDONDO, Agustina | BALDONI, Fernando | TUFARE, Francisco Mario

HIGA SAN MARTÍN LA PLATA

**Introducción:** el drenaje guiado por ecoendoscopia del walled of necrosis (WON) pancreático infectado a través de prótesis transmural es en la actualidad la modalidad terapéutica elegida cuando el tiempo de evolución de la pancreatitis aguda es mayor a 4 semanas. Las prótesis metálicas de aposición luminal (LAMS) son las de elección, recomendadas por su baja dificultad técnica para la liberación, bajo riesgo de migración y menor tiempo de procedimiento. Las tasas de resolución reportadas son del 94% y las tasas de eventos adversos hasta del 6,8%, dividiéndose en tempranos y tardíos según el tiempo desde su colocación. Los tempranos ocurren en el 5-10% dentro de las 48 horas siendo el más frecuente la infección (3%). Otros menos frecuentes son hemorragia (1,6%) y perforación (0,6%). Sobre el mal posicionamiento de la prótesis sólo existen reportes de casos, en su mayoría relaciona-

dos a drenajes biliares ecoguiados. La resolución endoscópica recomendada es la técnica de prótesis sobre prótesis. Los eventos adversos tardíos son los de mayor incidencia: oclusión del LAMS (29,5%), migración (5,9%), síndrome de enterramiento y sangrado, menos frecuentes.

**Objetivo/s:** presentación de un reporte de caso de drenaje por ultrasonido endoscópico de WON utilizando LAMS, complicada con mal posicionamiento de la prótesis durante la inserción y resolución del mismo.

**Resultados:** paciente de 65 años con diagnóstico de pancreatitis aguda necrotizante severa de origen biliar complicada con colección pancreática. A los 15 días intercurrió con fiebre y leucocitosis, por lo que se realizó imagen que evidenció formación pancreática hipodensa desde cuello hacia porción caudal del páncreas midiendo 17 cm por 10 cm, extendiéndose al espacio parietocólico izquierdo, con burbujas aéreas en su interior. Se interpretó dicho cuadro compatible con WON infectado y en conjunto con el servicio de diagnóstico por imágenes y cirugía general se decidió realizar drenaje percutáneo transgástrico de 12F. La paciente persistió febril por lo que se decide, dado el tiempo de evolución ya mayor a 4 semanas, realizar step-up de abordaje y combinar drenaje ecoguiado de la colección mediante LAMS. Se realizó ecoendoscopia lineal multifrecuencia 5-10 MHz Pentax-Hitachi Avius®, observando la presencia de catéter percutáneo en colección de 5 cm, en íntimo contacto con pared gástrica sin vasos interpuestos (correcta ventana). Se retiró dicho catéter colocando posteriormente Hot Axios® de 15 mm x 10 mm, evidenciando abundante material purulento en cavidad gástrica. Se realiza durante el procedimiento dilatación con balón CRE de 10 mm intraprótesis observando mucosa intestinal interpuesta. Se progresó hasta tercera porción duodenal visualizando la prótesis transversal a asa intestinal. Se interpretó dicha imagen como trasposición de asa entre cavidad gástrica y colección. La paciente posterior al procedimiento evolucionó de forma favorable, asintomática y estable. Se realizó tomografía control visualizándose prótesis correctamente colocada, sin líquido libre, signos de perforación ni neumoperitoneo. Se continuó con antibioterapia y soporte de alimentación (acceso parenteral). A las 3 semanas de colocada la prótesis, con mejoría clínica y resolución completa por imágenes, se retiró prótesis con éxito, sin evidencia de complicaciones inmediatas. En tercera porción duodenal, se observó orificio fistuloso sin drenaje significativo, que impresionó comunicar con la colección.

**Conclusiones:** presentamos un reporte de mal posicionamiento de LAMS en el abordaje terapéutico de WON. Al ser un evento adverso muy infrecuente, su reporte es muy valioso para, en caso de encontrarse ante este escenario, evaluar las distintas formas de resolución por las que se optaron en estos casos.

## PÓSTER

Código: 0147

**CPRE TRANSGÁSTRICA ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA EN PACIENTE CON BYPASS GÁSTRICO – REPORTE DE CASO**

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

SEQUEIRA, Luis Agustín | GARCÍA ALLENDE, Leonardo | RASTELLI, Laureano | LABORDA MOLTENI, Jorge | FIOLO, Eduardo | TONN, Federico

HOSPITAL PRIVADO DE LA COMUNIDAD

**Introducción:** INTRODUCCIÓN: La obesidad es un problema de salud pública que afecta mundialmente a más de 600 millones de personas. La cirugía bariátrica constituye una herramienta efectiva para su manejo y la derivación gástrica en Y-de-Roux (bypass gástrico) es una de las estrategias disponibles. Debido al rápido descenso de peso, estos pacientes presentan riesgo aumentado de coledolitias y por ende de coledocolitias y sus complicaciones. La alteración anatómica posquirúrgica dificulta la realización de una CPRE convencional, por lo que diversos métodos se han descrito para facilitar el acceso a la vía biliar: cirugía, drenaje percutáneo, CPRE asistida por enteroscopia, CPRE transgástrica asistida por ultrasonido endoscópico (EDGE), CPRE transgástrica asistida por laparoscopia.

**Objetivo/s:** OBJETIVO: Presentar la resolución endoscópica asistida por laparoscopia de coledocolitias en un paciente con antecedente de bypass gástrico.

**Material (pacientes) y métodos:** CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 54 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y bypass gástrico en 2016. Consultó en marzo de 2023 por dolor abdominal tipo cólico. Se realizó ecografía abdominal evidenciando microlitiasis vesicular múltiple. Se programó colecistectomía laparoscópica advirtiendo en colangiografía intraoperatoria litiasis única a nivel de conducto hepático común que no se logra remover por vía transcística. Se realiza colecistectomía, posterior gastrotomía y colocación de trocar de 15 mm para pasaje de duodenoscopia. Se realiza CPRE por dicha vía con esfinteropapilotomía y extracción de un lito con balón extractor. El procedimiento fue bien tolerado y la paciente es dada de alta a las 24 horas.

**Resultados:** DISCUSIÓN: La complejidad para realizar una CPRE en pacientes con bypass gástrico se debe a la longitud del asa intestinal y la tortuosidad para alcanzar la papila con endoscopios tradicionales. Diferentes técnicas endoscópicas se han descrito: la CPRE asistida por enteroscopia es comúnmente utilizada pero con tasas de éxito técnico y clínico relativamente bajas (71,4% y 58,7%). El EDGE tiene alta tasa de éxito técnico y clínico (95,5% y 95,9%) pero con una mayor tasa de complicaciones (21,9%) y requiere experiencia en ultrasonido endoscópico y colocación de stents metálicos de aposición luminal. La CPRE asistida por laparoscopia tiene similar tasa de éxito técnico y clínico (95,3% y 92,9%) con similar tasa de

complicaciones (17.4%), requiere de una adecuada coordinación del equipo médico tratante y se indica en el contexto de una colecistectomía concomitante, durante una urgencia o cuando otros métodos han fallado.

**Conclusiones:** CONCLUSIÓN: La realización de CPRE en pacientes con bypass gástrico es técnicamente compleja y existen diversas estrategias para su resolución. La elección de cada una de ellas dependerá de la experiencia del centro, disponibilidad de instrumental y características del paciente. La CPRE asistida por laparoscopia es una opción segura y efectiva de elección en aquellos pacientes que también requieren colecistectomía.

---

**PÓSTER**

---

**Código: 0142**

**UN PLASMOCITOMA, NO TAN SOLITARIO**

*Modalidad: Casos Clínicos - E*

*Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno*

ÁLVAREZ, Augusto | ONETO, Natalia | RIU, María Cecilia | MARUELLI, Silvina

**HOSPITAL CHURRUCA-VISCA**

**Introducción:** El plasmocitoma solitario gástrico (PSG) es una entidad que forma parte de las neoplasias de células plasmáticas. De estas menos del 5% se encuentran por fuera de la médula ósea y dentro de este grupo, el 80% se encuentra en el tracto aerodigestivo. Por lo cual el PSG es una rara variante de las neoplasias de células plasmáticas. Histológicamente presenta proliferación monoclonal de células plasmáticas, típicamente productoras de inmunoglobulinas. Suele ser oligosintomático y su hallazgo es fortuito. Presenta baja tasa de progresión a mieloma múltiple y buena respuesta al tratamiento local con resección o radioterapia.

**Objetivo/s:** Presentamos un caso de plasmocitoma solitario en estómago, dado su rareza.

**Material (pacientes) y métodos:** Varón de 52 años, sin antecedentes médicos de relevancia con buen estado funcional. Consulta por anemia ferropénica sin estigmas de sangrado gastrointestinal, ni síntomas digestivos. Se realiza videocolonoscopía, que evidencia colopatía diverticular. En la videoendoscopia digestiva alta (VEDA) presenta debajo de cisura angularis, área de 10-15 mm de mucosa erosionada, friable y sangrante al roce del endoscopio, se realizan biopsias de la lesión y para helicobacter pylori (HP). Por histología HP positivo y a nivel de la lesión, expansión de la lámina propia por abundantes plasmocitos de características maduras, CD138+ y CD79a+, con positividad para cadenas Kappa y negatividad para cadenas Lambda. Para continuar el estudio del paciente se realiza: laboratorio con calcemia, función renal, proteína c reactiva y beta 2 microglobulina normales; hipergammaglobulinemia policlonal con cadenas livianas libres Kappa y Lambda en sangre y orina dentro de los valores normales. Una punción aspiración médula ósea, cuyos resultados fueron normales. Tomografía por emisión de positrones negativo para áreas de patología infiltrativa o neoplásica.

**Resultados:** Se inicia tratamiento erradicador para HP con esquema cuádruple clásico con bismuto (tetraciclina, metronidazol, bismuto y esomeprazol). Se realiza VEDA control sin lesión residual con biopsia para HP negativas.

**Conclusiones:** El plasmocitoma solitario gástrico es una entidad con baja prevalencia. No existe una asociación clara entre PSG y HP, solo hay reporte de casos, aunque cuando se lo encuentra se sugiere la erradicación de HP. Es importante llevar a cabo endoscopias de buena calidad para obtener diagnósticos precisos, sobre todo cuando nos encontramos frente a lesiones poco sugestivas.

---

**PÓSTER**

---

**Código: 0168**

**“ESÓFAGO DE BARRET EN PACIENTE CON VÁRICES ESOFÁGICAS: DILEMA DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO”**

*Modalidad: Casos Clínicos - E*

*Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno*

CROCCI, Evelin Mariel | GUZMÁN, Guido | SALGADO ROSADO, Walter | UDABE, María Laura | DULCICH, Florencia | CARAVAGLIA, Gustavo Leonel | ROMERO, Gustavo | ROCCA, Andres

**HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO**

**Introducción:** Se denomina Esófago de Barret (EB) a la metaplasia intestinal columnar con células caliciformes del epitelio esofágico. Afecta al 5% de la población y aumenta el riesgo de adenocarcinoma (ADC). El EB puede ser largo o corto (+/- 3 cm). El diagnóstico se basa en la evaluación endoscópica y la toma de biopsias bajo el protocolo de Seattle para la confirmación histopatológica. El manejo se compone de tres pilares: el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP), la vigilancia endoscópica y el tratamiento de la displasia. Las várices esofágicas son producto del aumento de la presión portal. La hemorragia digestiva alta secundaria a la rotura variceal es de las complicaciones más frecuentes en pacientes cirróticos. El

tratamiento para profilaxis secundaria se basa en la ligadura endoscópica y el uso de betabloqueantes. Hay escasa bibliografía sobre pacientes con ambas patologías, ya que en este contexto el diagnóstico de EB es dificultoso por la posibilidad de rotura de las várices durante la toma de biopsia esofágica. Respecto al tratamiento, el EB sin displasia requiere sólo supresión ácida y monitoreo; el EB displásico generalmente responde a la ablación por radiofrecuencia (RFA) o a la resección endoscópica de la mucosa (REM), pero ambos se asocian con hemorragia y no son opciones de adecuadas para el EB displásico con várices esofágicas. Por esto se plantea realizar tratamiento empírico con ligadura endoscópica, ya que si la estrangulación variceal es lo suficientemente profunda, podría desprender la capa mucosa. Otra opción es la derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS) para reducir la presión portal y luego realizar tratamientos convencionales de EB como RME o ARF. Una tercera opción es la erradicación de várices esofágicas con ligadura y, si el RIN y las plaquetas se encuentran en rango seguro, realizar RDF o RME. Sin embargo la bibliografía y casos descritos no son concluyentes.

**Objetivo/s:** Presentación de un caso clínico poco frecuente con dificultad diagnóstica y terapéutica.

**Material (pacientes) y métodos:** Paciente femenina de 50 años con antecedentes de cirrosis por enol descompensada en dos oportunidades por hemorragia digestiva alta variceal, en tratamiento con banding y carvedilol, con seguimiento errático por mala adherencia. Se realiza Videoendoscopia digestiva alta (VEDA) en contexto de control, en la que se observan cordones varicosos grandes y mucosa de aspecto asalmonado con islotes de mucosa sana interpuesta, interpretándose como sospecha de EB endoscópico con una clasificación de Praga C10M0. Se prioriza el tratamiento de las várices y se colocan 6 bandas. Se realiza un nuevo control a los 21 días, con evidencia de cordones varicosos grandes, mucosa asalmonada y úlceras post banding. Se decide realizar toma de biopsia en el límite superior del cambio de coloración de la mucosa, no se cumple con el protocolo de Seattle por el riesgo de lesión variceal. La anatomía patológica resulta compatible con mucosa de unión escamo-columnar de tipo intestinal completa, negativo para displasia. Se discute en comité, inicia tratamiento con IBP y se decide realizar ligadura endoscópica para la erradicación del EB y las várices esofágicas. Actualmente continúan las sesiones de banding.

**Conclusiones:** En nuestra paciente, al igual que en la escasa bibliografía hallada, fue dificultosa la toma de biopsias para el diagnóstico histológico de EB, sin poder cumplir con el protocolo actualmente aceptado por la comunidad científica. Por esto, cabe plantear en estos casos, la posibilidad de displasia no documentada y, así, el tratamiento empírico de la misma. Durante la revisión bibliográfica la ligadura endoscópica parecería un tratamiento efectivo y seguro en EB corto, no hay datos sobre EB largo.

---

**PÓSTER**

---

**Código: 0186**

**EXPERIENCIA EN USO DE HEMOSPRAV EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL COMO TERAPÉUTICA DE UNA CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**

*Modalidad: Casos Clínicos - E*

*Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno*

SOLDANO MALVAR, Florencia | MAHLER, Manuel | PEREZ, Tomas Manuel | MANCINI, María Del Pilar | GONZALEZ, María Laura | ABECIA, Victor | MARCOLONGO, Mariano

**HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES**

**Introducción:** La gastropatía isquémica es un evento infrecuente y poco descrito en la bibliografía. A su vez, la hemorragia digestiva como forma de presentación es atípica. El tratamiento endoscópico de la hemorragia activa por gastropatía isquémica es desafiante, por presentarse en forma difusa sin un sitio claro de sangrado. En este aspecto es donde el polvo hemostático resulta una herramienta terapéutica útil para el control del sangrado.

**Objetivo/s:** Describir la experiencia del uso de Hemospray en un centro de tercer nivel como terapéutica alternativa ante sangrados de etiología poco frecuente y su rol como puente para tratamientos definitivos posteriores.

**Material (pacientes) y métodos:** Paciente masculino de 60 años, con antecedentes de hipertensión portal por cavernoma de la porta y de adenocarcinoma pancreático Estadio II B, tratado con radioterapia y quimioterapia, derivación biliodigestiva en Y de Roux (gastroenteroanastomosis y hepaticoyeyunoanastomosis), esplenectomía y desvascularización gástrica secundaria a complicaciones hemorrágicas. Luego de 5 años de la última cirugía, presenta hemorragia digestiva evidenciada por melena y hematemesis con descompensación hemodinámica. Posterior a maniobras de reanimación con vasopresores y hemoderivados se realiza VEDA donde se observa sobre curvatura mayor coágulo fresco rojo rutilante que se aspira observando área circunscrita de mucosa con edema, friable, congestiva con depósitos de fibrina y sangrado en napa profuso en forma difusa. Se realiza lavado minucioso del área observando cese de sangrado y en el mismo acto coagulación con polvo hemostático. El paciente evoluciona de manera favorable realizándose nueva VEDA control donde se observó, marcada mejoría del área previamente afectada con mucosa pálida, disminución de pliegues y petequiado subepitelial, se tomaron biopsias que informaron mucosa oxíntica conservada, ausencia de actividad inflamatoria en lámina propia. Luego de 3 meses de seguimiento no presentó nuevos episodios de hemorragia digestiva.

**Resultados:** En nuestro caso optamos por realizar coagulación con polvo hemostático. El mismo ha demostrado ser un complemento efectivo, a las alternativas existentes para el tratamiento endoscópico de la hemorragia digestiva. Dentro de las ventajas que tiene el polvo hemostático se encuentran la simplicidad de su uso, la practicidad, el acceso a lesiones de difícil localización y el poder tratar grandes áreas en una sola sesión. El polvo hemostático resultó ser eficaz en el control inmediato de la hemorragia digestiva tumoral. La hemostasia inmediata fue alcanzada en el 90-100% de los casos con una tasa de resangrado del 20%. En esta patología, al igual que en nuestro caso el sangrado, es de difícil manejo y no siempre se logra la hemostasia por ser la misma difusa, sin sitio específico de sangrado y asentar sobre un tejido friable. Por las características del sangrado en la gastropatía isquémica, el polvo hemostático resulta muy útil para conseguir la hemostasia inmediata y también sirve como puente para otros tratamientos posteriores.

---

## PÓSTER

---

**Código: 0254**

### MANEJO DEL SANGRADO DIGESTIVO REFRACTARIO A TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO Y BAJA RESPUESTA A TRATAMIENTO SISTÉMICO EN PACIENTE CON TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 4. Endoscopia Miscelánea

PÍA SICOLI, Adrián Omar | TOPOR, Iván Nicolás | GONZALEZ, María Laura | MARCOLONGO, Mariano | SERRA, Marcelo

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

**Introducción:** La Telangiectasia hemorrágica hereditaria (HHT) es un trastorno genético autosómico dominante que se caracteriza por telangiectasias cutáneo mucosas, epistaxis y malformaciones vasculares en órganos como SNC, pulmones, hígado y tracto digestivo (TD). Su incidencia se estima en 1/5000 habitantes. El 80% pueden presentar telangiectasias digestivas, pero el 25-30 % presentan sangrado. El tratamiento endoscópico con plasma argón representa la primera opción. Cuando es refractario al tratamiento local, se recomienda el tratamiento sistémico. El bevacizumab (anti VEGF) presenta una alta tasa de respuesta siendo de primera línea.

**Objetivos:** Presentar una paciente con afectación digestiva severa por HHT que presentó refractariedad progresiva al tratamiento con bevacizumab

**Material (pacientes) y métodos:** Presentamos a una paciente de 37 años de edad con HHT1 (ENG c.1243C>T; variante p.Gln415Ter (rs1343053876) con compromiso nasal, mucocutáneo, cerebral, hepático, pulmonar y digestivo, con antecedentes de sangrado digestivo severo con requerimientos transfusionales elevados (2-3 unidades/mes) y epistaxis leve/moderada. Por presencia de múltiples y difusas telangiectasias sangrantes en todo el TD (fig1) se realizaron sucesivos tratamientos endoscópicos (coagulación con plasma de argón) sin respuesta. Fue tratada simultáneamente con ácido tranexámico y Bevacizumab (5 mg/kg por 6 dosis y luego cada 1-3 meses durante 7 meses) con corta respuesta inicial. Se rotó a Pazopanib (dosis creciente hasta 300 mg/día durante 6 meses) por ser refractaria a todos los tratamientos. Tras el tratamiento se realizaron endoscopia alta, baja y endocapsula que mostraron la misma afectación difusa. Inició tratamiento con Octreotide y Talidomida 75 mg durante 60 días sin mejoría. Decidimos reintroducción con Bevacizumab (5 mg/kg por 6 dosis).

**Resultados:** Tras la primera dosis, la paciente informó de una disminución significativa del sangrado evidente, asociada a un aumento notorio de los niveles de hemoglobina y de las reservas de hierro (tab.1). A pesar de ello durante su evolución, intermitentemente presentó eventos de hemorragia digestiva significativos por lo cual se incrementó la dosis de Bevacizumab y su frecuencia de aplicación. Actualmente se encuentra con menor requerimiento de hierro.

**Conclusiones:** Existen datos limitados sobre los pacientes que no han conseguido controlar su sangrado con Bevacizumab o Pazopanib. Algunos pacientes refractarios al bevacizumab podrían volver a ser inducidos tras un período de tiempo indefinido. En estos pacientes podría producirse un fenómeno de taquifilaxia. El sangrado digestivo en la HHT sigue representando un reto, por lo que deben investigarse nuevas alternativas a los mejores tratamientos actualmente disponibles.

---

## PÓSTER

---

**Código: 0008**

### COINFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS Y STRONGYLOIDES STERCORALIS: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE ÚLCERAS INTESTINALES

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno

PEREZ, Rafael | GARRAFA, Ana Carolina | QUINTERO GONZÁLEZ, Olga Cecilia | REPETTO, Silvia | ANDRUETTO, Jesica

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN

**Introducción:** La reactivación de infecciones crónicas y latentes constituyen las complicaciones más frecuentes de los tratamientos inmunosupresores. Lo microor-

ganismos más frecuentes son las micobacterias, el herpes simple, varicela zoster y el citomegalovirus (CMV) y con respecto a los parásitos, Strongyloides stercoralis. La infección por CMV y la estromboloidiasis tienen una forma de presentación muy similar, caracterizándose por: vómitos y diarrea, disfgia. Por esta razón, la endoscopia digestiva es una herramienta útil en ambas enfermedades, especialmente en pacientes estudios parasitológicos negativos para S. stercoralis, pero con una alta sospecha de infección parasitaria. Por lo tanto, es importante tener en cuenta las lesiones endoscópicas producidas por este patógeno en el tracto digestivo, especialmente en áreas de alta prevalencia.

**Objetivo/s:** Comunicar la coinfección por CMV y S. stercoralis en un paciente con úlceras intestinales.

**Material (pacientes) y métodos:** Mujer de 49 años de edad, nacida en Bolivia y residente en Argentina desde hace 30 años. Tiene antecedentes de Artritis reumatoide y recibió metotrexato 15 mg por semana, meprednisolona 8 mg por día y rituximab 10 mg cada 15 días. Consultó por dolor abdominal generalizado tipo cólico, diarrea y vómitos. En el abordaje clínico, una vez descartadas otras patologías más frecuentes, se sospechó una infección parasitaria y se realizaron estudios pertinentes, cuyos resultados fueron negativos. Durante los estudios endoscópicos realizados, se encontró la mucosa del esófago congestionada, observándose también seis úlceras longitudinales de aproximadamente 15 mm de tamaño, con fondo de fibrina y bordes planos; en el bulbo duodenal se visualizaron erosiones con puntillados blanquecinos. Además, a nivel del colon descendente, transverso y ángulo esplénico mucosa presentaba parches de congestivos con úlceras no confluentes de 0,3 mm. Se tomaron biopsias de esófago, estómago, duodeno y colon.

**Resultados:** En el estudio histológico, se encontró la presencia de una pseudomembrana fibrinoleucocitaria en la muestra de la úlcera esofágica, con restos parasitarios en su superficie. También se identificaron células estromales y endoteliales con inclusiones basófilas intranucleares en el corion. En la mucosa gástrica, se encontró conservada la histoarquitectura sin infiltrado inflamatorio, con restos parasitarios superficiales. En los cortes histológicos del duodeno, se observó un leve acortamiento de las vellosidades y un moderado infiltrado inflamatorio en el corion, con numerosos huevos y larvas parasitarias de S. stercoralis en las criptas y superficie. A nivel del colon se observaron inclusiones basófilas intranucleares en las células estromales y endoteliales; a nivel superficial se observaron restos parasitarios. Se diagnosticó la infección por S. stercoralis a nivel de estómago y duodeno, así como una coinfección con CMV a nivel de esófago y colon. Esta paciente recibió tratamiento durante 21 días con ivermectina, albendazol y ganciclovir hasta su recuperación.

**Conclusiones:** Ante el avance de los nuevos tratamientos inmunosupresores, es importante considerar S. stercoralis como agente etiológico de las lesiones endoscópicas nivel intestinal de pacientes inmunocomprometidos en áreas de alta prevalencia de este parásito. Hacemos hincapié en el papel fundamental del estudio histológico, por medio de la toma de biopsia de dichos hallazgos, para un diagnóstico y tratamiento adecuados.

---

## PÓSTER

---

**Código: 0042**

### LESIÓN CECAL CON COMPROMISO APENDICULAR: RESECCIÓN MUCOSA ENDOSCÓPICA BAJO AGUA

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Colon

BILDER, Hugo German | PEREZ, Francisco | RÍOS MIRANDA, Natalia Lorena | DORADO, Fernanda

SANATORIO DUPUYTREN

**Introducción:** La polipectomía endoscópica de neoplasias superficiales colorrectales ha demostrado reducir la incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal. El 15% se define como dificultosa debido a su tamaño, morfología o localización, aumentando el riesgo de complicaciones asociadas al procedimiento. La resección endoscópica de pólipos cecales que se extienden hacia el orificio apendicular conlleva un desafío técnico y se asocia a un mayor riesgo de perforación y de resección incompleta. La técnica de Resección Mucosa Endoscópica bajo agua (UEMR) sin inyección submucosa demostró mejorar la tasa de resección completa y disminuir el riesgo de perforación.

**Objetivo/s:** Presentar un caso clínico utilizando un método moderno y asequible para disminuir el riesgo de complicaciones asociadas a la polipectomía de lesiones que afectan el implante apendicular.

**Material (pacientes) y métodos:** Paciente femenino de 65 años de edad, sin antecedentes de relevancia. Consulta para resección de lesión plano elevada de 15 mm (0-IIa) en fondo cecal con afectación de implante apendicular evidenciada en estudio previo. Presenta además VCC posterior al diagnóstico, incompleta por loop irreductible. Se realiza VCC (BBPS: 8) bajo sedación consciente, en sala de endoscopia con colonoscopia de luz blanca (CF Q160 AL, Tokyo, Japón). En fondo cecal, sobre implante apendicular se observa lesión plano elevada (0-IIa) de 15 mm que se caracteriza mediante cromoscopia vital con Ácido acético evidenciando patrón glandular IIo. Se instila agua en cavidad sumergiendo la totalidad del ciego. A continuación, se enlaza y atrapa la lesión con ansa multifilamento oval de 13 mm (Sensation, Boston Scientific, USA) realizando inicialmente resección en frío y completando la misma con corte puro -15W- (electrobisturí Kairos 400W-mx1). Debido a la dificultad de acceso a la lesión se coloca hemoclip profiláctico (Resolution clip; Boston Scientific, USA) en lecho de resección y se recupera pieza. A su egreso, la paciente

no presenta complicaciones asociadas al procedimiento. El estudio anatomopatológico informa Adenoma Aserrado con DBG con bordes libres de lesión, estroma con infiltrado linfoplasmocitario, regular cantidad de eosinófilos y submucosa fibrosa. **Conclusiones:** La Resección Mucosa endoscópica de lesiones que afectan el orificio apendicular es técnicamente dificultosa y conlleva un alto riesgo de resección incompleta debido a la dificultad de visualización completa de las lesiones y también de perforación debido a la pared delgada que posee, a la ausencia de muscularis propia y a la fibrosis existente en el implante. Con la RME convencional, la inyección submucosa puede adelgazar aún más la pared o generar un "non-lifting sign" por la fibrosis existente. La técnica de U-EMR permite una observación clara, facilita la captura de la lesión por su efecto de flotación y disminuye el riesgo de lesión térmica por la disipación del calor a través del agua. En resumen, la U-EMR para resección de pólipos con afectación apendicular se presenta como una técnica válida y accesible para implementar cotidianamente.

**PÓSTER**

**Código: 0098**  
**LINFOMA NO HODGKIN DE CÉLULAS GRANDES DE ALTO GRADO**

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno

LOPEZ ARTEAGA, Elba María | ALVARADO CORREA, Ronald de Jesus | ICAZA CARDENAS, Jahaira Fabiola | DONATELLI, Mario | REGNASCO, Juan Santiago | SAA, Emilia Cristina

HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS DR. I. PIROVANO

**Introducción:** El linfoma no Hodgkin (LNH) es un tipo de cáncer originario en el sistema linfático, con más de 60 subtipos clasificados según las células afectadas (B, T o NK), la velocidad de crecimiento y las características moleculares y genéticas. Uno de los subtipos más frecuentes y agresivos es el LNH difuso de células grandes tipo B (LNH-DLBCL), representando el 30%, caracterizado por la proliferación de Linfocitos B grandes que pueden formar tumores en ganglios linfáticos, bazo, hígado y médula ósea. Los síntomas más frecuentes son la inflamación de los ganglios linfáticos, fiebre, diaforesis nocturna, disminución de peso y dolor abdominal.

**Objetivo/s:** Exponer una patología de baja prevalencia, con una presentación clínica atípica.

**Material (pacientes) y métodos:** Mujer de 25 años que consulta por pirosis y dolor umbilical y en flanco izquierdo, náuseas y fiebre, lúcida, afebril, con polaquiuria y tenesmo. Presenta anemia leve ferropénica, leucocitosis, trombocitosis, FAL y LDH elevada.

**Resultados:** Se le realiza ecografía abdominal con esplenomegalia y formación sólida heterogénea en espacio espleno renal, de 88 mm. TC con engrosamiento parietal concéntrico difuso gástrico, con masa heterogénea irregular en fundus, con área hipodensa central (¿necrosis?) de 83 x 81 mm, sin plano de clivaje con cola del páncreas y bazo, con aumento de densidad de la grasa abdominal, con nódulos, esplenomegalia con imagen hipodensa subcapsular (isquémico), adenomegalias retroperitoneales, líquido peritoneal. VEDA con rigidez difusa de la pared gástrica e hiperémico, fundus y cuerpo con pliegues engrosados de tipo infiltrativo, con ulceraciones, friable, y masa sólida exofítica y ulcerado de 40 x 20 mm en incisura. Biopsias: LNH con células de alto grado Ki67 80%. PET TC: Extenso compromiso gástrico con afectación esplénica por contigüidad y peritoneal, metabólicamente activo vinculable con su patología linfoproliferativa de base. Comienza esquema RCHOP. Actualmente en su 4to. Ciclo. PET TC con disminución de la afección gástrica, región antero inferior esplénica, con respuesta parcial Deauville 4.

**Conclusiones:** Se presenta un caso de LNH-DLBCL con una presentación atípica y baja prevalencia, con afectación gástrica, esplénica y peritoneal. Esta localización extra nodal es poco común y representa un desafío diagnóstico y terapéutico. Es tratada con quimioterapia combinada con anticuerpos monoclonales, con respuesta parcial al mismo. Es importante considerar el LNH-DLBCL como diagnóstico diferencial ante pacientes con síntomas digestivos inespecíficos y hallazgos sugestivos de neoplasia. El diagnóstico es por VEDA con biopsias y el tratamiento debe ser individualizado, según estadio y características del paciente. La afectación extra nodal se asocia con una menor supervivencia. Debe realizar seguimiento para evaluar su evolución y detectar posibles complicaciones o recaídas.

**PÓSTER**

**Código: 0041**  
**ASCARDIASIS BILIAR A PROPÓSITO DE UN CASO**

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

HIGA, Mauricio Luis | RODRÍGUEZ, Guillermo | MEDINA, Juan Manuel | SINDICH, Ludmila | DOMÍNGUEZ, Natalia | OBIOLS, Eugenio | ROMAGNOLI, Natalia Soledad

HOSPITAL MUNICIPAL DR. DIEGO THOMPSON

**Introducción:** El Ascaris Lumbricoides es la geohelmintiasis más frecuente a nivel

mundial. En Argentina, la prevalencia es de alrededor de 10,4%. Las parasitosis provocadas por geohelmintos son endémicas en los países en desarrollo y constituyen un indicador de las condiciones sanitarias del entorno de sus hospedadores. Tanto las tasas de infestación por parásitos intestinales como el espectro de especies predominantes varían considerablemente de una localidad a otra. En localidades del norte y sur del país, estudios descriptivos han informado prevalencias de parasitosis por encima del 80 %, mientras que en la zona central se registran porcentajes cercanos a 45 %. La población más afectada suelen ser los niños de bajo nivel socioeconómico y saneamiento inadecuado. La ascariasis biliar es una complicación poco frecuente de la infección por el parásito adulto que causa mayor mortalidad y morbilidad.

**Objetivo/s:** Presentación de un caso clínico infrecuente de geohelmintiasis en vía biliar.

**Material (pacientes) y métodos:** Mujer de 28 años sin antecedentes de relevancia consulta a la guardia por cuadro de dolor abdominal de 48 hs. de evolución en hipocondrio derecho asociado a vómitos. El análisis de sangre presenta leucocitosis, eosinofilia y fosfatasa alcalina levemente elevada, resto del hepatograma sin particularidades. Ecografía abdominal que evidencia litiasis vesicular múltiple, dilatación de la vía biliar de 10 mm e imagen tubular en su interior sugerente de helminto. Inicia tratamiento con Albendazol 400 mg y se plantea manejo conservador por 48 hs. Ante la persistencia de síntomas y del verme en vía biliar se decide realizar Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Se observa por colangiografía retrógrada imagen de defecto de relleno tubular que ocupa la totalidad del colédoco con dilatación de la vía biliar extrahepática de 10 mm. Se procede a realizar esfinterotomía con extracción de dos litos de 7 mm y un helminto de 17 cm con balón extractor de Fogarty y canastilla de Dormia sin complicaciones inmediatas al procedimiento.

**Resultados:** Se envía muestra a parasitología que confirma el diagnóstico de Ascaris Lumbricoides. Luego se programa colestectomía a las 48 hs del procedimiento. Posteriormente expulsa dos helmintos en materia fecal. La paciente evoluciona favorablemente sin recurrencia de la infección y se decide el alta.

**Conclusiones:** La ascariasis biliar es una complicación que puede generar obstrucción del conducto biliar o pancreático, generar colelitiasis, colecistitis aguda, coledocolitiasis, pancreatitis aguda o colangitis aguda. La presencia del parásito puede producir una respuesta inflamatoria intensa que provoca necrosis ductal, calcificaciones, litiasis, estenosis y/o fibrosis. Se debe extraer el parásito de manera completa debido a que los restos pueden generar colangitis por descomposición, así como también favorecer la formación de cálculos biliares.

**PÓSTER**

**Código: 0068**  
**HEMANGIOMA CAPILAR LOBULILLAR EN INTESTINO DELGADO COMO CAUSA INUSUAL DE ANEMIA**

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Intestino Delgado

CORDOVA, Servio | HERRERA NAJUM, Pablo | BERNARDI, Gustavo | SILVA, Nadia | UNSAIN, Fernando | RODRIGUEZ, Pablo

INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGIA DE CORDOBA

**Introducción:** El hemangioma capilar lobulillar se presenta como una masa roja polipoide de pequeño tamaño, puede medir de varios milímetros a unos pocos centímetros. Es friable, sangra con facilidad y se parece a un tejido de granulación exuberante. Suele presentarse en la piel o en la cavidad bucal; rara vez se observa en el tracto gastrointestinal. Presentamos un caso detectado en ayuno proximal.

**Objetivo/s:** - Determinar la causa y tratarla en paciente con anemia ferropénica recurrente.

**Material (pacientes) y métodos:** Paciente masculino de 68 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, gastritis crónica superficial activa con H. Pylori (+), Barret sin displasia, excresis de pólipo de 10 mm en ciego en julio/2020, angioectasia en colon ascendente que se trata con electrocoagulación con argón plasma marzo/2022, COVID-19 leve en agosto/2022.

**Resultados:** Mediante un seguimiento endoscópico por VEDA y VCC, para posteriormente continuar con la cápsula y finalmente utilizar enteroscopia asistida con laparoscopia se logra a determinar la presencia de una lesión denominada hemangioma capilar lobulillar el cuál se logra resear y posteriormente resolver la causa de anemia recurrente del paciente estudiado.

**Conclusiones:** El hemangioma capilar lobulillar (HCL), también conocido como granuloma piógeno o granuloma telangiectásico, es un tumor vascular benigno que típicamente ocurre en la piel y en la mucosa oral o nasal, pero rara vez observado en el tracto gastrointestinal (1). En la literatura sólo se han descrito unos pocos casos en el intestino delgado. Se desconoce la etiología precisa del HCL, se ha sugerido que se produce como consecuencia de un traumatismo menor, influencias hormonales ya que se encuentran con mayor frecuencia durante el embarazo principalmente en piel y boca (2). Todos los HCL gastrointestinales informados hasta ahora se han producido en pacientes de edad avanzada, tanto hombres como mujeres (3). Las características histopatológicas distintivas del HCL son la proliferación y la disposición lobulillar de vasos del tamaño de un capilar con estroma inflamado y edematoso y células endoteliales edematizadas (4). La resección quirúrgica es el pilar del tratamiento del HCL de intestino delgado; sin embargo, el manejo endoscópico podría realizarse en casos seleccionados. La cápsula endoscópica y la enteroscopia de doble balón han mostrado una valiosa aplicación diagnóstica y terapéutica.

## PÓSTER

Código: 0187

**RESECCIÓN DE TUMOR NEUROENDOCRINO GÁSTRICO TIPO 1 MEDIANTE TÉCNICA DE MUCOSECTOMÍA MULTIBANDA**

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

CAMPOS, Lucía Mercedes | OSSO SÁNCHEZ, Brenda Graciela | RIU, María Cecilia | SUÁREZ, Jorge Luis

HOSPITAL CHURRUCA-VISCA

**Introducción:** Introducción: Los tumores neuroendocrinos representan aproximadamente el 9% de todos los tumores carcinoides gastrointestinales. Hay 3 tipos de carcinoides gástricos. El tipo 1 se asocia a gastritis autoinmune, su resección endoscópica puede ser curativa cuando son menores de 10 mm y hay menos de 5 lesiones. **Objetivo/s:** Objetivos: Presentamos un caso de tumor neuroendocrino gástrico tipo 1, en el que se realizó resección con técnica de mucosectomía multibanda.

**Material (pacientes) y métodos:** Materiales y métodos: Varón de 59 años, con antecedentes de sobrepeso e hipertensión arterial. Derivado para estudio de anemia ferropénica. Se realizan endoscopias. Video colonoscopia sin lesión. Video endoscopia digestiva alta: en fundus sobre curvatura mayor, lesión de aspecto subepitelial de +/- 10 mm con umbilicación central. Se realiza ecoendoscopia (EUS) visualizándose en fundus lesión sésil con superficie erosionada y deprimida, hipocogénica, heterogénea con borde definido, localizada en la capa submucosa (3ª capa), de 12.5 mm x 9.8 mm. Se realiza punción aspiración con aguja fina. Anatomía patológica: proliferación neoplásica submucosa con células de núcleos redondos a ovales, con cromatina granular. Cuento mitótico bajo, sin necrosis. Ki67 menor al 1%. Cromogranina positiva intensa. NET tipo 1. HP positivo débil. Se realiza tomografía de abdomen y pelvis trifásica sin particularidades. Laboratorio: Cromogranina A mayor a 800 (VN: 18-19 U/l) Acido 5 hidroxindolacético en suero 2. Anticuerpos anti células parietales y factor intrínseco negativos. Se indicó tratamiento antibiótico para Helicobacter Pylori.

**Resultados:** Resultados: Se realiza VEDA terapéutica con mucosectomía multibanda de TNE en dos fragmentos con set Duette y se colocó clip hemostático profiláctico. (figura 1). El procedimiento duró 35 minutos. No se produjo ninguna complicación inmediata ni tardía y se le dio el alta al paciente 60 minutos luego del procedimiento. El informe anatomopatológico demostró NET tipo 1.

**Conclusiones:** Conclusiones: La resección endoscópica multibanda es una técnica de bajo costo, corto tiempo de procedimiento y bajo número de complicaciones. Permite una resección en fragmentos segura y fácil, provee tasas de resección completa similares con otras técnicas (disección submucosa). Es una técnica ampliamente disponible que puede realizar fácilmente un endoscopista experto. No requiere curva de aprendizaje prolongada. Por todo lo mencionado, pensamos que la utilización de esta técnica puede presentar ventajas en el tratamiento endoscópico de los tumores carcinoides gástricos.

## PÓSTER

Código: 0025

**LINITIS PLÁSTICA. UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO: EL ROL DE LA ECOENDOSCOPIA**

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Ecoendoscopia

VELAZQUEZ, Andrea Antonella | HWANG, Hui Jer | NACHMAN, Fabio Damián

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION FAVALORO

**Introducción:** La linitis plástica es un tipo de cáncer gástrico que se caracteriza por la infiltración difusa de las células neoplásicas en la pared causando engrosamiento y rigidez del órgano. La dificultad de su diagnóstico radica en la infiltración neoplásica de las células en anillo de sello dentro de las capas profundas de la pared, en la cual la biopsia endoscópica convencional es frecuentemente negativa. El rol principal de la ecoendoscopia es la posibilidad de tomar muestras profundas de la pared mediante punción con aguja fina para el diagnóstico citológico e histológico.

**Objetivo/s:** Describir una serie de casos de pacientes con linitis plástica en la que la biopsia endoscópica convencional fue negativa y se realizó punción con aguja fina ecoguiada para llegar al diagnóstico citohistológico.

**Material (pacientes) y métodos:** PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS Se presentan 4 pacientes de sexo femenino, entre 41 y 80 años de edad, sin antecedentes de relevancia, con sintomatología común de epigastralgia de 3 a 6 meses de evolución, saciedad precoz y pérdida de peso mayor del 10 %. Ninguna tuvo síntomas de sangrado digestivo. Al examen físico, una paciente presentó dolor a la palpación y masa palpable a nivel del hipocondrio izquierdo. En la endoscopia digestiva alta de las 4 pacientes se objetivó rigidez de la pared gástrica antral, poca distensibilidad, pliegues engrosados de aspecto infiltrativo y dura a la toma de biopsia. Los resultados de anatomía patológica fueron negativas en la detección de células tumorales. En todas las pacientes se hicieron tomografía computada de abdomen y pelvis con

contraste endovenoso que evidenciaba engrosamiento difuso en la pared del cuerpo y antro gástrico. Las 4 pacientes fueron derivadas a nuestro servicio para el diagnóstico citohistológico mediante punción guiada por ecoendoscopia. En los 4 casos se observaron engrosamiento difuso de la pared del antro y cuerpo gástrico, entre 9 y 15 mm de espesor (normal hasta 5 mm), que afectaban a todas las capas, de aspecto hipocogénico y heterogéneo con borramiento del patrón de capas. Se realizó en todos los casos punción con aguja fina de 19 G FNA o FNB (entre 2 y 4 pases), con técnica combinada "Pull" y "Wet" a través de la pared gástrica y presencia del patólogo en sala. En todos los casos el resultado de anatomía patológica fueron adenocarcinoma gástrico difuso con células en anillo de sello.

**Resultados:** DISCUSIÓN La linitis plástica se produce por una infiltración de las capas submucosa y muscular propia por las células malignas y fibrosis, lo que genera rigidez, disminución de la motilidad y un engrosamiento difuso de la pared. Es un desafío diagnóstico debido a la dificultad de obtener material suficiente con las pinzas de biopsia convencional. La ecoendoscopia cumple un rol importante al poder evaluar todas las capas de la pared gástrica y guiar a la aguja para tomar muestras profundas de las capas submucosa y muscular propia.

**Conclusiones:** En los pacientes con sospecha clínica, endoscópica y por imágenes de linitis plástica con biopsias endoscópicas convencionales negativas, se debe realizar ecoendoscopia y punción con aguja fina para el diagnóstico citohistológico.

## PÓSTER

Código: 0084

**COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE UNA COLELITIASIS. SÍNDROME DE BOUVERET: REPORTE DE UN CASO**

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno

SANTILLÁN MÁRQUEZ, María Eugenia | DIEHL, Fernando Andrés | PATRÓN COSTAS, Lucas | CASTILLO, Mario Ariel | GALVÁN CLAROS, Mariana Elizabeth | MILICH, Mayra Melina | VALDIVIEZO, Erica Micaela | PATRÓN COSTAS, Gustavo

HOSPITAL SAN BERNARDO

**Introducción:** El síndrome de Bouveret consiste en una rara variante de íleo biliar, causado por la impactación de un cálculo en el píloro o duodeno, luego de pasar a través de una fístula colecistoduodenal, resultando en la obstrucción del tracto de salida gástrico. Dicha patología se da más frecuentemente en mayores de 60 años preferentemente del sexo femenino con historia de colelitiasis y colecistitis subaguda. La tomografía computada seguida de la endoscopia digestiva alta representa los métodos diagnósticos de elección. Las opciones terapéuticas actuales incluyen la vía endoscópica, laparoscopia o cirugía abierta.

**Objetivo/s:** Presentar un caso de complicación infrecuente de colelitiasis.

**Material (pacientes) y métodos:** Ingresa por guardia de emergencias una paciente mujer de 78 años de edad presentando un cuadro de dolor abdominal asociado a vómitos de una semana de evolución. Como antecedentes relevantes presenta colelitiasis e HTA. Dicho dolor era de tipo cólico, ubicado en epigastrio e hipocondrio derecho asociado a defensa, sin signos de peritonismo. A la analítica presento Hb 14 g/dl, leucocitos 15.900/mm<sup>3</sup>, falla renal (creatinina 7.1; MDRD de 6), bilirrubina total 0.5 mg/dl, amilasa 437 U/l, lipasa 744 U/l. En la ecografía abdominal se observa imagen compatible con vesícula escleroatrófica con litiasis en su interior. Es valorada por cirugía general asumiendo cuadro como pancreatitis aguda. Posteriormente se realiza una tomografía computada de abdomen con contraste EV, evidenciándose marcada distensión gástrica secundaria a obstrucción de la porción proximal duodenal por imagen de aspecto cálcica en su luz, asociado a engrosamiento de la pared intestinal a dicho nivel. Luego se realiza video endoscopia digestiva alta que informa la presencia de lito de gran tamaño en bulbo duodenal que obstruye por completo la luz del mismo y no permite el paso hacia segunda porción. Se intenta fragmentar lito con canasta de dormia litotriptora sin éxito. Seguidamente se programa laparotomía exploradora con gastrotomía y extracción de lito transpilórica y posterior gastrorrafia, sin cierre de fístula colecistoduodenal. La paciente evolucionó favorablemente con posterior alta hospitalaria y seguimiento por cirugía general.

**Conclusiones:** El síndrome de Bouveret representa el 1% al 3% de los casos de íleo biliar. Debe considerarse como un diagnóstico diferencial en pacientes añosos, sexo femenino con historia de litiasis vesicular sintomática y signos de obstrucción gastrointestinal alto. El tratamiento dependerá de cada caso en particular, optando en primera instancia por técnicas menos invasivas con menor riesgo de complicaciones como ser la endoscópica, ante el fracaso de ésta última el manejo quirúrgico sería su alternativa.

## PÓSTER

Código: 0134

**FÍSTULA ESÓFAGO-PLEURAL TRATAMIENTO CON SISTEMA DE CIERRE DE HERIDAS ASISTIDO POR VACÍO ASISTIDO POR ENDOSCOPIA (E-VAC), AVANZANDO EN NUEVAS TERAPÉUTICAS**

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

ORTIZ DÍAZ, Carmen Lucía | OLMOS, Juan Ignacio | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban  
**HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN**

**Introducción:** La endoscopia tiene un papel fundamental en el manejo de defectos gastrointestinales siendo mínimamente invasiva, efectiva y con menor morbilidad-mortalidad que la cirugía. El E-VAC es una técnica para el manejo de la fuga anastomótica. Consiste en espuma de poliuretano conectada por un tubo de succión produciendo una terapia de vacío endoluminal continua. Promueve la formación de tejido de granulación y la re-epitelización, induciendo así el cierre por segunda intención del defecto/cavidad, como así también la limpieza mecánica de la herida de microorganismos y reducción del edema intersticial por mejora de la microcirculación.

**Objetivo/s:** Sistema asistido de Cierre heridas por Vacío asistido por endoscopia como terapéutica en el Tratamiento de Fístulas.

**Material (pacientes) y métodos:** Mujer 84 años con hipertensión, diabetes tipo II, obesidad que cursa internación en otra institución por neumonía grave asociada a empiema y derrame pleural. En TAC se evidencia derrame pleural bilateral, consolidación en base derecha y atelectasia pasiva. Presenta pasaje de contraste con sospecha de fístula esofago pleural, siendo derivada a nuestra institución. Ingresó con requerimiento de UTI Y Ventilación Mecánica asistida. Se realiza VEDA evidenciando a 30cm de ADS orificio fistular grande (tamaño mayor que la luz esofágica, pudiendo entrar en cavidad pleural) por lo que se toman biopsias de los bordes (negativas para malignidad y CMV) y se coloca stent totalmente cubierto (20x100mm) + sonda de alimentación e inmediatamente después ingresa a quirófano en donde se realiza videotoracosocopia + tubo de avenamiento pleural. Evolucionó con mejoría de cuadro respiratorio por lo que se decide retiro de stent esofágico a las 6 semanas, con persistencia de fístula por lo que se realiza con equipo de cirugía de esófago, la colocación de sistema de E-Vacum para el tratamiento. El mismo consistió en endoscopia con recambio de sonda fenestrada + esponja cada 72hs por un periodo de 2 meses. Durante la endoscopia se realizó electrocoagulación con plasma argón o cepillado de los bordes de la fístula para revitalizar la misma previo a la colocación del e-vacum.

**Resultados:** La paciente evoluciona con cierre completo de trayecto fistuloso, mejoría clínica e infectológica, con tolerancia a dieta por lo que se decide su alta hospitalaria sin volver a presentar complicaciones durante el seguimiento ambulatorio.

**Conclusiones:** La terapia de vacío endoluminal (EVAC) es un tratamiento efectivo para el manejo gastrointestinal (GI) de fugas del esófago, estómago y recto. Además, facilita la cicatrización del tejido al superar la presión negativa fisiológica en el tórax, evitando así contaminación extra-luminal y permitiendo libre de tensión aproximación del tejido. El sistema endoscópico de cierre de heridas asistido por vacío (E-VAC) ha demostrado ser una alternativa importante en pacientes con fugas intestinales superiores e inferiores que no responden a los procedimientos estándar.

y estenosis aórtica en mayores de 65 años, ya que un diagnóstico precoz evitaría la progresión de complicaciones de una enfermedad potencialmente tratable.

**Material (pacientes) y métodos:** Paciente femenina de 87 años, derivada para estudio de una anemia crónica ferropénica. Como antecedentes, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca congestiva, en tratamiento con betabloqueantes y hierro vía oral. Examen físico: Palidez cutáneo mucosa, sin ortostatismo, soplo sistólico eyectivo a predominio de foco aórtico, leve edema perimaleolar con signo de Godet. Laboratorio: Hto: 29%, Hb: 9 g/dl, plaquetas: 200.000 /mm3; resto normal. El ecocardiograma Doppler: EA severa, dilatación de 4 cavidades y fracción de eyección reducida (FEY: 20%). Se solicita VEDA: En antro gástrico, gastropatía crónica, y múltiples lesiones planas sobre la superficie mucosa gástrica y de bulbo duodenal, compatibles con angiodisplasias. Se realiza terapia endoscópica coagulación con Argón plasma. VCC: Normal.

**Resultados:** Continua con aportes de hierro, con mejoría sintomática y bioquímica. Inicia inhibidores de bomba de protones, y se solicita interconsulta cardiológica para evaluar realización de recambio valvular, que no se logra realizar por óbito.

**Conclusiones:** El SH debe sospecharse en pacientes mayores de 65 años, con historia de anemia, con o sin evidencia de sangrado GI, y EA. El único tratamiento definitivo consiste en el reemplazo valvular, que permite la rápida recuperación del VWF y la resolución del sangrado GI. La terapéutica con Argón plasma permite resolver el sangrado aunque suelen presentar recidiva.

**PÓSTER**

**Código: 0255**  
**LIGADURA CON BANDAS EN EL TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A ECTASIA VASCULAR ANTRAL GÁSTRICA (GAVE)**

*Modalidad: Casos Clínicos - E*

*Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno*

SALGADO ROSADO, Walter | CROCCI, Evelin Mariel | SALGADO CISNEROS, Rafael | David | HUENS CASAL, Camila | ITURRALDE, Omar | MACÍAS MARTÍNEZ, Pedro David | BALABAN, Ezequiel | FEDERICI, Matías | LLANQUIMAN, Pablo Emanuel | DULCICH, Florencia | MORENO, María Laura | SUAREZ, Alejandro | GARCÉS, Raul | UDABE, María Laura | ROCCA, Andres

**HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO**

**Introducción:** Las angiodisplasias gastrointestinales son malformaciones vasculares compuestas de capilares arteriales/venosos dilatados, tortuosos, de <5mm de diámetro, localizados en capas mucosas/submucosas del tracto GI. Forman parte de aberraciones vasculares, hereditarias como la telangiectasia hereditaria (Rendu-Osler-Weber), y adquiridas como la ectasia vascular antral gástrica, la ectasia vascular por radiación y la lesión de Dieulafoy. Se diagnostican incidentalmente en 1-5% de pacientes sometidos a endoscopias. Aunque la mayoría de los pacientes presentan anemia ferropénica asintomática, puede causar sangrado GI agudo y representan el 4% de los casos de HDA no variceal. Se localizan en estómago (32%), ID proximal (57-80%), colon (44%) y en el 60% pueden ser difusas. Son factores de riesgo: edad, uso de anticoagulantes/antiagregantes, estenosis aórtica (Síndrome de Heyde), IRC, EPOC, TEP/TVP, esclerodermia y cirrosis. El 77% de los pacientes presentan al menos 1 episodio de sangrado evidente. El abordaje inicial consiste en control de la hemorragia, prevención de recurrencias y tratamiento de la anemia. El manejo incluye tratamiento endoscópico, médico y quirúrgico. Las terapéuticas endoscópicas incluyen: Electrocoagulación con Argón Plasma (APC) y con heater probe, Ablación con radiofrecuencia y Ligadura con bandas. Se plantea la posibilidad del tratamiento con banding elástico en los casos donde han fracasado otras modalidades terapéuticas como el APC.

**Objetivo/s:** Evaluar la eficacia y seguridad de la ligadura con banding en el tratamiento endoscópico de los pacientes con hemorragia digestiva alta por GAVE.

**Material (pacientes) y métodos:** Masculino 53 años con cuadro de 24 horas de evolución de melena, astenia y adinamia. APP: anemia crónica y GAVE de forma difusa, en tratamiento endoscópico previo con APC por 10 sesiones. Lab: Hto 21% Hbg 6.8g/dL con requerimiento transfusional. VEDA: estómago techo y cuerpo con mucosa congestiva, antro con máculas rojizas de aprox. 2mm de bordes festoneados, algunas con babeo hemático que se extienden radialmente hasta el píloro compatibles con GAVE, se realiza terapéutica con banding con cese del sangrado. Se realizan endoscopias programadas con banding por 2 sesiones más. Evolucionó con incremento en los valores de hemoglobina y sin requerimiento de transfusiones.

**Resultados:** Nuestro caso corresponde a un GAVE, también conocido como "estómago en sandía". Su manejo representa un desafío. El APC es un método térmico con acción limitada en profundidad a la mucosa y reduce riesgo de perforación. Se plantea la posibilidad del tratamiento con banding elástico en los casos donde han fracasado otras modalidades terapéuticas como el APC. Se observa un menor número de sesiones, una mayor tasa libre de resangrado, un mayor incremento en los niveles de hemoglobina y un menor número de transfusiones de hemoderivados.

**Conclusiones:** Una alternativa promisorio de tratamiento endoscópico es la ligadura con bandas elásticas. La importancia clínica de esta patología radica en su alta Morbilidad (23%) y Mortalidad (12%).

**PÓSTER**

**Código: 0138**  
**SINDROME DE HEYDE: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO**

*Modalidad: Casos Clínicos - E*

*Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno*

BALABAN, Ezequiel | BUSTOS, Ricardo Enrique | CARRARO, María Cecilia | CROCCI, Evelin Mariel | FIORENTINO, Roxana | LÓPEZ GODOY, Raúl Martín | MORENO, María Laura | ROCCA, Andrés Esteban | RODRÍGUEZ BRUNO, Carolina | UDABE, María Laura

**HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO**

**Introducción:** El síndrome de Heyde (SH) es una enfermedad sistémica con manifestaciones gastrointestinales y cardíacas. Afecta a mayores de 65 años con una incidencia de 1.7%. Caracterizada por la triada de estenosis aórtica (EA), angiodisplasias gastrointestinales (GI) y síndrome de Von Willebrand (SVW) adquirido. Ocurre en el 20% de los pacientes con estenosis aórtica severa. Se trata de un acúmulo anómalo de vasos dilatados, ubicados en la mucosa y submucosa del tubo digestivo, pasibles de sangrado espontáneo, siendo la segunda causa de hemorragia digestiva baja en adultos mayores y el 4-7% de las hemorragias digestivas altas. El factor de Von Willebrand (VWF), producido en las células endoteliales, megacariocitos y plaquetas, facilita la adhesión, agregación plaquetaria en los sitios de daño vascular y la estabilización del factor VIII de la coagulación y factor inhibidor de la angiogénesis. Fisiopatológicamente, se produce aumento de angiogénesis, proliferación vascular dependiente del factor de crecimiento endotelial (FCE), debido a hipoxia de la mucosa y la submucosa por reducción del gasto cardíaco y por alteraciones moleculares del VWF. En la EA las fuerzas de cizallamiento alteran la estructura molecular del VWF, haciéndolo más susceptible a la acción de proteasas, inactivándolo; la deficiencia de VWF, disminuye su acción proagregante plaquetario, incrementa la angiogénesis y produce alteraciones en la coagulación, y tendencia al sangrado. La manifestación más frecuente es la hemorragia GI silente, episódica, asociado a anemia progresiva y, menos frecuentemente, manifestaciones clínicas y bioquímicas relacionadas con trastornos en la coagulación (hematomas cutáneos, o sangrado de encías).

**Objetivo/s:** Enfatizar la sospecha clínica de síndrome de Heyde en pacientes con hemorragia digestiva y/o anemia ferropénica crónica secundario a angiodisplasias,

## PÓSTER

Código: 0099

## SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR O SÍNDROME DE WILKIE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno

LEON ACURIO, Sandy Paola | ROMERO, María Josefina | ICAZA CARDENAS, Jahaira Fabiola | BRACONE, Hernán | REGNASCO, Juan Santiago | SAA, Emilia Cristina

HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS DR. I. PIROVANO

**Introducción:** El síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS) o síndrome de Wilkie es una causa poco frecuente de obstrucción duodenal (0,2-1 %) de origen vascular, debido a disminución del ángulo aortomesentérico (AAM), congénitas o adquiridas. Puede presentarse a cualquier edad, más frecuentemente en mujeres, manifestándose por obstrucción intestinal alta. El diagnóstico es radiológico y el tratamiento es inicialmente médico.

**Objetivos:** Presentar un caso clínico poco frecuente de obstrucción duodenal secundaria a compresión vascular extrínseca.

**Material (pacientes) y métodos:** Paciente masculino de 17 años con epigastralgia y vómitos de 1 semana de evolución, y descenso 7 kg., levemente deshidratado, con laboratorio normal y ecografía con dilatación retrógrada del estómago y duodeno.

**Resultados:** Se realiza angiotomografía con disminución del AAM (15°) y del diámetro anteroposterior aortomesentérico (4 mm.) con compresión vascular extrínseca sobre la 3ra. porción duodenal y dilatación proximal del marco duodenal y estómago, compatible con SAMS. Se interna, con colocación de sonda nasogástrica y alimentación parenteral. VEDA normal. Finalmente se realiza duodeno-yeyuno anastomosis laparoscópica.

**Conclusiones:** El SAMS es una condición infrecuente en la cual la tercera porción del duodeno es comprimida intermitentemente en el AAM. El AAM normal oscila entre 38° y 65° y se mantiene por la presencia de tejido graso perivascular; y la distancia aortomesentérica normal oscila entre 10 y 28 mm. En el SAMS, el ángulo disminuye de forma aguda desde 6° a 16°, y la distancia puede acortarse hasta 2 mm, lo que lleva a una compresión extraluminar del duodeno. Las causas congénitas incluyen: Ligamento de Treitz corto y el nacimiento anormalmente bajo de la AMS. Entre las causas adquiridas se encuentran: Pérdida de la grasa retroperitoneal secundaria a descenso brusco de peso, alteraciones restrictivas (deformaciones óseas, escoliosis o hiperlordosis grave) o postquirúrgicas que determinan hiperextensión dorsal. Clínicamente se caracteriza por dolor epigástrico postprandial, náuseas, vómitos, anorexia y disminución de peso. El diagnóstico es clínico, confirmando con estudios por imágenes, principalmente la TC, teniendo como criterios de diagnóstico: Obstrucción duodenal con corte abrupto en la tercera porción y peristaltismo activo, AAM  $\leq 25^\circ$ , distancia aortomesentérica  $\leq 8$  mm y fijación alta del duodeno por el ligamento de Treitz, origen anormalmente bajo o anomalía de la AMS. El tratamiento inicial es conservador, requiriéndose cirugía ante falla del mismo, pudiendo realizarse la técnica de Strong (división del ligamento de Treitz), la gastroyeyunostomía o la duodeno-yeyunostomía (la más aceptada).

## PÓSTER

Código: 0206

## PERFORACION DUODENAL, MANEJO ENDOSCÓPICO

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

CENTENO, Pamela Angela Anabel | CAZÓN, René Edgardo | LANCIOTTI, Julio César Alfredo | NAVARRO, Alberto Alexander

HOSPITAL PADILLA

**Introducción:** La ingestión de cuerpo extraño es una condición frecuente en los servicios de urgencias. Son especialmente habituales en niños, ingesta involuntaria, aunque también lo son en adultos, sobre todo cuando concurren factores de riesgo. Globalmente, el 80-90% atravesarán todo el tubo digestivo sin ocasionar problemas. Producen manifestaciones según la localización y las características del mismo o pueden pasar desapercibidos y producir complicaciones severas que amenazan la vida del paciente. El riesgo es mucho mayor en aquellos con capacidad lesiva, bien por poseer bordes cortopunzantes, gran tamaño o contenido peligroso. El manejo de los cuerpos extraños depende primordialmente de sus características y localización.

**Objetivos:** Presentar un caso de perforación duodenal secundario a la ingesta de palillo de madera de 3 semanas de evolución.

**Material (pacientes) y métodos:** Reporte de caso

**Resultados:** Paciente de 45 años de edad con ingesta de cuerpo extraño incidental (palillo de madera) de 3 semanas de evolución, que acude al servicio, refiriendo dolor en abdomen de tipo cólico intensidad moderada asociado a anorexia. A su ingreso la tomografía muestra en la luz duodenal imagen hiperdensa de aspecto fusiforme que atraviesa la pared condicionando dilatación, engrosamiento parietal y aumento de la densidad del tejido graso adyacente. Se realiza endoscopia digestiva

alta, donde se constata la presencia de cuerpo extraño en duodeno, se procede a la extracción del mismo con pinza de cuerpo extraño y posteriormente se coloca clip hemostático, sin complicaciones, con evolución favorable.

**Conclusiones:** La ingestión de cuerpo extraño es una condición frecuente en los servicios de urgencias, el diagnóstico se realiza a través de la historia clínica, el examen físico y las imágenes, y se confirma mediante endoscopia; es el método preferido para la remoción, ya que es seguro, confiable, costo efectivo y exitoso con bajas tasas de morbilidad y mortalidad. Es esencial una adecuada preparación previa al procedimiento con la formación del equipo multidisciplinario y la disponibilidad del equipo adecuado. Existe la necesidad de una mayor conciencia sobre las complicaciones de un palillo de madera ingerido. El abordaje endoscópico debe considerarse en el tratamiento de primera línea de las perforaciones con palillos.

## PÓSTER

Código: 0129

## UN INFRECUENTE PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR COLÓNICO

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Colon

FRANCO ALANIS, Fabiana Andrea | CAMPITELLI, Esteban Hugo | GUZMÁN DÍAZ, Julio | PASZKIEWICH, Alicia | CARRIL, Mariana Veronica | PERE, Flavio Oscar

HOSPITAL AERONAUTICO CENTRAL

**Introducción:** El plasmocitoma es un tipo de patología neoplásica de las células plasmáticas (Linfocitos B maduros). Según la Organización Mundial de Salud en ausencia de compromiso medular óseo se reconoce un subtipo óseo solitario y otro extramedular. Este último es una de las formas más raras de presentación ya que solo el 10% aproximadamente es de afectación digestiva.

**Objetivos:** Comunicar la presentación y diagnóstico de un paciente con plasmocitoma extramedular de localización colónica.

**Material (pacientes) y métodos:** Paciente masculino de 58 años de edad con antecedentes de deficiencia del desarrollo sexual, esquizofrenia, glaucoma y litiasis vesicular. Por antecedente familiar paterno de cáncer colorectal se realiza videocolonoscopía que evidenció en colon ascendente hacia flexura hepática lesión irregular de aspecto submucoso con centro ulcerado de aproximadamente 20 mm que se biopsia. Los cortes histológicos mostraron fragmentos compuestos por playas de células mononucleadas con núcleos excéntricos (Plasmocitoides) entremezclados con vasos de endotelio prominente quedando pendiente inmunohistoquímica. Durante este periodo intercorre con cólico biliar. En estudios prequirúrgicos presentó prueba de coombs positiva y panaglutininas. Se deriva a hematología. Se realizó citometría de flujo de medula ósea sin hallazgos mielomatoso y citogenética con cariotipo normal. La tomografía por emisión de positrones solo informó el engrosamiento parietal del colon. Se repitió videocolonoscopía. Se realizaron nuevas biopsias y en esta oportunidad se concluyó con las técnicas de inmunohistoquímica que incluyeron CD138 con marcación de células plasmáticas y positivo para cadenas livianas de inmunoglobulinas citoplasmáticas Kappa confirmando la sospecha diagnóstica de plasmocitoma extramedular de localización colónica. En ateneo interdisciplinario se decide su conducta quirúrgica. Se realizó colectomía derecha y colecistectomía laparoscópica con buena evolución. Actualmente en control hematológico. No requirió ni quimio ni radioterapia.

**Conclusiones:** El plasmocitoma extramedular de afectación digestiva es un hallazgo muy infrecuente sin un patrón endoscópico típico. Un diagnóstico oportuno permite un tratamiento eficaz con buen pronóstico. Observaciones: La presente comunicación de caso clínico evoca patologías de aspecto submucoso (Linfomas, GIST) como probables diagnósticos diferenciales.