

ENDOSCOPIA

TRABAJOS ORALES DISTINGUIDOS

Código: 0219

SUFICIENCIA DIAGNÓSTICA DE LA COLANGIOSCOPIA DIGITAL DE UN SOLO OPERADOR ASISTIDA POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL DURANTE LA EVALUACIÓN EN TIEMPO REAL DE ESTENOSIS INDETERMINADA DE LA VÍA BILIAR: EL ENSAYO CLÍNICO MULTICÉNTRICO, ALEATORIZADO Y CONTROLADO ARTICO

Modalidad: Trabajos Científicos (presentado En Otro Congreso)

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 5. Vesícula y vías biliares 5.2. Neoplasia

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

ROBLES-MEDRANDA, Carlos1 | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge1 | CARLOS MÉNDEZ, Juan2 | PUGA-TEJADA, Miguel1 | EGAS-IZQUIERDO, María1 | MURILLO, Juan1 | ELÍAS-BERREZUETA, Cristina1 | TABACELIA, Daniela1 | ARÉVALO-MORA, Martha1 | CUNTO, Doménica1 | AVEIGA CEDEÑO, Leonardo Andres3 | ALCÍVAR-VÁSQUEZ, Juan1

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)1; MDCONSGROUP2; HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD "EL CRUCE". F. VARELA3

Introducción: Aunque la colangioscopia digital de un solo operador (digital single-operator cholangioscopy, DSOC) ofrece una imagen de alta calidad para la identificación de lesiones vías biliares, la adquisición adecuada de muestras mediante esta técnica sigue siendo un reto, especialmente en estenosis indeterminada de la vía biliar. El diámetro estrecho del colangioscopio, junto con las pinzas de biopsia pequeñas, da lugar a una cantidad insuficiente de muestras obtenidas para el análisis patológico. La toma de biopsias visualmente dirigidas optimizada puede mejorar la suficiencia diagnóstica. Los autores han desarrollado un nuevo modelo de inteligencia artificial (IA) para la identificación de características biliares malignas con excelentes resultados en un estudio previo off-line.

Objetivos: Evaluar la suficiencia diagnóstica de las biopsias guiadas por DSOC con asistencia de IA, durante la evaluación de la vía biliar en tiempo real.

Material y Métodos: Se realizó un ensayo clínico independiente, unicéntrico, aleatorizado y controlado, de suficiencia diagnóstica. Se diseñó dos grupos de estudio: biopsias guiadas por DSOC con asistencia de IA (grupo casos) vs biopsias guiadas por DSOC sin asistencia de IA (grupo controles). Se seleccionó pacientes adultos con indicación de DSOC, quienes fueron asignados aleatoriamente a cada grupo de estudio. Una muestra adecuada se definió como una muestra con epitelio biliar de tamaño superior a 0.1 mm. Se evaluó la suficiencia diagnóstica en ambos grupos, considerando tres patrones oro: impresión endoscópica, histología, y desenlace a un año (fallecido por la enfermedad).

Resultados: Se incluyó 65 pacientes (36 con asistencia de IA frente a 29 sin asistencia de IA), con una mediana de edad de 65 años (54-76) y un 49.2% de mujeres. La indicación más frecuente de DSOC fue la sospecha de tumor (41.5%). La suficiencia diagnóstica de la biopsia asistida por IA, comparada con la biopsia no asistida por IA, considerando el desenlace a un año como patrón oro, fue del 100% frente al 90.1% de sensibilidad, del 93.8% frente al 71.4% de especificidad, del 95.2% frente al 90.9% de valor predictivo positivo, del 100% frente al 71.4% de valor predictivo negativo y del 97.2% frente al 86.2% de coincidencia observada, con un área bajo la curva ROC de 0.98 frente a 0.81 ($p=0.111$). Al comparar la correlación del desenlace a un año con la biopsia asistida o no asistida por IA, la IA obtuvo una correlación de Kendall (τ) de 0.94 frente a la τ de 0.62 alcanzada por el endoscopista ($p<0.001$). La biopsia asistida por IA obtuvo una puntuación F1 del 97.6% para predecir el desenlace a un año, con un coeficiente de correlación de Matthews del 94.5%, superior al 90.9% y el 62.3% alcanzados por la biopsia no asistida por IA, respectivamente. Solo un paciente del grupo sin IA presentó biopsia con muestra insuficiente.

Conclusiones: La biopsia asistida por IA mejora significativamente la suficiencia diagnóstica en comparación con la biopsia sin IA. Además de la evaluación asistida de la vía biliar, la integración de la IA mejora la suficiencia y la fiabilidad de las biopsias, reduciendo el riesgo de falsos negativos y muestras insuficientes.

TRABAJOS ORALES DISTINGUIDOS

Código: 0224

CALIDAD HISTOPATOLÓGICA Y COMODIDAD DEL OPERADOR DURANTE LA TOMA DE BIOPSIA CON AGUJA FINA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA MEDIANTE UN NUEVO DISPOSITIVO MOTORIZADO: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO

Modalidad: Trabajos Científicos (presentado En Otro Congreso)

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 6. Páncreas 6.2. Patología neoplásica

ROBLES-MEDRANDA, Carlos | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge | ARÉVALO-MORA, Martha | EGAS-IZQUIERDO, María | CUNTO, Domenica | PUGA-TEJADA, Miguel | MURILLO, Juan | ELÍAS-BERREZUETA, Cristina | TABACELIA, Daniela | AVEIGA CEDEÑO, Leonardo Andres | ALCÍVAR-VÁSQUEZ, Juan

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: La eficacia de la aspiración con aguja fina (fine-needle aspiration, FNA) guiada por ecoendoscopia (endoscopic ultrasound, EUS) depende del sitio anatómico, tamaño del tejido objetivo, y la disponibilidad de un citopatólogo en el quirófano. Las agujas finas para la obtención de muestras de biopsia (fine-needle biopsy, FNB) permiten la recolección de muestras mediante el corte de tejido de la lesión diana. El empleo de un equipo de EUS-FNB motorizado (mFNB) permite la obtención de biopsias con: a) mayor tamaño; b) menor número de punciones; c) histoarquitectura más conservada; y d) menor contaminación sanguínea. Esto se traduce en un mejor análisis histológico.

Objetivos: Evaluar la seguridad, eficacia y comodidad de la mFNB, y comparar su rendimiento con el de una EUS estándar (sFNB).

Material y Métodos: Estudio piloto prospectivo, unicéntrico, realizado en pacientes mayores de 18 años que requirieron biopsia guiada por EUS entre septiembre de 2023 y noviembre de 2024. Se seleccionó pacientes programados para EUS-FNB debido a: lesiones submucosas, masas mediastínicas, ganglios linfáticos, cáncer de páncreas y masas intraperitoneales.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes, con una edad media de 65 años (57.8-69.2), 57.5% mujeres. La mayoría de las biopsias fueron hepáticas (55%), con una mediana de cuatro punciones. Se reportó un evento adverso leve (laceración de la mucosa) con mFNB (2.5%). El mFNB tuvo un éxito técnico del 97.5%. La biopsia fue definitiva en el 95.0% de los casos, con dos casos que reportaron muestras inadecuadas. Al comparar el rendimiento de mFNB frente a sFNB, la contaminación sanguínea en mFNB fue inferior al 25% en el 90% de los casos, mientras que el 72.5% de las muestras de sFNB reportaron una contaminación moderada. Ambos métodos obtuvieron muestras de tejido arquitectónicamente intactas en el 95% de los casos; sin embargo, el 87.5% de los mFNB presentó un fragmento de al menos 550 micras vs el 2.5% de las muestras mediante sFNB. El 65% de las muestras de mFNB fueron fragmentos múltiples con al menos uno de >5 mm de longitud (42.3% al menos un fragmento >10 mm); el 52.5% de las muestras de sFNB tuvieron una longitud >5 mm (2.5% presentaron un fragmento >10 mm). Se observó una mediana de tríadas portales: 6 (4-8) con mFNB y 2 (0.5-2.75) con sFNB. La comodidad del mFNB se evaluó en términos del ajuste de la longitud del dispositivo, la comodidad en el ajuste, la comodidad para avanzar la aguja, la comodidad para retirar el estilete, la comodidad al presionar el botón de muestreo y la comodidad para expulsar la muestra de biopsia. Todos los parámetros fueron calificados como excelente.

Conclusiones: El mFNB es seguro y eficiente durante la EUS-FNB, con baja tasa de eventos adversos y un alto grado de éxito técnico. Los operadores indicaron altas expectativas clínicas y comodidad con respecto a los diferentes componentes de la aguja. mFNB obtuvo muestras de tejido más grandes y con menos contaminación de sangre en comparación con sFNB.

TRABAJOS ORALES DISTINGUIDOS

Código: 0111

EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA ENDOSCÓPICA EN RESIDENTES DE GASTROENTEROLOGÍA

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 4. Endoscopia Miscelánea

BACIGALUPO, Delfina Maria | FIRVIDA, Sofía | SEQUEIRA, Agustín | VISSO, Ana Laura | ESCOBAR, Rafael

SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ

Introducción: La calidad en formación de endoscopia digestiva es fundamental para garantizar un desempeño seguro y eficaz. Actualmente, existe una tendencia hacia la educación basada en competencias, evaluando no solo el volumen de procedimientos, sino también la adquisición de habilidades técnicas y cognitivas. Diversas publicaciones establecieron umbrales para la adquisición de competencias, indicando que las habilidades técnicas en videoendoscopia digestiva alta (VEDA) y videocolonoscopia (VCC) se adquieren a partir de los 150 y 250 estudios respectivamente, y la competencia global en 250 y 300. Esto solo establece un punto de referencia para guiar la formación.

Objetivos: Evaluar y determinar el umbral en la adquisición de la competencia técnica en VEDA y VCC en residentes de gastroenterología.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en base a las evaluaciones registradas en una base de datos sobre 4 residentes (R) durante sus 3 años de formación. Los médicos supervisores (MS) registraron los procedimientos realizados en pacientes y evaluaron la técnica de los R mediante una escala adaptada de la herramienta DOPS (Observación Directa de Habilidades Procedimentales). Se definió como "realización independiente" del procedimiento cuando el R llevó a cabo las tareas con ocasionales indicaciones verbales del MS o sin ellas. Se consideró "competente" al R cuando realizó de forma completa e independiente $\geq 90\%$ de los estudios. La VEDA se consideró completa al realizar la maniobra de retroflexión y la llegada a segunda porción duodenal; y la VCC al llegar al fondo cecal. Para una mejor valoración temporal se agruparon los estudios en bloques de 20, considerando competente al residente que realizara $\geq 90\%$ de los estudios de forma independiente por bloque ($\geq 18/20$).

Resultados: El Residente A realizó 191 VEDA y 143 VCC. El B 271 VEDA y 257 VCC. El C 176 VEDA y 198 VCC. El D 217 VEDA y 196 VCC. La competencia en VEDA se alcanzó a partir de los 40 estudios en el caso del R A, B y D; y 80 para el R C. La competencia en VCC se alcanzó a partir del siguiente número de estudios: D 40, A 60, B 80 y C 120. La adquisición de la competencia fue sostenida en la mayoría de los bloques (Tabla).

Conclusiones: Durante su formación, los residentes alcanzan un volumen adecuado de endoscopías realizadas de manera independiente, logrando la competencia técnica en promedio tras 40 estudios en VEDA y 80 en VCC, cifras que representan umbrales más precoces que los reportados previamente. Estos datos reflejan el desarrollo de habilidades técnicas básicas, que progresivamente se complementan con el fortalecimiento de las competencias cognitivas. La evaluación rigurosa y el registro sistemático del proceso formativo permitirán establecer una vía formal de certificación en endoscopia digestiva para los residentes.

TRABAJOS ORALES DISTINGUIDOS

Código: 0202

ROL DE LA IMAGING-ENHANCED ENDOSCOPY EN LA EVALUACIÓN DE ACTIVIDAD ENDOSCÓPICA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: RESULTADOS DE UN METAANÁLISIS EN RED DE ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

Modalidad: Trabajos Científicos (presentado En Otro Congreso)

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.1. Enfermedad Inflamatoria intestinal

PUGA-TEJADA, Miguel1 | CAPOBIANCO, Ivan2 | PUGLIANO, Cecilia Lina2 | MAJUMDER, Snehal2 | ZAMMARCHI, Irene2 | SANTACROCE, Giovanni2 | DITONNO, Ilaria2 | NARDONE, Olga Maria3 | AVEIGA CEDEÑO, Leonardo Andres4 | ROBLES-MEDRANDA, Carlos1 | GHOSH, Subrata2 | IACUCCI, Marietta2

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)1; APC MICROBIOME IRELAND2; UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II3; HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD "EL CRUCE". F. VARELA4

Introducción: La evaluación de actividad endoscópica precisa es crucial para el manejo eficaz de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). La endoscopia avanzada con imagen mejorada (imaging-enhanced endoscopy, IEE) ofrece ventajas significativas sobre la endoscopia estándar y de alta definición con luz blanca (SD-WLE y HD-WLE) para evaluar cambios inflamatorios sutiles, aproximando la endoscopia a la histología y prediciendo resultados clínicos.

Objetivos: Mediante un metaanálisis en red (network meta-analysis, NMA), comparar la suficiencia diagnóstica de la SD-WLE y la HD-WLE vs IEE: cromoendoscopia virtual (virtual cromoendoscopy, VCE), la endomicroscopia láser confocal basada en sonda (probe-confocal laser endomicroscopy, pCLE) y la endocitoscopia (ECS); en la evaluación de la actividad endoscópica, considerando la actividad histológica y eventos adversos mayores (major adverse outcomes, MAO) como patrones oro.

Material y Métodos: El protocolo del NMA se registró en PROSPERO (No. CRD42024585229). Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed y Scopus desde el inicio de los tiempos hasta noviembre de 2024, identificando estudios que compararan al menos dos técnicas endoscópicas para la evaluación de la actividad endoscópica en EII. Se eliminó duplicados mediante la plataforma EPPI-Reviewer (No. 51645). Los datos recopilados incluyeron el diseño del estudio, la edad de la población, la técnica endoscópica, la puntuación endoscópica y el patrón oro.

Resultados: Tras eliminar 77 duplicados, se revisaron 164 manuscritos. Se analizaron 2844 pacientes de 29 manuscritos: 26/29 pacientes con colitis ulcerosa (CU), 25/29 prospectivos y 3/29 multicéntricos, todos en adultos. Las comparaciones por pares más frecuentes fueron entre HD-WLE vs. pCLE (7/29), HD-WLE vs. i-scan (6/29), y HD-WLE vs. Linked Color Imaging (LCI) (5/29). El patrón oro se basó en la actividad histológica en 14/29 estudios, MAO en 10/29, y ambos en 5/29 estudios. Para predecir la actividad histológica, la coincidencia observada fue del 69% para SD-WLE y del 75% para HD-WLE; 90% para i-scan, 88% para ECS, 87% para pCLE, 83% para imágenes de láser azul (BLI), y 79% para imágenes de autofluorescencia (AFI) ($p < .001$). Para la predicción de MAO, HD-WLE mostró una coincidencia observada del 65%, inferior al de i-scan (80%; $p < .001$). Considerando HD-WLE como referencia estadística del NMA, el modelo de efectos aleatorios demostró una sen-

sibilidad significativamente mayor para la evaluación de actividad endoscópica con i-scan (riesgo relativo 1.1793; $p = .0213$), pCLE (RR 1.286; $p = .0007$), ECS (RR 1.307; $p = .044$), LCI (RR 1.317; $p = .0007$) y autofluorescence imaging endoscopy (AFI; RR: 1.785; $p = .013$), y significativamente menor para SD-WLE (RR 0.603; $p = .043$). En comparación con HD-WLE, se observó una coincidencia observada significativamente mayor con pCLE (RR 1.135; $p = .047$) y ECS (RR 1.2618; $p = .025$).

Conclusiones: La IEE, incluyendo pCLE y ECS, mejoró significativamente la suficiencia diagnóstica para predecir la actividad histológica y la MAO en comparación con SD-WLE o HD-WLE durante la evaluación de actividad endoscópica en EII. Además, i-scan, LCI y la autofluorescencia mostraron mejoras sustanciales en la sensibilidad.

TRABAJOS ORALES DISTINGUIDOS

Código: 0185

DIFERENCIACIÓN OBJETIVA ENTRE PÁNCREAS NORMAL VS ESTEATOSIS, PANCREATITIS AGUDA Y CRÓNICA MEDIANTE UN NUEVO MODELO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL BASADO EN IMÁGENES DE DETECCIÓN DE FLUJO POR ECOENDOSCOPIA: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO

Modalidad: Trabajos Científicos (presentado En Otro Congreso)

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

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Ecoendoscopia

ROBLES-MEDRANDA, Carlos | PUGA-TEJADA, Miguel | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge | CUNTÓ, Doménica | EGAS-IZQUIERDO, María | MURILLO, Juan | ELIAS-BERREZUETA, Cristina | ALCIVAR-VASQUEZ, Juan | TABACELIA, Daniela | AREVALO-MORA, Martha | PITANGA-LUKASHOK, Hannah | DEL VALLE-ZAVALA, Raquel

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: Las imágenes por detección de flujo (detective flow imaging, DFI) es una tecnología de imagen por ecoendoscopia (endoscopic ultrasound, EUS) relativamente nueva, útil para la visualización de vasos finos (VF) a baja velocidad y en ausencia de artefactos de movimiento. Se han observado cambios en la microvasculatura en pancreatitis aguda (PA) y pancreatitis crónica (PC). Hasta ahora la detección de VF mediante DFI se ha medido de forma subjetiva, basándose en la impresión visual del endoscopista. En el presente estudio los autores desarrollaron un modelo de inteligencia artificial (IA) que mide objetivamente el número promedio y máximo de VF observados.

Objetivos: Establecer un valor de corte del número de VF detectados mediante un modelo de IA basado en DFI para diferenciar entre páncreas normal (PN) vs esteatosis pancreática (EP), PA y PC.

Material y Métodos: Se realizó un estudio piloto prospectivo, observacional. Se incluyó pacientes con PN y patológico (EP, PA y PC). Aquellos pacientes mayores de 18 años quienes requirieron EUS por dispepsia crónica, se les invitó a realizarse DFI del páncreas. El número de VF detectados mediante EUS-DFI fue estimado mediante un modelo de IA desarrollado por los autores. Mediante índice de Youden se calculó el valor de corte del número de VF para diferenciar entre PN vs patológico (EP, PA y PC).

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes. La edad media fue de 54,7 años ($\pm 16,4$) y 17/25 (68%) eran mujeres. Entre los pacientes incluidos, 6/25 (24%) presentaron PN durante la EUS, 5/25 EP (20%), 3/25 PA (12%), 7/25 CP (28%) y 4/25 PC (16%). Se observó VF en 14/25 pacientes (56%). La mediana del número de VF observada en PN fue de 7 (5.5-13), mientras que la mediana del número de VF en los pacientes con páncreas patológico fue de 16 (15.5-17.5). La mediana del número de VF observada para EP, PA y PC fue de 15 (14.5-15.5), 17.5 (17.3-17.8) y 16 (15.5-17.5), respectivamente ($p = .505$). La mediana máxima del número de VF observada durante EUS-DFI en PN fue de 36 (35.5-42.0), EP 28 (27.5-28.5), PA 40.5 (34.3-46.8), y PC 40 (36.5-42.5). Se determinó un valor de corte de más de 10 VF para el diagnóstico de patología pancreática durante la evaluación con EUS-DFI, con una sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), negativo (VPN), coincidencia observada y área bajo la curva ROC del 100%, 67%, 92%, 100%, 93% y 0.682, respectivamente.

Conclusiones: El modelo de IA basado en DFI-EUS fue capaz de diferenciar entre páncreas normal vs patológico, con una alta coincidencia observada. No se observaron diferencias entre EP, PA y PC en términos del número de VF.

TRABAJOS ORALES DISTINGUIDOS

Código: 0068

EVALUACIÓN DESCRIPTIVA DE LA EFECTIVIDAD DEL PLASMA ARGÓN EN PACIENTES CON REGANANCIA DE PESO POST-BYPASS GÁSTRICO DEBIDO A LA DILATACIÓN DE LA ANASTOMOSIS GASTROENTÉRICA

Modalidad: Trabajos Científicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 2. Estómago - duodeno 2.6. Miscalánea

MANAZZONI, Dante | ALLENDE, Marina | ABECIA, Victor | PIZZALA, Juan | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: La cirugía de bypass gástrico es una de las intervenciones más efectivas para el tratamiento de la obesidad mórbida. No obstante, una proporción significativa de pacientes experimenta reganancia de peso a largo plazo, frecuentemente asociada a la dilatación de la anastomosis gastroentérica. El fracaso de aproximadamente el 20 % de los pacientes obesos sometidos a bypass gástrico para mantener la pérdida de peso durante los 18-24 meses posteriores está relacionado con el procedimiento quirúrgico, el paciente o ambos. El Plasma argón es una técnica endoscópica que utiliza plasma de argón para lograr la coagulación de tejidos de forma controlada y superficial y ha mostrado potencial para reducir el calibre de la anastomosis y favorecer la pérdida de peso. El propósito principal de aplicar Plasma argón en la anastomosis es reducir el calibre de la misma en casos donde la dilatación ha contribuido a la reganancia de peso. En este protocolo, se busca alcanzar un calibre de 15 mm, que es considerado óptimo para restaurar la restricción funcional y mejorar la saciedad postprandial.

Objetivos: Describir la efectividad del Plasma argón para reducir el calibre de la anastomosis gastroentérica hasta los 14-15 mm y favorecer la pérdida de peso en pacientes con reganancia post-bypass gástrico.

Material y Métodos: Estudio prospectivo-descriptivo. Evaluando paciente desde 2022 - 2024 Hospital Italiano de Buenos Aires, centro de tercer nivel especializado en cirugía bariátrica. Describir y analizar la evolución del diámetro anastomótico en una cohorte de pacientes tratados con plasma de argón, considerando el número total de sesiones necesarias, el diámetro final alcanzado y las complicaciones asociadas.

Resultados: El promedio de sesiones necesarias para que los pacientes llegaran a un diámetro reducido de la anastomosis fue de aproximadamente 4,5 sesiones. El tratamiento necesita al menos 4 a 6 sesiones para alcanzar diámetros <15 mm, que son clínicamente más restrictivos. Los respondedores tenían anastomosis iniciales dilatadas (>25 mm). Alcanzaron diámetros finales 13 mm. No presentaron complicaciones mayores. Esto sugiere que el tratamiento es efectivo en pacientes seleccionados, con respuesta visible incluso en pocas sesiones. Desde el punto de vista gastroenterológico, esto es clínicamente relevante, ya que una reducción cercana al 40% puede llevar una anastomosis dilatada (por ejemplo, de 25 mm) a un rango funcional más restrictivo (15 mm). Se asocia potencialmente con mejor saciedad postprandial y control del peso. Solo el 15% de los pacientes presentó alguna complicación tras el tratamiento con plasma de argón. La complicación reportada fue HDA (hemorragia digestiva alta), en muy pocos casos.

Conclusiones: El tratamiento endoscópico con plasma de argón demostró ser una herramienta eficaz y segura para la reducción del diámetro de las anastomosis gastroentéricas dilatadas, especialmente en pacientes con reganancia ponderal post-bypass gástrico. Algunos pacientes lograron diámetros menores con pocas sesiones, mientras que otros requirieron intervenciones prolongadas para alcanzar resultados comparables. El seguimiento estrecho y la intervención temprana podrían optimizar los resultados. La tasa de complicaciones fue baja. Un balance favorable entre eficacia y seguridad es fundamental la selección adecuada del paciente, el monitoreo del diámetro de la anastomosis y la toma de decisiones basada en la evolución clínica individual.

TRABAJOS ORALES DISTINGUIDOS

Código: 0243

MANEJO DE LA ACALASIA MEDIANTE MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PERORAL ASISTIDA POR UN NUEVO DISPOSITIVO MULTIMODAL FLEXIBLE, ULTRAFINO, CON ENERGÍA DE MICROONDAS: UNA SERIE DE CASOS UNICÉNTRICA

Modalidad: Trabajos Científicos (presentado En Otro Congreso)

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.1. Enfermedad por reflujo

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

ROBLES-MEDRANDA, Carlos | PUGA-TEJADA, Miguel | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge | EGAS-IZQUIERDO, María | MURILLO, Juan | ELÍAS-BERREZUETA, Cristina | CUNTO, Domenica | TABACELIA, Daniela | ARÉVALO-MORA, Martha | AVEIGA CEDENO, Leonardo Andres | PITANGA-LUKASHOK, Hannah | DEL VALLE-ZAVALLA, Raquel | ALCÍVAR-VÁSQUEZ, Juan

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: Los tratamientos para la acalasia buscan reducir la presión del esfínter esofágico inferior (EEI). La miotomía endoscópica peroral (POEM) es una terapia mínimamente invasiva para la acalasia con alto éxito técnico y clínico, y menos eventos adversos que la miotomía de Heller. Debido a la miotomía del EEI y a la falta de procedimientos antirreflujo, el POEM aumenta el riesgo de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Si bien se han desarrollado diversas herramientas para las diferentes etapas del POEM, algunos dispositivos aún requieren el intercambio

de accesorios. Recientemente se ha desarrollado un nuevo dispositivo multimodal, flexible y ultrafino que integra una microonda de ultraalta frecuencia capaz de cortar, diseccionar, inyectar y coagular.

Objetivos: Evaluar la realización de POEM mediante un nuevo dispositivo multimodal en términos de seguridad y eficacia.

Material y Métodos: Serie de casos prospectiva y unicéntrica. Pacientes con acalasia sometidos a POEM, con o sin funduplicatura (POEM-F). Todas las etapas (incisión, tunelización y miotomía) se realizaron con este nuevo dispositivo multimodal. El éxito técnico y clínico, junto con la seguridad, fueron los criterios de valoración principales; mientras que los síntomas de reflujo posoperatorio y la calidad de vida se evaluaron como resultados secundarios mediante el índice de gravedad del reflujo.

Resultados: Diecinueve pacientes (47,4% mujeres; mediana de edad: 48 años) con acalasia se sometieron a POEM, mientras que en el 63,2% se realizó funduplicatura. Entre estos pacientes, la acalasia se clasificó predominantemente como tipo II (80%), y el 31,6% había recibido tratamiento previo, como dilataciones neumáticas (5/6) y miotomía de Heller (1/6). La mediana de la puntuación de Eckardt preoperatoria fue de 7. Se utilizaron abordajes de miotomía anterior en el 84,2% de los casos. La POEM fue técnicamente factible en todos los pacientes, con una duración media total del procedimiento de 84,6 ± 26,9 minutos. El éxito clínico se evaluó en un seguimiento de un mes. El 73,7 % de los pacientes negó síntomas de reflujo gastroesofágico, reportados con un índice de gravedad del reflujo de 1. La mediana de la puntuación de Eckardt fue de 1. Durante el procedimiento, no se observó daño en el tejido mucoso ni se reportaron complicaciones inmediatas ni tardías post-POEM.

Conclusiones: Este nuevo dispositivo multimodal permite el manejo de la acalasia, con una mejoría sustancial en el 74% de los casos, sin sintomatología de ERGE durante el primer mes posterior al procedimiento. Las ventajas de esta herramienta son: (1) márgenes limpios gracias a un voltaje menor que el de los dispositivos monopolares estándar, (2) disección más profunda y visión clara del lecho muscular gracias a la cubierta protectora, (3) el uso de un solo dispositivo para el procedimiento, y (4) reducción del daño en el tejido mucoso. Se requieren un seguimiento más prolongado y estudios más amplios para validar esta novedosa tecnología.

TRABAJOS ORALES DISTINGUIDOS

Código: 0033

COLANGIOSCOPIA PARA EL ESTUDIO DE ESTENOSIS INDETERMINADAS DE LA VÍA BILIAR. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 5. Vesícula y vías biliares 5.2. Neoplasia

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 5. Vesícula y vías biliares 5.4. Miscalánea

SCIGLIANO, Facundo Nahuel | MANAZZONI, Dante | VILLAVEDE, Augusto | ABECIA, Victor | PIZZALA, Juan | MAHLER, Manuel | PEREZ, Tomas Manuel | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: La colangioscopia es una técnica endoscópica avanzada, que permite la visualización directa de los conductos biliares y la toma de biopsias en forma dirigida, proporcionando una herramienta valiosa, en particular en el diagnóstico de estenosis biliares indeterminadas, una condición que puede ser causada tanto por patología benigna como maligna.

Objetivos: Conocer en nuestro centro el rendimiento diagnóstico de la colangioscopia basándonos en la imagen endoscópica y su correlación con el resultado anatómopatológico para el estudio de estenosis indeterminadas

Material y Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo

Resultados: Se analizaron 32 pacientes con estenosis biliares indeterminadas en los cuales se realizó colangioscopia con toma de biopsias. Para estenosis con sospecha endoscópica de benignidad encontramos un 100% de concordancia relacionándolas con los resultados de la biopsia endoscópica con un valor predictivo negativo de 100% (IC95% 72-100). Para estenosis con sospecha endoscópica de malignidad, utilizando criterios de Mendoza, encontramos un 62 % de concordancia con los resultados de la biopsia endoscópica, con un valor predictivo positivo de 62% (IC95% 38-82). Sin embargo este valor se incrementa al 81% (IC95%: 58-95) cuando consideramos como verdaderos positivos aquellos casos con biopsia endoscópica sin atipia pero con confirmación de malignidad en la pieza quirúrgica de aquellos que fueron operados en el seguimiento. En términos de rendimiento diagnóstico de la colangioscopia con toma de biopsias obtuvimos una sensibilidad del 100% y una especificidad del 57% para diagnóstico de patología maligna en nuestro medio. Aunque la especificidad también aumenta al 73% (IC95% 45-92) al considerar como verdaderos positivos aquellos casos con biopsia inicial benigna pero con confirmación de malignidad mediante la anatomía patológica de la pieza quirúrgica en aquellos que fueron operados en el seguimiento. Se registraron 2 complicaciones post procedimiento (6,3%) que incluyeron 1 colangitis leve y 1 pancreatitis aguda leve post colangioscopia en el total de pacientes intervenidos.

Conclusiones: Concluimos que la colangioscopia es un método seguro, con una alta sensibilidad y valor predictivo negativo para el diagnóstico de patología maligna en nuestro centro.

TRABAJOS ORALES DISTINGUIDOS

Código: 0152
PREVALENCIA DE HALLAZGOS EN VIDEOENDOCÁPSULA

Modalidad: Trabajos Científicos

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

LASCANO, Ernesto | BARBA, Analía | FIRVIDA, Sofía | ESCOBAR, Rafael

SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ

Introducción: La videoendocápsula (VEC) es un método diagnóstico que permite la visualización directa de la totalidad del intestino delgado (ID) en pacientes con patologías como síndromes polipósicos, hemorragia potencial de intestino delgado, enfermedad de Crohn, entre otras. La única complicación absoluta es la retención en intestino delgado, que requiere manejo endoscópico o quirúrgico. Las lesiones más frecuentemente halladas son: angiodisplasias, erosiones y pólipos.

Objetivos: En el presente estudio se busca caracterizar y localizar los hallazgos en VEC de nuestro sanatorio.

Material y Métodos: Se analizó la base de datos de VEC e historias clínicas electrónicas de diciembre del 2016 a diciembre del 2024 del Sanatorio Dr. Julio Méndez. Se utilizaron 2 tipos de cápsulas: CapsoCam (visión 360°) y OMOM (visión 140°). Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con sospecha de patología de ID. Se excluyeron pacientes con sospecha de estenosis intestinal, preparación deficiente y estudios incompletos. Las variables analizadas: edad, sexo, condición paciente (ambulatorio/internado), indicación de VEC y hallazgos con su localización. Se realizó un análisis retrospectivo, descriptivo y las variables se describieron como frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados: Se realizaron 123 estudios, 64 (52.03%) en el sexo femenino y 59 (47.97%) en el masculino. En 38 (30.89%) estudios no se encontraron hallazgos. En los 85 (69.11%) estudios con hallazgos, en 17 pacientes se encontró más de un hallazgo, con un total de 115 hallazgos. El grupo etario estuvo comprendido entre 34-95 años, promedio de 66.5 años. Se realizaron 106 (86.18%) estudios ambulatorios y 17 (13.82%) internados. Las indicaciones fueron: hemorragia potencial de intestino delgado: 102 (82.93%), sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal: 5 (4.07%), poliposis adenomatosa familiar: 3 (2.44%), anemia ferropénica con angiodisplasia cecal: 3 (2.44%), síndrome de Peutz Jeghers: 2 (1.63%), sospecha de ileítis por videocolonoscopía: 1 (0.81%), vigilancia de enfermedad de Crohn: 1 (0.81%), enfermedad celiaca + enfermedad Crohn: 1 (0.81%), sospecha de síndrome carcinoide: 1 (0.81%), requerimiento de anticoagulación: 1 (0.81%), síndrome de Zollinger Ellison: 1 (0.81%), enfermedad celiaca refractaria: 1 (0.81%), anemia ferropénica con enfermedad celiaca potencial: 1 (0.81%). Los hallazgos fueron en orden de frecuencia: angiodisplasias 63 (54.78%), las cuales se ubicaron en: estómago: 2 (1.74%), duodeno: 6 (5.22%), yeyuno: 47 (40.87%), íleon: 8 (6.95%). Erosiones: 21 (18.26%) las cuales se ubicaron en: estómago: 12 (10.43%), duodeno: 7 (6.09%), yeyuno: 2 (1.74%). Pólipos: 15 (13.04%), los cuales se ubicaron en: estómago 5 (4.35%), duodeno: 1 (0.87%), yeyuno: 5 (4.35%), íleon: 4 (3.48%). Divertículos: 4 (3.48%), los cuales se ubicaron en: esfago: 2 (1.74%), duodeno: 1 (0.87%), yeyuno: 1 (0.87%). Sangrado activo: 3 (2.61%), el cual se ubicó en yeyuno: 2 (1.74%), íleon: 1 (0.87%). Úlceras: 2 (1.74%), las cuales se ubicaron en yeyuno: 1 (0.87%), íleon: 1 (0.87%). Linfagiectasias: 2 (1.74%), las cuales se ubicaron en yeyuno. Edema: 2 (1.74%), el cual se ubicó en duodeno. Ectasia vascular antral gástrica (GAVE): 2 (1.74%). Aftas 1 (0.87%), la cual se ubicó en yeyuno.

Conclusiones: La videoendocapsula es un estudio útil para detectar lesiones en intestino delgado, siendo las angiodisplasias el hallazgo más frecuente y la principal causa de hemorragia de intestino medio.

TRABAJOS ORALES DISTINGUIDOS

Código: 0062
RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL POEM: EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE)

Modalidad: Trabajos Científicos

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

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

SABA ZOTTO, Federico | RAMÍREZ, Mauricio | SOLINAS, David | MIRAGLIA, Nicole | NIEPONICE, Alejandro

Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: La miotomía endoscópica por vía oral (POEM) se ha establecido como tratamiento de primera línea para la acalasia. Sin embargo, la aparición de ERGE postoperatorio sigue siendo un tema controvertido. Este estudio presenta los resultados a largo plazo de una cohorte única tratada con una técnica estandarizada de POEM que limita la extensión de la miotomía gástrica a 2 cm.

Objetivos: Evaluar los resultados clínicos y la incidencia de reflujo gastroesofágico (ERGE) a largo plazo en pacientes con acalasia tratados mediante miotomía en-

doscópica por vía oral (POEM), utilizando una técnica estandarizada con extensión gástrica limitada.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo con análisis de datos prospectivamente recolectados. Entre noviembre de 2013 y octubre de 2021, se incluyeron 149 pacientes consecutivos con diagnóstico de acalasia que fueron sometidos a POEM electivo en el Instituto de Esófago del Hospital Universitario Fundación Favaloro. Dos pacientes fueron excluidos por conversión intraoperatoria a miotomía de Heller. La técnica de POEM aplicada consistió en una miotomía esofágica con extensión gástrica no mayor a 2 cm, guiada por parámetros endoscópicos tales como la evaluación de una válvula de Hill similar a un tipo II, la apertura espontánea de la unión esofagogastrica sin insuflación y la presencia de vasos penetrantes.

Resultados: POEM se completó exitosamente en 147 pacientes (98,6%). El seguimiento medio fue de 30 meses. La puntuación de Eckardt mejoró significativamente de 9,6 preoperatorio a <2 en todos los puntos de seguimiento hasta 36 meses. El 20% reportó síntomas de reflujo según los cuestionarios de calidad de vida, todos controlados con inhibidores de la bomba de protones. Solo el 7,3% presentó esofagitis grado A y un caso grado C en endoscopia. Ninguno requirió cirugía antireflujo.

Conclusiones: POEM demostró ser un procedimiento seguro y eficaz a largo plazo, con tasas de ERGE aceptables comparables a la miotomía de Heller. Una técnica cuidadosa que preserve las estructuras antireflujo y limite la extensión gástrica puede minimizar significativamente la aparición de ERGE clínicamente relevante.

TRABAJOS ORALES

Código: 0227
TASA DE RECURRENCIA DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER CON DOS TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS: ZPOEM VS SEPTOTOMÍA

Modalidad: Trabajos Científicos

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

MIRAGLIA, Lucia Nicole | SOLINAS, David | SABA ZOTTO, Federico | RAMÍREZ, Mauricio | NACHMAN, Fabio | NIEPONICE, Alejandro

Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: El tratamiento del divertículo de Zenker ha atravesado una evolución significativa en los últimos años. Se ha visto un cambio de perspectiva, favoreciendo el tratamiento endoscópico miniinvasivo por sobre el tratamiento quirúrgico abierto tradicional. Sin embargo, persiste el debate con respecto a cuál es la técnica endoscópica más eficaz. El objetivo de este estudio es comparar las tasas de recurrencia de la disfagia entre la Miotomía Endoscópica Peroral del Zenker (ZPOEM) y la septotomía por endoscopia flexible (FES). Se utilizarán sus siglas en inglés por estar ampliamente difundidas de esa manera.

Objetivos: Comparar la tasa de recurrencia de la disfagia entre dos técnicas endoscópicas para el tratamiento del Zenker: ZPOEM vs FES.

Material y Métodos: Se incluyeron todos los pacientes que fueron sometidos a tratamiento endoscópico para el divertículo de Zenker desde enero 2018 hasta diciembre 2022. Se agruparon según el tratamiento realizado: ZPOEM o FES. Ambos fueron realizados por el mismo cirujano experimentado. Cualquier indicio de disfagia fue interrogado cuidadosamente mediante la escala FOIS (Functional Oral Intake Scale) y registrado como indicador de recurrencia cuando los valores eran de 5 o menores. Se realizó endoscopia de control de manera rutinaria a los 6 meses del procedimiento o antes si se presentaron síntomas, agregando una estudio de tránsito esofágico contrastado. Se obtuvo el consentimiento de todos los pacientes para utilizar sus datos con fines científicos.

Resultados: Se incluyó un total de 51 pacientes divididos en dos grupos según el tratamiento realizado. En 29 pacientes se realizó ZPOEM, en 24 FES. Se registran las variables demográficas en la Tabla 1, sin diferencias significativas entre ambos grupos. La mediana de seguimiento para el grupo de ZPOEM fue de 12 meses (DS = 6.44) vs 18 meses en el de FES (DS= 14.47). Los pacientes en el grupo de FES tienen un seguimiento significativamente mayor ya que era la técnica predominante en el momento en el que inició la cohorte, cambiando hacia ZPOEM hacia el final. La mediana del tamaño diverticular fue igual en ambos grupos (4 cm en ambos casos). La recurrencia de la disfagia se presentó en el 10% (3/29) de los pacientes del grupo de ZPOEM vs. 33% (8/24) en el de FES (p= 0.049, CI 95%) (Tabla 2). En todos los casos de recidiva se corroboró con endoscopia y tránsito esofágico. Con respecto a la morbilidad, se presentaron eventos adversos a 30 días en 3 pacientes, 2 en el grupo ZPOEM y 1 en el de FES. En el grupo ZPOEM uno de los eventos fue un tromboembolismo pulmonar a los 20 días, no considerado directamente relacionado al procedimiento. El otro fue un sangrado digestivo que resolvió espontáneamente sin requerir otros estudios. En el grupo de FES solo se reportó un evento de sangrado, si bien no se encontró el sitio de sangrado, se considera relacionado al procedimiento.

Conclusiones: Este estudio sugiere que el ZPOEM podría ser superior a la septotomía para reducir la recurrencia de la disfagia en pacientes con divertículo de Zenker. Mientras las dos técnicas demostraron alta eficacia técnica y clínica con un bajo índice de eventos adversos, la menor recurrencia observada con el ZPOEM apoya su uso como un tratamiento con mayor durabilidad. Sin embargo, debido a que el estudio es retrospectivo y la muestra es de tamaño limitado, se necesitarían estudios prospectivos con mayores cohortes para confirmar estos hallazgos.

TRABAJOS ORALES

Código: 0215**PREDICTORES DE EFICACIA DE LA ABLACIÓN INTRADUCTAL POR RADIOFRECUENCIA EN EL COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR INOPERABLE: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO UNICÉNTRICO***Modalidad: Trabajos Científicos (presentado En Otro Congreso)**Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 5. Vesícula y vías biliares 5.2. Neoplasia**Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas*

ROBLES-MEDRANDA, Carlos | AREVALO-MORA, Martha | PUGA-TEJADA, Miguel | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge | EGAS-IZQUIERDO, María | CUNTO, Doménica | MURILLO, Juan | ELIAS-BERREZUETA, Cristina | DEL VALLE-ZAVALA, Raquel | TABACELIA, Daniela | AVEIGA CEDEÑO, Leonardo Andres | ALCIVAR-VASQUEZ, Juan

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: Las opciones actuales de tratamiento para el colangiocarcinoma perihiliar (perihiliar cholangiocarcinoma, pCCA) son limitadas y tienen un pronóstico desfavorable. Al igual que en el cáncer de páncreas, La ablación intraductal por radiofrecuencia (radiofrequency ablation, RFA) guiada por ecoendoscopia (endoscopic ultrasound, EUS) representa una alternativa de tratamiento local, complementaria al tratamiento sistémico. Al momento no existe un protocolo de manejo estandarizado en cuanto al número de sesiones de RFA ni al número o tipo de prótesis necesarias para el drenaje biliar. Por lo tanto, generalmente se maneja según la experiencia del endoscopista.

Objetivos: Identificar factores predictores de eficacia clínica y seguridad en el manejo de pCCA mediante EUS-RFA.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico que incluyó pacientes con diagnóstico de pCCA inoperable sometidos a EUS-RFA. Se realizó una regresión logística binomial (Odds Ratio, OR) para identificar posibles predictores de reintervención. Se utilizó un umbral de $p < .1$ para seleccionar las variables candidatas para un modelo multivariable con el fin de caracterizar mejor estos predictores.

Resultados: Se seleccionó 55 casos sometidos a EUS-RFA, con una mediana de edad de 70 años (60-76.5), 26 mujeres (47.3%), 69.1% sin tratamiento previo y 90.9% con papila nativa. La mayoría de los pacientes requirió tratamiento con RFA en un solo territorio de la vía biliar (94.5%), con una aplicación de RFA por procedimiento (98.2%), utilizando 10 vatios en el 96.4%. En 27 casos se colocó solo una prótesis (49.1%), dos en otros 27 y tres en solo uno (1.8%). Se colocó una prótesis plástica en 13 (23.6%) y uno metálico en 42 (76.4%). Se logró éxito técnico y clínico en 53 (96.4%) y 43 (78.2%), respectivamente; solo un caso presentó sangrado leve y tres casos con disfunción de la prótesis (5.5%). Fue necesaria una reintervención en 9 casos (16.4%). En comparación con los pacientes no intervenidos, los reintervenidos mostraron una menor fracción de papila nativa preoperatoria (95.7% vs. 66.7%; $p=.0266$), una menor bilirrubina preoperatoria (14.7 vs. 2 mg/dl; $p=.05$) y una mayor disfunción de la prótesis (0% vs. 33.3%; $p=.0032$). Tras la corrección de proporciones, la regresión logística multivariante demostró como factores preventivos para la reintervención, un nivel más alto de bilirrubina preoperatoria (OR 0.9; IC 95% 0.85-0.95; $p<.001$), la colocación de dos prótesis (OR 0.14; IC 95% 0.04-0.42; $p<.001$) y el uso de prótesis metálica (OR 0.13; IC 95% 0.03-0.41; $p<.001$).

Conclusiones: La EUS-RFA en pacientes con pCCA es una modalidad mínimamente invasiva, segura y eficaz. La EUS-RFA tiene un potencial rol en el tratamiento local de pacientes con pCCA irresecable. Su impacto en la supervivencia global (SG) requiere de estudios con una mayor muestra de casos.

TRABAJOS ORALES

Código: 0195**POEM MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PERORAL EN PACIENTE CON ACALASIA II (CON VIDEO)***Modalidad: Casos Clínicos**Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno*

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.2. Trastornos motores
LOMBARDI, Giuliana Gisele | **FIRVIDA, Sofia** | **PARDO, Barbara** | **VISSO, Ana Laura** | **ESCOBAR FERNANDEZ, Rafael**

SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ

Introducción: La acalasia es un trastorno primario de la motilidad esofágica. Se caracteriza por la alteración en la relajación de la unión esófago-gástrica (UEG) en ausencia de actividad peristáltica efectiva del cuerpo esofágico, por la pérdida de la función del componente inhibidor del plexo mientérico del esfínter esofágico inferior (EEI). Como consecuencia de la obstrucción del flujo de salida esofágico, los pacientes presentan síntomas clínicos de disfagia, regurgitación, dolor torácico, entre otros. La manometría esofágica permite el diagnóstico y caracterización de diferentes fenotipos

de acalasia y la sonda de imagen funcional del lumen (Endo FLIP) para la medición de la distensibilidad del esófago mediante planimetría por impedancia, es otra herramienta para definir la severidad de la enfermedad y además de medidas objetivas de la respuesta al tratamiento. El objetivo terapéutico principal es mejorar la obstrucción de la unión esófago-gástrica mediante la reducción de la presión del EEI y permitir, incluso en ausencia de peristasis, el vaciado efectivo del contenido esofágico, contribuyendo a reducir los síntomas y prevenir complicaciones. La miotomía endoscópica peroral (POEM) es la alternativa endoscópica mínimamente invasiva, técnica que consiste en crear un túnel submucoso a través de una pequeña incisión en la mucosa del esófago para acceder a las fibras musculares del EEI y realizar la miotomía.

Objetivos: Presentar un caso de POEM Miotomía endoscópica peroral en paciente con Acalasia II

Caso Clínico: Paciente masculino de 65 años con disfagia esofágica intermitente a sólidos por acalasia tipo II. Se realiza POEM. VEDA: A 15 cm de la UEG, se realiza incisión mucosa en cara posterior para acceder al tercer espacio. Se efectúa tunelización diseccionando la submucosa esofágica hasta estómago utilizando de forma alternante y repetitiva inyección más corte. Además, se realiza coagulación profiláctica de vasos y en sitios de sangrado con punta de knife y pinza hemostática. Se identifican las fibras musculares del EEI y se lleva a cabo miotomía transmural hasta 3 cm en estómago. El procedimiento finaliza con el cierre de la ventana mucosa con clips. Se realiza control funcional con planimetría de Endoflip™ con catéter 322 – 8 cm: índice de distensibilidad 1.2 mm2/mmHg pre miotomía y 5 mm2/mmHg post miotomía. A las 24 hs presenta esofagograma sin evidencia de fuga y adecuado pasaje contraste. Por evolución clínica favorable, se otorga egreso hospitalario.

Resultados: Entre las opciones terapéuticas tradicionales para la acalasia, se encuentran las inyecciones de toxina botulínica, la dilatación neumática y la miotomía de Heller laparoscópica (MHL). Aunque MHL se ha considerado el tratamiento estándar por su eficacia a largo plazo, presenta limitaciones, especialmente en pacientes con recaídas o acalasia avanzada. El POEM surgió en 2008 como una técnica endoscópica mínimamente invasiva como una alternativa eficaz a los tratamientos tradicionales. Está indicada tanto como primer tratamiento como en previos fallidos. Los estudios revisados reportan una tasa de éxito clínico del 82 al 100 %, con mejora significativa de los síntomas según la escala de Eckardt y en la calidad de vida de los pacientes. No obstante, un inconveniente frecuente es el reflujo gastroesofágico postoperatorio, con tasas que alcanzan hasta el 50 % en algunos estudios, aun así, éste responde favorablemente con medicación de primera línea, y no suele generar síntomas graves en la mayoría de los casos.

Conclusión: El POEM es una técnica mínimamente invasiva que ha cambiado radicalmente la evolución natural de la enfermedad, mejorando significativamente la calidad de vida de los pacientes.

TRABAJOS ORALES

Código: 0030**TASA DE RECURRENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN MUCOSECTOMÍAS DE PÓLIPOS COLORRECTALES ≥ 2 CM***Modalidad: Trabajos Científicos**Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Colon*

FIRVIDA, Sofia | *VISSO, Ana Laura* | *PARDO, Bárbara Eugenia* | *ESCOBAR, Rafael*
SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ

Introducción: La resección mucosa endoscópica (RME) constituye una técnica eficaz para la extirpación de pólipos colorrectales ≥ 2 cm, contribuyendo a la prevención del cáncer colorrectal. No obstante, la recurrencia post RME representa un desafío clínico, con tasas reportadas entre 10-30%, asociadas a características del pólipo, técnica empleada y experiencia del endoscopista. Este estudio analiza la tasa de recurrencia y factores asociados para optimizar el manejo clínico.

Objetivos: Evaluar la tasa de recurrencia en RME de pólipos colorrectales ≥ 2 cm e identificar los factores asociados a una mayor probabilidad de recurrencia. **Material y Métodos:** Se incluyeron pacientes con RME de pólipos colorrectales ≥ 2 cm entre marzo del 2021 y febrero de 2025. La muestra consistió en 35 pacientes, de los cuales 9 no cumplieron con los criterios de inclusión. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, características de los pólipos (tamaño, localización, morfología, histología), tipo de resección (bloque o fragmentos), presencia o no de recurrencia en el sitio de resección.

Resultados: La edad promedio fue de 76 años a predominio del sexo femenino (72%). La tasa de recurrencia fue del 30,7%. Todas ocurrieron en resecciones en fragmentos (n=8), principalmente en lesiones mayores de 30mm (n=6), con una clasificación de Paris 0IIa+0Is (n=4), localizadas predominantemente en ciego y colon derecho (n=5).

Conclusiones: La RME es una técnica segura y eficaz para el tratamiento de pólipos colorrectales ≥ 2 cm. No obstante, la recurrencia en el sitio de resección continúa siendo una limitación, especialmente en resecciones en fragmentos y en pólipos mayores a 40mm. En este estudio, se observó una tasa de recurrencia del 30,7%, un valor comparable al reportado por Belderbos et al. Se identificaron como factores asociados el tamaño del pólipo, su localización en colon proximal y el número de fragmentos utilizados en la resección. Estos hallazgos refuerzan la importancia de identificar de manera temprana los factores de riesgo de recurrencia y optimizar la técnica de resección. Asimismo, resalta la necesidad de capacitar al equipo endoscópico y establecer protocolos institucionales de vigilancia post - mucosectomía basados en evidencia.

TRABAJOS ORALES

Código: 0180
TASA DE CANULACIÓN BILIAR PROFUNDA SEGÚN LA ANATOMÍA MACROSCÓPICA DE LA PAPILA DUODENAL MAYOR

Modalidad: Trabajos Científicos

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

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

GROISMAN, Martin | FIRVIDA, Sofia | DI DOMÉNICO, Diego Salvador | ESCOBAR, Rafael

SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ

Introducción: La colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) requiere la canulación biliar profunda para la resolución de patologías obstructivas biliares. Esta puede ser dificultosa por factores como la morfología de la papila duodenal mayor (4 tipos según la clasificación de Haralldson et. al: tipo I o regular, tipo II o pequeña, tipo III o péndula y tipo IV o rugosa) y su relación con divertículos (papila intradiverticular, yuxtadiverticular y peridiverticular). Este estudio evaluó la tasa de canulación biliar, su dificultad y complicaciones post-CPRE en base a estas características anatómicas.

Objetivos: Analizar la influencia de la anatomía macroscópica de la papila duodenal mayor en las tasas de canulación biliar profunda exitosa, canulación dificultosa y complicaciones post-CPRE.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal realizado en centro de tercer nivel en CABA entre mayo 2021 y abril 2025. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años con indicación adecuada de CPRE y papila nativa. Se excluyeron pacientes con instrumentación biliar previa, papila de aspecto infiltrativo o anatomía bilio-digestiva alterada. Se clasificó la papila según la morfología de acuerdo a la clasificación de Haralldson y su relación con divertículos duodenales. Se evaluaron tasas de canulación biliar profunda y dificultosa, complicaciones post-CPRE y su asociación con la anatomía papilar.

Resultados: Se incluyeron 122 pacientes (50.8% mujeres, edad media de 63.2 años). La indicación principal fue litiasis coledociana (82.8%). La tasa global de complicaciones post-CPRE fue 9% (pancreatitis 1.6%, hemorragia 2.4%, perforación 2.4%, otras 2.4%). Las frecuencias de papila fueron: tipo I (58.2%), II (23%), III (15.6%) y IV (3.3%). Se observó localización yuxtadiverticular en 15.5% e intradiverticular en 3.3%. La tasa global de canulación biliar profunda fue 82%, reduciéndose a 52.6% en presencia de patología tumoral periampular (OR 6.2; $p < 0.01$). La canulación fue dificultosa en 18% de los casos exitosos. La papila tipo I se asoció significativamente a mayor tasa de canulación (OR 0.336; $p = 0.022$). La tipo IV se asoció a canulación dificultosa (OR 25.6; $p = 0.030$). La tipo II se relacionó con mayor riesgo de perforación (OR 28.7; $p = 0.009$), mientras que la tipo III con mayor riesgo de hemorragia post-CPRE (OR 12; $p = 0.013$). No se encontraron asociaciones significativas entre los tipos de papila y pancreatitis post-CPRE, tampoco entre las papilas yuxtadiverticulares con dificultad de canulación ni complicaciones, aunque se observó una tendencia cercana a presentar significancia estadística con hemorragia en papilas yuxtadiverticulares ($p = 0.063$).

Conclusiones: La morfología de la papila duodenal mayor influye significativamente en los resultados de la CPRE. Evaluar la anatomía de la papila es importante para una adecuada elección de la estrategia de abordaje, para así obtener mejores resultados y prevenir complicaciones.

PÓSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0269
IDENTIFICACIÓN DE HIPERTENSIÓN PORTAL MEDIANTE LA CUANTIFICACIÓN OBJETIVA DE VASOS FINOS DEL BAZO POR IMAGEN DE DETECCIÓN DE FLUJO, ASISTIDA POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO

Modalidad: Trabajos Científicos (presentado En Otro Congreso)

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Hígado 9.2. Hipertensión portal
ROBLES MEDRANDA, Carlos1 | BAQUERIZO BURGOS, Jorge1 | PUGA-TEJADA, Miguel1 | DEL VALLE-ZAVALA, Raquel1 | ALCÍVAR-VÁSQUEZ, Juan1 | MURILLO, Juan1 | ELÍAS BERREZUETA, Cristina1 | CUNTO, Domenica1 | ARÉVALO-MORA, Martha1 | EGAS IZQUIERDO, Maria1 | MENDEZ, Juan2 | PITANGA-LUKASHOK, Hannah1 | AVEIGA CEDEÑO, Leonardo Andres3 | TABACELIA, Daniela1

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)1; MDCONSGROUP2; HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD "EL CRUCE". F. VARELA3

Introducción: La ecoendoscopia (EUS), especialmente cuando se combina con tecnologías de imagen innovadoras como la imagen por detección de flujo (detective flow imaging, DFI), se ha convertido en una potente herramienta diagnóstica para

evaluar vasos finos (VF) y baja velocidad de flujo sin agentes de contraste. El DFI muestra información clara y precisa sobre la perfusión sanguínea con mayor resolución y sensibilidad en comparación con tecnologías convencionales como el Doppler color y el eFlow, y los agentes de contraste. Sin embargo, hasta ahora, estos hallazgos se han evaluado subjetivamente.

Objetivos: Los autores desarrollaron un modelo de inteligencia artificial (IA) que permite la estimación cuantitativa y objetiva de los VF detectados mediante EUS-DFI. Este estudio persigue establecer el valor de corte del número de VF esplénicos detectados para diferenciar los cambios causados por la hipertensión portal (HTP), y determinar la suficiencia diagnóstica de dicho valor de corte para diferenciar entre bazo normal vs patológico.

Material y Métodos: Estudio piloto observacional, prospectivo y unicéntrico. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con cirrosis hepática crónica e indicación de EUS. Los pacientes se dividieron en dos grupos: un grupo control (pacientes sin HTP) y un grupo con cirrosis (pacientes con HTP). Todos los pacientes se sometieron a EUS-DFI.

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes: 12 sin http y 15 con HTP. La edad media fue de 61 años (DE: 13,9) y el 70,4% eran mujeres. El 38,5% de los pacientes del grupo control y el 60% de los casos presentaron VF observado durante la EUS-DFI. La mediana del número de VF detectados por el modelo de IA fue de 7 (2,8-8,0) en el grupo control y de 12 (11-14) en el grupo con HTP ($p < 0,001$). La mediana del número máximo de VF detectados fue de 38 (19,5-45,3) en el grupo control y de 32 (29-41,0) en el grupo con HTP ($p = 0,981$). El valor de corte para el número de VF promedio detectado por el modelo de IA se determinó en 10,5, con un área bajo la curva de 0,933. Este valor de corte permitió identificar HTP con una sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos, y una concordancia observada del 93,3%, 91,6%, 93,3%, 91,6% y 92,5%.

Conclusiones: En conclusión, el modelo de IA basado en EUS-DFI fue capaz de diferenciar entre pacientes sin HTP de aquellos con HTP con alta suficiencia diagnóstica utilizando un valor de corte de 10,5. El número de VF detectado podría utilizarse potencialmente como una medida objetiva para evaluar los cambios vasculares del bazo con EUS-DFI incluso en ausencia de esplenomegalia, lo que ayuda a establecer el pronóstico de la cirrosis hepática.

PÓSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0239
EXPERIENCIA INICIAL DE TÉCNICA MIOTOMÍA PERORAL ENDOSCÓPICA PARA PACIENTES CON ACALASIA

Modalidad: Trabajos Científicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 10. Neurogastroenterología 10.1. Acalasia

FERREYRA VALVASSORI, Nair | GIGENA, Ricardo Agustín | GOBELET, Jaqueline

SANATORIO ALLENDE

Introducción: La acalasia es un trastorno de la motilidad esofágica crónico caracterizado por una aperistalsis del cuerpo del esófago y una ausencia de relajación esfínter esofágico inferior. Se suele presentar con disfagia, regurgitación, dolor torácico y pérdida de peso, para evaluar estos síntomas se utiliza la escala de Eckardt que es un sistema de puntuación en donde un valor más elevado indica una enfermedad más sintomática. El POEM es una alternativa quirúrgica endoscópica a la miotomía de Heller laparoscópica, ofreciendo una eficacia comparable al tiempo, y con mínima invasividad y menor morbilidad.

Objetivos: Objetivo principal: Evaluar la eficacia clínica y técnica del POEM. Objetivos secundarios: Analizar el tiempo operatorio, eventos adversos, la estancia hospitalaria, la aparición de reflujo patológico post POEM y la reducción de la altura de la columna de bario en el esofagograma temporalizado.

Material y Métodos: Pacientes mayores de 18 años sometidos a POEM desde mayo de 2023 a abril de 2025, en el Sanatorio Allende. Estudio: Retrospectivo, Descriptivo, observacional. Los eventos adversos se categorizaron según la clasificación de Clavien-Dindo. Recolección de Datos: Todos los pacientes fueron evaluados por un equipo multidisciplinario. Tuvieron una evaluación diagnóstica antes de POEM que incluyó una endoscopia digestiva alta, esofagograma temporizado, manometría esofágica y estadificación clínica de la acalasia según la puntuación de Eckardt.

Resultados: El total de pacientes incluidos fueron 15. La edad promedio de la muestra fue de $49 \pm 4,73$ años, con mayoría en pacientes de sexo masculino (57%) sobre femenino (43%). El subtipo de Acalasia fue mayormente el Subtipo II el en 50% de la muestra (Según la clasificación de Chicago IV). La tasa de éxito técnico del POEM fue del 93,3% ya que uno de los pacientes presentó fibrosis en la mucosa y no se pudo realizar la miotomía. El tiempo operatorio medio fue de $116 \pm 6,3$ minutos. Las puntuaciones de los síntomas de Eckardt disminuyeron significativamente a los dos meses de seguimiento ($6,7 \pm 0,2$ frente a $2,79 \pm 0,18$ $p < 0,0001$). El porcentaje de pacientes con éxito clínico (Eckardt < 3): fue del 100% a los 3 meses de seguimiento. La altura de la columna de bario a los 5 min en el esofagograma temporizado se redujo de $6,8 \pm 4,9$ cm a $2,3 \pm 2,9$ cm ($p = 0,05$). En el esofagograma realizado al mes el 7 % (1 paciente) presentó signos de reflujo y 7 % (1 paciente) presentó un retraso leve en el vaciamiento esofágico. La estancia hospitalaria media fue de $1,79 \pm 0,5$ días. Se observó en las endoscopias posteriores al procedimiento que solo

el que solo el 7 % de los pacientes sometidos a POEM tuvieron esofagitis erosiva leve (Grado A de los Ángeles). No se observaron efectos adversos graves. Del total de pacientes 3 presentaron complicaciones. 2 de ellas fueron intraoperatorias de los cuales un paciente presentó microperforación de la mucosa subcardial, que se resolvió instalando un clip a ese nivel, y otro paciente presentó neumoperitoneo que se drenó con un trocar a nivel en Fosa ilíaca Izquierda. Solo un paciente presentó una complicación post operatoria que fue dehiscencia de la mucosa a nivel del cierre con clips, se resolvió colocando dos clips en dicha zona.

Conclusiones: El POEM es un procedimiento eficaz, seguro, mínimamente invasivo y que favorece a un alivio significativo de los síntomas de pacientes con diagnóstico de acalasia. Sin embargo, se necesitan muestras más grandes y estudios prospectivos, multicéntricos y con mayor tiempo de análisis para llegar a resultados más concluyentes.

PÓSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0206

PERFIL ENDOSCÓPICO Y TERAPÉUTICO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INGESTA DE CÁUSTICOS: EXPERIENCIA DE 7 AÑOS EN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 3. Endoscopia Pediátrica

ARCO, Karina | GERAIGE, Wilma | TORRES, Mariana | ROITMAN, Paula | FIES-TAS, Kerly | VAQUER, Giuliana

HOSPITAL NOTTI

Introducción: La ingesta accidental de sustancias cáusticas constituye una causa importante de urgencia pediátrica, principalmente en niños menores de cinco años. Estos agentes provocan lesiones químicas en la mucosa del tracto digestivo superior, con un amplio espectro de gravedad. La evaluación endoscópica temprana resulta fundamental para establecer el grado de compromiso tisular, guiar el manejo terapéutico y predecir complicaciones a largo plazo.

Objetivos: Evaluar características demográficas, los hallazgos endoscópicos según la clasificación de Zargar, la presencia de gastritis y la necesidad de dilataciones esofágicas en pacientes pediátricos con ingesta de cáusticos atendidos entre 2018 y 2024.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo descriptivo mediante el análisis de registros de endoscopias de guardia realizadas a pacientes pediátricos diagnosticados con ingesta de cáusticos desde enero de 2018 hasta diciembre de 2024. Se extrajeron datos demográficos (sexo, edad), diagnóstico endoscópico principal clasificado según la escala de Zargar, día de la consulta (día hábil o fin de semana), y la necesidad de dilataciones esofágicas, especificando número y tipo de balón utilizado. Además, se registró la evolución tras el uso de inyección de triamcinolona como terapia adyuvante.

Resultados: Se identificaron 161 pacientes, de los cuales 106 (65.8%) fueron varones y 55 (34.2%) mujeres. La edad promedio fue de 3 años. La clasificación endoscópica de Zargar evidenció: 60 casos (37.3%) sin lesión; 39 (24.2%) con grado I; 54 (33.5%) con grado II (40 casos IIA y 18 IIB); y 9 (5.6%) con grado III. Se detectó gastritis en 25 pacientes (15.5%), principalmente en aquellos con esofagitis grado II y III. Las endoscopias de guardia se realizaron mayormente en días hábiles (59.4%), y el resto en fines de semana (40.6%). En cuanto a tratamiento, 25 pacientes con lesiones grado IIA/IIB (46%) y 7 con grado III (77.7%) requirieron dilataciones esofágicas. Las dilataciones se efectuaron con balones y bujías de Savary, en intervalos promedio de tres meses; cinco pacientes presentaron estenosis refractarias y requirieron dilataciones cada 21 días. Quince pacientes recibieron inyecciones de triamcinolona tras las dilataciones, sin observarse cambios significativos en la frecuencia de estas. Dos pacientes fueron sometidos a ascenso gástrico.

Conclusiones: En este estudio retrospectivo se evidenció que la ingesta de cáusticos en pacientes pediátricos afectó predominantemente a varones menores de 4 años. La clasificación endoscópica de Zargar permitió categorizar con precisión el grado de lesión esofágica, observándose una prevalencia significativa de grados IIA y IIB. La presencia de gastritis se asoció mayormente con lesiones esofágicas severas. La mayoría de los pacientes con lesiones grado II y III requirieron dilataciones esofágicas, siendo necesarias múltiples sesiones en casos de estenosis refractarias. La adición de triamcinolona no modificó significativamente la frecuencia de las dilataciones. Estos hallazgos resaltan la importancia del seguimiento endoscópico estricto y la individualización del tratamiento en esta población para optimizar los resultados terapéuticos y prevenir complicaciones a largo plazo.

PÓSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0209

ESTUDIO RETROSPECTIVO OBSERVACIONAL SOBRE LA SEGURIDAD DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN PACIENTES CON TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA CON TROMBOCITOPENIA

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 4. Endoscopia Miscelánea

PARDES VITORES, Roberto | PEREZ RUGE, Diana | PERALTA, Angel Daniel | RIERA, Leandro

HOSPITAL UNIVERSITARIO CEMIC

Introducción: Los estudios endoscópicos son cada vez más empleados en el diagnóstico y manejo de ciertas complicaciones gastrointestinales de pacientes con trasplante de médula ósea. Las complicaciones gastrointestinales suelen presentarse antes, durante y después de un trasplante de médula ósea (TAMO). Entre las principales complicaciones gastrointestinales de TAMO se encuentran: vómitos, disfgia, diarrea, dispepsia y hemorragia gastrointestinal. La permanencia de estos síntomas requiere un diagnóstico mediante endoscopia y biopsias. En estas presentaciones clínicas los profesionales pueden presentar dudas sobre la realización de estudios endoscópicos. Se evaluó la seguridad y la existencia de complicaciones hemorrágicas posterior a la realización de endoscopia en pacientes con antecedente de TAMO con trombocitopenia.

Objetivos: Realizar un análisis detallado y tasa de complicaciones post procedimientos de pacientes a los que se le realizó endoscopia.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional de serie de casos, el cual se llevó a cabo en un Hospital de Argentina, utilizando registros físicos y electrónicos de historias clínicas correspondientes al periodo comprendido entre enero de 2009 y diciembre de 2024. Fueron incluidos adultos (>18 años) con TAMO, que fueron sometidos a endoscopia durante el periodo determinado. Este grupo de estudio fue conformado por aquellos con trombocitopenia <50.000/mm3 y >50.000/mm3 al momento del estudio.

Resultados: Se incluyeron un total de 36 procedimientos endoscópicos (VEDA/VCC) realizados en pacientes que recibieron TAMO. La distribución fue la siguiente: endoscopia digestiva alta (VEDA) en 20 casos (55.6%), videocolonoscopía (VCC) en 13 casos (36.1%) y videorectosigmoidoscopia en 3 casos (8.3%). 27 procedimientos (75%) fueron realizados en pacientes de sexo masculino, y 9 (25%) en pacientes de sexo femenino. Durante la internación, 9 pacientes (25%) recibieron transfusiones de hemoderivados, aunque ninguna estuvo relacionada a sangrado post-procedimiento. No se registraron complicaciones hemorrágicas a las 24 hs ni diferidas, y ningún paciente falleció por causas asociadas al estudio. Las variables categóricas fueron comparadas mediante prueba de chi-cuadrado y las variables continuas mediante prueba de t de Student según su distribución. Debido a la ausencia de complicaciones, no se calculó odds ratio, y la prueba de Fisher arrojó un valor de $p = 1$, indicando ausencia de diferencia estadística entre los grupos.

Conclusiones: En esta serie de pacientes con trasplante de médula ósea sometidos a procedimientos endoscópicos diagnósticos, no se observó hemorragia gastrointestinal post-procedimiento, incluso en aquellos con recuentos de plaquetas inferiores a 50.000/mm3. Estos hallazgos indican que en un contexto clínico controlado y con una correcta selección de pacientes, la endoscopia digestiva diagnóstica podría considerarse segura en presencia de trombocitopenia moderada. Si bien el tamaño de la muestra fue limitado, y la ausencia de eventos impiden realizar caracterizaciones estadísticas concluyentes, los datos obtenidos aportan evidencia observacional útil para la práctica clínica, acorde a lo encontrado en la bibliografía revisada.

PÓSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0203

LESIÓN DE DIEULAFOY EN COLON: UNA CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

Modalidad: Casos Clínicos

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

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

FABBRO, Gabriel | BUSCAGLIA, Raniero | YANTORNO, Martin | GARBI, Maria Laura | CORREA, Gustavo | ZÚÑIGA, Andrés | RIZZI, Bruno | GARCIA, Magdalena | TUFARE, Francisco

HIGA San Martín La Plata

Introducción: La lesión de Dieulafoy es una causa poco frecuente de sangrado gastrointestinal. Se define como una arteriola submucosa dilatada aberrante que erosiona la capa mucosa, generando sangrado. Se localizan principalmente en estómago (70%) y en esófago (15%) y raramente se localizan en colon (menos del 2%).

Objetivos: Reportar un caso de hemorragia digestiva baja secundaria a lesión de Dieulafoy en colon derecho.

Caso Clínico: Se presenta el caso de una paciente femenina de 86 años con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y artritis reumatoide, ingresada por sospecha de hemorragia digestiva alta en contexto de anemia y melena. La endoscopia digestiva alta evidenció úlceras gástricas Forrest IIC, por lo que recibió tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. A los 10 días, reingresó por hematoquecia y anemia. La nueva endoscopia alta mostró gastropatía congestiva, mientras que en la colonoscopia se evidenció diverticulosis colónica y restos hemáticos en colon izquierdo y sigmoides con principal sospecha de sangrado de origen diverticular. Ante la persistencia de hematoquecia y requerimiento transfusional se realizó angiotomografía y videocápsula endoscópica sin lograr localizar fuente de sangrado. Se indicó nueva colonoscopia en la cual, tras lavado energético, a nivel del ángulo hepático se observó lesión vascular pequeña (<2 mm) con sangrado en napa, interpretándose dicho hallazgo como lesión de Dieulafoy. Se colocó hemoclip constatándose cese del sangrado.

Resultados: Los diagnósticos iniciales incluyeron úlceras gástricas Forrest IIC versus hemorragia diverticular. Sin embargo, el hallazgo clave fue la lesión de Dieulafoy.

lafoy en colon derecho, detectada durante la segunda colonoscopia, recibiendo tratamiento endoscópico, logrando la hemostasia. La hemoglobina se recuperó y mantuvo estable tras varias transfusiones y posterior al tratamiento, con valores de hemoglobina al ingreso de 6.2 g/dl y al egreso en 8.1 g/dl, sin evidencia de nueva exteriorización de sangrado gastrointestinal.

Conclusión: La lesión de Dieulafoy en colon, aunque rara, debe considerarse en pacientes con hemorragia digestiva baja recurrente y sin diagnóstico, especialmente en pacientes adultos mayores. El diagnóstico endoscópico preciso y la colocación de clips hemostáticos son efectivos para lograr la hemostasia definitiva y evitar recidivas en este tipo de lesiones. Este reporte de caso resalta la importancia de una evaluación exhaustiva en la identificación de lesiones poco frecuentes de sangrado digestivo bajo.

PÓSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0019

G POEM PÍLOROMIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PERORAL EN PACIENTE CON GASTROPARESIA REFRACTARIA

Modalidad: Casos Clínicos

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

FIRVIDA, Sofía | PARDO, Bárbara Eugenia | PORFILIO GULARTE, Giovanna | ESCOBAR, Rafael

SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ / CLÍNICA SANTA ISABEL

Introducción: La gastroparesia es un trastorno crónico caracterizado por un vaciamiento gástrico retardado sin evidencia de obstrucción mecánica. Los síntomas incluyen náuseas, vómitos, saciedad precoz y pérdida de peso. La causa más frecuente es la diabetes, aunque también puede ser posquirúrgica, inducida por medicamentos o idiopática. El diagnóstico requiere una video endoscopia digestiva alta (VEDA) para descartar obstrucción y una gammagrafía gástrica que confirme retención >20% a las 4 horas. La gastroparesia refractaria se define por síntomas persistentes pese a dieta y procinéticos. Las opciones terapéuticas tradicionales presentan limitaciones, por lo que la píloromiotomía endoscópica peroral (G-POEM) ha surgido como una alternativa prometedora, segura y mínimamente invasiva.

Objetivos: Presentación de un caso de G POEM en paciente con gastroparesia refractaria.

Material y Métodos: Mujer de 42 años con gastroparesia refractaria secundaria a escitalopram, eszopiclona y topiramato sin respuesta a metoclopramida ni medidas dietéticas tras 6 meses. La gammagrafía con Tecnecio-99 mostró una retención del 91,85% a los 60 minutos. Se realizó G-POEM bajo intubación orotraqueal e insuflación con CO₂. Se logró acceder a tercer espacio a través de ventana mucosa gástrica en posición posterolateral a 5 cm del píloro. Se realizó tunelización diseccionando la submucosa hasta visualizar anillo pilórico, y se realizó miotomía transmural de distal a proximal de 3 cm de longitud, preservando la serosa. El cierre de la mucosotomía se efectuó con 5 clips hemostáticos. Posteriormente, la paciente presentó hematemesis y dolor abdominal. Se descartó fuga por TC y se realizó una nueva VEDA que evidenció fallo parcial del cierre. Se retiraron los clips y se colocó un clip over the scope (OTSC).

Resultados: No existe consenso definitivo sobre la técnica óptima del G-POEM, especialmente respecto a la longitud y profundidad de la miotomía. Estudios en modelos ex vivo sugieren que una longitud de 3 cm es ideal para ampliar efectivamente el canal pilórico, evitando complicaciones en el bulbo duodenal por su fragilidad vascular. La miotomía de espesor completo ha demostrado reducir el tiempo operatorio sin aumentar eventos adversos ni riesgo de reflujo. El cierre de la mucosotomía depende de su orientación: los clips son adecuados para incisiones longitudinales, mientras que el sistema OTSC es preferido en incisiones transversales. Aunque ambos son eficaces, el OTSC mostró menor tasa de fallos.

Conclusiones: El G-POEM es una opción terapéutica eficaz y segura para la gastroparesia refractaria, con tasas de éxito clínico del 60-70% a corto plazo. Su carácter mínimamente invasivo y perfil favorable de seguridad lo posicionan como tratamiento de primera línea en casos seleccionados, mejorando significativamente la calidad de vida de los pacientes.

PÓSTERS

Código: 0084

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES QUE SE ESTUDIAN POR ENGROSAMIENTO PARIETAL DEL TRACTO GASTROINTESTINAL DETECTADO POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 11. Investigación básica

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 4. Endoscopia Miscelánea

ARISIO VILLENA, Sandra Gabriela | MOHADEB, Florencia | PAREDES, Sandy | ALONSO, Tomas | MISSISSIAN, Pedro | SANCHEZ, Sol Angeles | MARELLI, Ana Paula | BARRERA MIRANDA, John Edward | BARSÍ, María | ARENAS TENENBAUM, Judith | SARCONI, Liliana | FRÍAS, Silvia Elizabeth | VISTARINI, Ce-

cilia | CALCAGNO, Ramiro | ROMEO, Juan Manuel | PRECETTI, Fabian | MARINI, Eduardo

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSE MARIA RAMOS MEJIA

Introducción: Debido al aumento en el uso de técnicas de diagnóstico por imágenes, como la Tomografía Computada (TC), la presencia de engrosamiento en la pared de algún segmento del tracto gastrointestinal (TGI) constituye un hallazgo frecuente en pacientes que se realizan este estudio. Existen distintas características del engrosamiento como focalidad, simetría y asociación con adenopatías, que nos orientan hacia distintos diagnósticos diferenciales. El engrosamiento puede ser causado por patologías infecciosas, inflamatorias, isquémicas o neoplásicas. También puede ser un defecto de imagen secundario a segmentos mal distendidos o estar presente en condiciones que favorecen el desarrollo de edema en la pared intestinal como: cirrosis, insuficiencia cardíaca (IC), síndrome nefrótico e hipoalbuminemia. Esta entidad lleva a la realización de estudios endoscópicos para evaluar la presencia de patología subyacente generando un aumento de los costos de atención en salud y la realización de estudios invasivos, sin una guía clínica ni consensos que lo avalen.

Objetivos: Describir los hallazgos endoscópicos en pacientes adultos que se sometieron a dichos estudios por engrosamiento tomográfico de la pared del tracto digestivo. Evaluar otros indicadores de importancia como adenopatías por TC y valores de hemoglobina.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal de pacientes que se realizaron estudios endoscópicos, en la Unidad de Gastroenterología de un Hospital entre Abril de 2017 y Junio de 2025, por engrosamiento parietal diagnosticado por TC.

Resultados: Se incluyó un total de 24 pacientes. La edad media fue de 58 años. En cuanto a la localización del engrosamiento parietal las más frecuentes fueron ciego (25%, N=6) seguido de sigmoides (20.8%, N=5), recto (12.5%, N=3) y antro gástrico (12.5%, N=3). El 58.3% (N=14) de los pacientes presentaron, además, adenopatías. El 37.5% de los pacientes se realizó TC por dolor abdominal. En el 79% (N=19) de los pacientes se encontraron hallazgos patológicos en los estudios endoscópicos de estos el 73.6% (N=14) presentaba lesiones tumorales. En el 89.4% de los pacientes la ubicación del engrosamiento tomográfico fue coincidente con la ubicación endoscópica de la lesión. De los pacientes que presentaron hallazgos patológicos en el estudio endoscópico el 57.8% (N=11) de ellos presentaba adenopatías en la TC. El 54% de los pacientes presentaban anemia al momento del estudio endoscópico.

Conclusiones: En la mayoría de los casos el engrosamiento tomográfico se correspondió con lesiones endoscópicamente significativas, principalmente adenocarcinomas. La anemia y la presencia de adenopatías en la TC podrían ser factores predictivos de patología orgánica.

PÓSTERS

Código: 0222

SOPORTE DE OXÍGENO DURANTE LA SEDACIÓN EN VIDEO-ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA: EFICACIA Y EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL USO DE MASCARILLA FACIAL ENDOSCÓPICA VS CÁNULA NASAL CONVENCIONAL: RESULTADOS DEL ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO RESPIRAR

Modalidad: Trabajos Científicos (presentado En Otro Congreso)

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 4. Endoscopia Miscelánea

PUGA-TEJADA, Miguel1 | MURILLO, Juan1 | ELIAS-BERREZUETA, Cristina1 | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge1 | EGAS-IZQUIERDO, María1 | AREVALO-MORA, Martha1 | TABACELIA, Daniela1 | AVEIGA CEDEÑO, Leonardo Andres2 | ALCÍVAR-VÁSQUEZ, Juan1 | CUNTO, Domenica1 | ROBLES-MEDRANDA, Carlos1

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)1; HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD "EL CRUCE". F. VARELA2

Introducción: La video-endoscopia digestiva alta (VEDA) realizada bajo sedación conlleva un riesgo inherente de compromiso respiratorio, por lo que un soporte de oxígeno eficaz es crucial. Las cánulas nasales convencionales (CNC) pueden ser insuficientes para un soporte respiratorio óptimo, lo que impulsa alternativas como la mascarilla facial endoscópica (MFE). La MFE ofrece un mejor soporte respiratorio sin interferir con el procedimiento endoscópico.

Objetivos: Comparar la eficacia y seguridad de una MFE vs CNC en pacientes sometidos a VEDA bajo sedación, en términos de constantes vitales, eventos adversos asociados a ambas estrategias, y experiencia informada por el paciente.

Material y Métodos: Estudio unicéntrico que incluyó a pacientes encaminados a VEDA y bajo sedación con propofol. Los participantes fueron aleatorizados para recibir oxígeno en cualquiera de los dos grupos. Se registraron los signos vitales electrónicamente durante y después del procedimiento. Se realizó una encuesta ad hoc de medición de la experiencia informada por el paciente (patient-reported experience measures, PREEM).

Resultados: Se incluyeron 104 pacientes (MFE: 52 y CNC: 52). La mediana de edad fue de 59 años (RIC 46.5-67), 71.2% eran mujeres. Se documentó una puntuación prequirúrgica ASA de I en 43%, 52% II y 9% III. No hubo diferencia estadística en las características basales entre los grupos. Durante la VEDA y la recuperación anestésica, la regresión ANOVA reveló disminuciones significativas en la presión arterial sistólica (PAS; p=.042) presión arterial media (p<.01) y presión arterial diastó-

lica (PAD; $p=0.0397$), la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno no mostraron variabilidad significativa a lo largo de los procedimientos endoscópicos. Sin embargo, ocho casos de desaturación con CNC requirieron cambio a MFE ($p=.448$). No se observaron diferencias significativas en la proporción de otros eventos adversos, como maniobras de apertura de la vía aérea, ventilación, movimiento corporal, tos, epistaxis y dolor de garganta. La evaluación mediante PREEM no mostró diferencias significativas entre los grupos, pero los pacientes con MFE informaron una tasa significativamente mayor de asistencia a actividades laborales que el grupo con CNC (21.2% vs 3.8%), mientras que los pacientes con CNC informaron descansar en casa con mayor frecuencia después del procedimiento que el grupo con MFE (46.2% vs 34.6%; $p=.0285$).

Conclusiones: MFE es un dispositivo útil para la maniobrabilidad del endoscopista y para un soporte de oxígeno confortable adicional para el paciente, lo que repercute positivamente en la experiencia de la atención médica. La MFE proporciona una oxigenación efectiva durante la VEDA bajo sedación con propofol, reduciendo los eventos de desaturación en comparación con la CNC, aunque la diferencia no haya sido estadísticamente significativa.

PÓSTERS

Código: 0076

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LITIASIS COLEDOCIANA EN EMBARAZO

Modalidad: Trabajos Científicos

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

FERNANDEZ REYES, Lucas | MIÑO, Gaston

HOSPITAL J.B ITURRASPE

Introducción: El embarazo, entre otros factores, mediante mecanismos hormonales favorecen la estasis biliar, lo que incrementa el riesgo de formación de cálculos biliares. Se estima que una de cada 1200 gestantes presenta migración de cálculos biliares al colédoco, con la consecuente aparición de síntomas. La Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una opción terapéutica de primera línea. **Objetivos:** Comentar la experiencia durante 12 años en el manejo, seguimiento y tratamiento de las pacientes gestantes con síndrome coledociano

Material y Métodos: Estudio descriptivo, de corte transversal, retrospectivo, utilizando base de datos del Servicio de Cirugía General del hospital J.B Iturraspe de gestantes que presentaron síndrome coledociano litiasico en el periodo de enero del 2013 a junio 2025. Se les realizó análisis bioquímicos, ecografía abdominal y obstétrica, y en ocasiones, colangiorensonancia magnética. Valoración pre y posquirúrgica materno-fetal a cargo de Obstetricia y Anestesia.

Resultados: Se identificaron un total de 26 pacientes embarazadas con litiasis coledociana durante el periodo de estudio. La edad promedio fue 25 años y la edad gestacional 19 semanas. En el 65,4% (N=17) de las CPRE la vía biliar quedó expedita en el primer procedimiento. En el 26,92% de los casos (N=7) se colocó stent. En una paciente con colangitis y shock séptico se realizó un drenaje nasobiliar. Solo en un caso se presentó dificultad para la canulación (Grafico 1). El tiempo promedio de la CPRE fue de 21 minutos. Trece pacientes (50%) ya habían sido sometidas a colecistectomía. Siete pacientes luego de la CPRE fueron a colecistectomía laparoscópica. Una gestante de 33 semanas se realizó colecistostomía percutánea por fiebre persistente en un contexto de colecistitis aguda que no resolvió con antibióticoterapia. Los laboratorios de control presentaron hiperamilasemia asintomática en 4 pacientes. No hubo complicaciones con el procedimiento. Dos gestantes requirieron una segunda CPRE durante la misma hospitalización, y una de ellas presentó un tercer ingreso para resolver el cuadro de litiasis múltiples. Una gestante de 22 años con 6 semanas de embarazo, que fue dada de alta con controles obstétricos y quirúrgicos adecuados, presentó un aborto espontáneo dos semanas después de la CPRE. Al término del embarazo, las pacientes que no fueron colecistectomizadas y que presentaban stent de plástico fueron citadas por el Servicio de Cirugía para completar sus tratamientos correspondientes.

Conclusiones: La CPRE es un procedimiento seguro y eficaz en un equipo entrenado y con experiencia en el manejo de la vía biliar. Un enfoque multidisciplinario durante la internación garantiza en las pacientes embarazadas un correcto seguimiento y control del feto y la patología biliar.

PÓSTERS

Código: 0112

EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON APC EN PACIENTES CON REGANANCIA DE PESO POST CIRUGIA BARIATRICA

Modalidad: Trabajos Científicos

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

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 4. Endoscopia Miscelánea

CROCCI, Evelin Mariel | LEDESMA, Cesar | BELLO, Gustavo | SANCHEZ, Christian | CERISOLI, Cecilio | CARO, Luis Ernesto

GEDYT

Introducción: La reganancia de peso es una complicación frecuente tras el bypass gástrico en Y de Roux (RYGB), vinculada en muchos casos a la dilatación de la anastomosis gastroyunal. La coagulación con plasma de argón (APC) ha emergido como una alternativa endoscópica segura y eficaz para reducir su calibre y restaurar parcialmente el mecanismo restrictivo.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia clínica y el perfil de seguridad del APC en pacientes con reganancia ponderal post-RYGB.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo realizado entre 2014 y 2024 en una cohorte de 63 pacientes con antecedentes de RYGB y reganancia de peso, tratados con APC en un centro especializado. Se aplicaron parámetros técnicos estandarizados (70 W, 1 a 1.5 L/min) y se realizó un seguimiento mensual. Se definió eficacia clínica como una reducción mayor o igual al 5% del peso corporal total (PCT) y/o mayor o igual al 10% del exceso de peso recuperado. Se evaluaron además complicaciones y hallazgos endoscópicos.

Resultados: Se incluyeron 63 pacientes, el 84% mujeres. La reganancia observada entre el peso postquirúrgico mínimo y el peso previo al tratamiento fue de 17.4 kg, en un promedio de tiempo de 7.9 años. El 71.4% alcanzó una reducción mayor o igual al 5% del PCT, y el 88.9% logró una pérdida mayor o igual al 10% del exceso de peso recuperado, en un tiempo de seguimiento de 2 a 3 años. Se observó mejor eficacia en pacientes con anastomosis dilatada mayor a 20 mm (75.0%) en comparación con aquellos menor a 20 mm (67.7%). La tasa de complicaciones fue del 7.9%, incluyendo únicamente eventos moderados a severos (estenosis, hemorragia, perforación). Se identificó esófago de Barrett en el 11.1% de los pacientes, si bien el RYGB ha sido considerada una cirugía con efecto protector frente

Conclusiones: El tratamiento con APC demostró ser eficaz y seguro en pacientes con reganancia ponderal tras RYGB, con mejores resultados en aquellos con anastomosis significativamente dilatada. Estos datos superan ligeramente lo reportado en la literatura internacional, lo que podría atribuirse a un protocolo de seguimiento intensivo y el uso de parámetros técnicos uniformes. Su bajo perfil de complicaciones y la posibilidad de aplicación ambulatoria respaldan su inclusión en el abordaje multidisciplinario de la reganancia. Este estudio aporta evidencia nacional relevante y plantea que la estandarización del tratamiento y el seguimiento estructurado podrían optimizar los resultados. Se sugieren futuros estudios prospectivos con mayor tamaño muestral y evaluación de parámetros metabólicos para validar estos hallazgos.

PÓSTERS

Código: 0127

QUISTE DE DUPLICACION INTESTINAL COMO CAUSA INFRECUENTE DE PANCREATITIS AGUDA, RESOLUCION ENDOSCÓPICA

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 5. Vesícula y vías biliares 5.1. Litiasis biliar

TRIMARCO, Maria de Los Angeles | SEQUEIRA, Agustín | MICONI, Diego Gabriel | GARCÍA ALLENDE, Leonardo | BERSANO, Fernanda Valentina | RASTELI, Laureano | YANEZ, Carolina Daiana | TONN, Eugenio Federico

HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD

Introducción: El quiste de duplicación duodenal es una anomalía congénita poco frecuente que puede permanecer asintomática hasta la edad adulta. Las manifestaciones clínicas incluyen dolor abdominal, náuseas o vómitos. Se han descrito casos en adultos de pancreatitis aguda y obstrucción biliar. El adecuado diagnóstico y la elección del tratamiento son de relevancia para un correcto abordaje. Dado que las alternativas endoscópicas podrían ser efectivas y de menor impacto en la morbilidad que la cirugía, se ha descrito a la marsupialización endoscópica como una técnica que consiste en establecer una comunicación entre la cavidad del quiste y la luz duodenal.

Objetivos: Presentar la resolución endoscópica de un quiste de duplicación intestinal en un paciente con pancreatitis aguda.

Caso Clínico: Paciente femenino de 31 años de edad sin antecedentes conocidos consulta por dolor abdominal localizado en epigastrio irradiado a ambos hipocondrios y región dorsal de 6 horas de evolución. En el laboratorio inicial presenta leucocitosis y amilasa de 980 UI/L, y se interna por cuadro de pancreatitis aguda. Para su estudio etiológico, se solicitó una colangio-resonancia que evidencia en colédoco distal imagen con contenido líquido y litiasis en su interior, sugerente de coledocolitiasis. Con este hallazgo imagenológico, se realizó una ecoendoscopia que informa imagen que se origina de la tercera capa de la pared intestinal con múltiples imágenes litíasicas, por lo que se plantea como diagnóstico diferencial un quiste de duplicación intestinal. Se realiza colecistectomía laparoscópica con colangiografía intraoperatoria y colocación de guía transcística, para luego realizar duodenoscopia que visualiza un gran bombamiento yuxtapapilar y salida de guía hacia duodeno. En este último procedimiento, con papilotomía aguja, se realiza apertura del quiste con drenaje de su contenido y con asa de polipectomía se toma macrobiopsia de la pared del mismo. La anatomía patológica informa epitelio vellositario enteral compatible con quiste de duplicación duodenal. La paciente evolucionó favorablemente y se otorga alta hospitalaria a las 24 horas.

Resultados: La cuidadosa valoración del quiste de duplicación duodenal permite

diferenciarla de otras lesiones, como el coledococoele. Más aún en cuadros de pancreatitis aguda, en la cual el diagnóstico etiológico y el abordaje terapéutico menos invasivo podrían mejorar el pronóstico y evolución de los pacientes. Teniendo en cuenta, que el quiste de duplicación intestinal es una entidad benigna con baja tasa de malignización, debería considerarse la posibilidad de tratamiento endoscópico como alternativa segura y eficaz en el manejo de estas lesiones. El seguimiento a largo plazo de pacientes sometidos a resección parcial es importante para reducir complicaciones.

Conclusión: La marsupialización endoscópica es una modalidad de tratamiento mínimamente invasivo alternativo a la cirugía que podría considerarse de elección en pacientes con quistes de duplicación duodenal.

PÓSTERS

Código: 0237

IMPACTACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN FOSA APENDICULAR: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 4. Endoscopia Miscelánea

AMUS, Camila | MARTINEZ DI SERA, Sofia | CHAMBA ROSILLO, Tatiana | PÉREZ GARCÍA, Jorge Luis | ALSINA, Fernanda | AGUILAR, Carla | MIMURA, Humberto | PAZMIÑO, Karen | OJEDA MALLA, Julia Margoth | CALLE CALLE, Santiago Geovanny | FUGAZZA, Laura

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS PEDRO FIORITO DE AVellaneda

Introducción: La ingesta accidental de cuerpos extraños es muy frecuente en la población general. En el 80-90% de los casos la resolución es espontánea, ya que el objeto logra atravesar el tracto digestivo sin causar daños. La prevalencia de impactación en el colon es baja, y solo un pequeño porcentaje requiere intervención médica o quirúrgica. Los objetos que llegan a impactarse en colon suelen hacerlo nivel de válvula ileocecal, ciego, apéndice, ángulos colónicos o unión rectosigmoidea. Dado su baja frecuencia estos casos siguen planteando desafíos terapéuticos.

Objetivos: Presentar un caso inusual de impactación de un clavo metálico en apéndice, analizando las dificultades en la toma de decisiones en la terapéutica endoscópica.

Caso Clínico: Se presenta un caso clínico de ingesta accidental de cuerpo extraño metálico punzante con impactación cecal.

Resultados: Paciente masculino de 19 años sin antecedentes personales, consulta 24 horas posterior a la ingesta accidental de cuerpo extraño (clavo metálico de 2.5 cm de largo). Al examen físico paciente asintomático, afebril, hemodinámicamente estable. Se realiza radiografía de abdomen que muestra objeto en fosa ilíaca derecha, sin signos de perforación y control radiológico a las 24 hs sin progresión del mismo. Tomografía de abdomen sin contraste reporta objeto en fondo cecal, por lo que se decide internación con inicio de antibiótico terapia profiláctica y estimulación colónica con laxantes bajo observación estricta. Frente a la permanencia del cuerpo extraño en topografía cecal habiendo transcurrido 4 días desde la ingesta se plantea en consenso con servicio de cirugía general realizar colonoscopia. Se avanza hasta íleon terminal, encontrándose cuerpo extraño impactado en orificio apendicular, se desimpacta con pinza de cuerpo extraño, se enlaza con ansa y extrae cuidadosamente, sin complicaciones inmediatas. Control por tomografía de abdomen contrastada sin hallazgos patológicos. El paciente evoluciona favorablemente, permaneciendo asintomático, tolerando dieta y con catarsis positiva, por lo cual es externado con seguimiento ambulatorio.

Conclusión: La impactación de los cuerpos extraños en colon deben contar con un seguimiento clínico estricto y un abordaje interdisciplinario para determinar la mejor vía de resolución del cuadro. Este caso pone en evidencia una presentación atípica de ubicación de cuerpo extraño en el orificio apendicular cuyo abordaje endoscópico demostró un resultado eficaz y seguro, evitando la intervención quirúrgica en un paciente joven disminuyendo así su morbilidad.

PÓSTERS

Código: 0129

RESECCIÓN ENDOSCÓPICA CON TUNELIZACIÓN SUBMUCOSA DE LESIÓN SUBEPITELIAL RECTAL

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Colon
ALMARAZ, Marianella | ABOY, Pablo José María | CAMPOS MENDOZA, Jannina | BEZZONI, Pablo | PALMA, Agustina | YANTORNO, Martin | TUFARE, Francisco

HIGA San Martín La Plata

Introducción: Las lesiones subepiteliales del tracto digestivo representan un desafío diagnóstico y terapéutico. Su abordaje depende del tamaño, localización y sospecha etiológica. En los últimos años, el desarrollo de técnicas endoscópicas avanzadas ha permitido el tratamiento mínimamente invasivo de estas lesiones, incluso aquellas que comprometen la capa muscular propia. Una de estas técnicas

es la resección endoscópica con tunelización submucosa (STER, por sus siglas en inglés) que permite un acceso seguro a la lesión a través de un túnel submucoso, preservando la mucosa suprayacente y reduciendo el riesgo de perforación libre.

Objetivos: Describir la aplicación de la técnica STER para la resección de una lesión subepitelial del recto y destacar su factibilidad, seguridad y eficacia en esta localización anatómica poco habitual para el procedimiento.

Caso Clínico: Paciente femenina de 71 años, en la que se detectó en forma incidental una lesión subepitelial de 15 mm aproximadamente en recto inferior, durante una videocolonoscopia de tamizaje. La ecoendoscopia rectal reveló una lesión hipocóica, de bordes regulares, homogénea, mayor a 15 mm de diámetro, dependiente de la muscular propia, con hallazgos sugerentes de tumor del estroma gastrointestinal (GIST). Dada su localización y características, se decidió realizar resección endoscópica mediante técnica STER.

Resultados: El procedimiento se realizó bajo sedación profunda con un gastroscopio. Se efectuó un ojal mucoso 3 cm distales a la lesión con cuchillo ESD Micro-Tech de 2 milímetros tipo O, seguido de la creación de un túnel submucoso. La resección en bloque fue lograda sin complicaciones. El cierre del defecto mucoso se realizó con la colocación de cinco clips endoscópicos. La paciente evolucionó sin eventos adversos y fue dada de alta a las 24 horas. El análisis histopatológico posterior confirmó el diagnóstico de leiomioma con márgenes libres.

Conclusión: La técnica STER representa una opción segura y eficaz para la resección de lesiones subepiteliales profundas en localizaciones complejas como el recto. Su principal ventaja radica en la preservación de la integridad mucosa, lo que favorece una recuperación rápida y disminuye el riesgo de complicaciones. Este caso ejemplifica su aplicabilidad fuera del esófago y estómago, extendiendo sus indicaciones en el tracto digestivo inferior.

PÓSTERS

Código: 0198

REPORT DE CASO: CARCINOMA ESCAMOSO IN SITU DE LA UNIÓN ESÓFAGO-GÁSTRICA CON TRATAMIENTO CON MUCOSECTOMÍA MULTIBANDAS

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno

GROISMAN, Martin | FIRVIDA, Sofia | DI DOMÉNICO, Diego Salvador | ESCOBAR FERNANDEZ, Rafael

SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ

Introducción: El cáncer esofágico es el séptimo tumor maligno más frecuente y la sexta causa de muerte por cáncer a nivel mundial. El carcinoma escamoso es el subtipo más común globalmente, aunque en los países occidentales predomina el adenocarcinoma. La localización habitual del carcinoma escamoso es en los dos tercios superiores del esófago, siendo menos frecuente en el tercio inferior. La supervivencia a 5 años es menor al 25%, debido al diagnóstico tardío, con un 40% de los casos presentando metástasis al momento del diagnóstico. En poblaciones de alto riesgo se recomienda la cromoendoscopia con Lugol, que tiene una sensibilidad del 92-100% para detectar displasia escamosa, aunque con especificidad variable. La resección endoscópica es el tratamiento de elección en estadios tempranos.

Objetivos: Describir un caso de carcinoma escamoso in situ de la unión esofagogástrica en un paciente de alto riesgo, tratado mediante resección endoscópica mucosa con ligadura multibanda.

Caso Clínico: Paciente masculino de 78 años, ex tabaquista severo, con antecedentes de adenocarcinoma gástrico tratado con gastrectomía subtotal y quimioterapia adyuvante con CAPOX en 2023, y comorbilidades cardiovasculares. En endoscopia de control se identificó lesión plana elevada de 12 mm, y otra adyacente de 8 mm, ambas con pérdida de tinción al Lugol, adyacentes a unión esofagogástrica. Se realizó mucosectomía con bandas sin complicaciones. La anatomía patológica informó carcinoma escamoso in situ con márgenes libres en la lesión mayor, y displasia escamosa de bajo grado con márgenes libres en la menor. El paciente evolucionó sin complicaciones en el post-procedimiento y continúa en seguimiento.

Resultados: El paciente tenía factores de riesgo relevantes: sexo masculino, edad avanzada y tabaquismo. La lesión fue clasificada como T1a (M1), N0, M0. La resección endoscópica mucosa (EMR) es apropiada en lesiones M1 o M2, evitando cirugía mayor. La técnica de ligadura con bandas permite reseccionar en bloques lesiones menores de 20 mm limitadas a la mucosa, sin requerir inyección submucosa. Se han reportado tasas de curación superiores al 95%, con recurrencia local del 2.4% y complicaciones menores al 2%. Comparada con la disección submucosa endoscópica (ESD), la EMR tiene menor tasa de resección en bloque y mayor recurrencia, pero es más rápida, segura y accesible.

Conclusión: El carcinoma escamoso esofágico continúa siendo un desafío por su alta mortalidad. La identificación de pacientes de riesgo y el uso de técnicas diagnósticas como la cromoendoscopia vital con lugol permiten detectar precozmente lesiones esofágicas escamosas. La mucosectomía multibanda es una opción eficaz y segura en lesiones in situ menores a 20 mm, con alta tasa de resecciones curativas y bajo riesgo de complicaciones. La selección adecuada del paciente y de la técnica son fundamentales para optimizar los resultados.

PÓSTERS

Código: 0130**SÍNDROME DE BOERHAAVE COMPLICADO CON MEDIASTITIS: RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA***Modalidad: Casos Clínicos**Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno**ARCE, Eugenia | OLMOS, Juan Ignacio | BORTOT, Lorena | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban***HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN" - UBA**

Introducción: El síndrome de Boerhaave consiste en una perforación espontánea del esófago potencialmente mortal, provocando mediastinitis grave, sepsis y en consecuencia, muerte. Afecta con mayor frecuencia a los varones entre 50 y 70 años de edad. Clínicamente conforma la tríada de Mackler: vómito, dolor torácico intenso y enfisema subcutáneo cervical. El retraso en el diagnóstico explica su alta tasa de mortalidad, de hasta el 40-60% en los pacientes tratados a las 48 horas. Aunque su incidencia no está clara, algunos estudios la estiman en aproximadamente 3 casos por 1.000.000 personas al año.

Objetivos: Reconocer la importancia del diagnóstico temprano del síndrome de Boerhaave para mejorar el pronóstico y evaluar el abordaje endoscópico como una opción terapéutica eficaz y segura.

Caso Clínico: Varón de 72 años que consulta por dolor torácico y disnea CF III 48 horas posteriores a un episodio de vómito de contenido alimenticio. Ingresó hemodinámicamente estable, febril con enfisema subcutáneo cervical y dificultad respiratoria por lo que se decide intubación orotraqueal. Laboratorio con marcada leucocitosis, tomografía de tórax que evidencia la presencia de neumomediastino con múltiples burbujas peri-esofágicas, engrosamiento de la mucosa esofágica, múltiples ganglios mediastinales de aspecto reactivo y derrame pleural bilateral. Se interpreta el cuadro como perforación esofágica con mediastinitis y empiema por lo que se realiza un manejo multidisciplinario entre cirugía de tórax y gastroenterología. Se procede a realizar decorticación pleural, colocación de drenaje torácico izquierdo y yeyunostomía. Posteriormente se realiza la videoendoscopia digestiva alta encontrándose a 20 cm de ADS, dos orificios enfrentados de aproximadamente 20 mm en las paredes anterior y posterior del esófago, con salida de material purulento; y observándose la mucosa pleural compatible con perforación esofágica. Se avanza un stent metálico autoexpandible totalmente cubierto con fijación mediante tres clips metálicos. A las 72 hs evoluciona afebril, mejorando los parámetros respiratorios por lo que se realiza su extubación y retiro del drenaje pleural. Una semana después, se evalúa tolerancia a la vía oral reiniciando dieta blanda. A las 4 semanas se decide retirar el stent bajo guía endoscópica donde se evidencia la correcta cicatrización del tejido con mucosa sana y tejido de granulación.

Conclusión: La perforación esofágica secundaria a Síndrome de Boerhaave es una complicación grave y de mal pronóstico si no se detecta a tiempo ya que se ha demostrado que perforaciones detectadas antes de las 24hs tienen una mortalidad aproximada de 10 a 20% aumentando al doble en perforaciones detectadas tardíamente. Este caso resalta la importancia de considerar el síndrome de Boerhaave como diagnóstico diferencial ante un cuadro de dolor torácico posterior a vómitos. La evolución clínica favorable del paciente demuestra que con un diagnóstico oportuno, el abordaje endoscópico puede ser una alternativa segura y eficaz al tratamiento quirúrgico tradicional.

PÓSTERS

Código: 0082**DILATACIÓN ESOFÁGICA COMPLEJA ASISTIDA POR TÉCNICA "RENDEZ VOUS"***Modalidad: Casos Clínicos**Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno**ROMERO, María Josefina | MOREIRA GRANDA, Edison Javier | GUERRIERI, Itati | ALDAO, María Celeste | LÓPEZ ROMERO, Lenin Andres | DOMINGUEZ VACACELA, Elio Dario | VARELA, María Julia | BRACONE, Hernán | PINASCO, Rosalba | TORRICO PAZ, Oscar José | SAA, Emilia Cristina***HOSPITAL DR. IGNACIO PIROVANO**

Introducción: La técnica "Rendez Vous" es un procedimiento que combina dos abordajes para facilitar el acceso o tratar patologías difíciles de alcanzar por una sola vía. Se utilizó dicha técnica combinando un abordaje retrógrado vía endoscópica y anterógrado oral para recanalizar una estenosis esofágica compleja al no tener guía fluoroscópica disponible.

Objetivos: Exponer un caso clínico sobre la implementación de una técnica segura y práctica para controlar una dilatación esofágica con el fin de asegurar su éxito terapéutico, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Caso Clínico: Paciente masculino de 42 años de edad, con antecedente de perforación esofágica secundaria a ingestión de hueso de pollo que requirió esofagectomía y gastrostomía para alimentación, consulta por disfagia esofágica a sólidos progre-

siva asociada a pérdida de peso de más de 10 kg. Se realiza videodeglución que evidencia pasaje de contraste a vía aérea. Se realizan dos endoscopias altas que evidencian estenosis tubular puntiforme infranqueable a 15 cm de la arcada dental superior y se realizan dilataciones con balón hidráulico hasta 12 mm que resultaron inefectivas. En una tercer endoscopia, se accede con endoscopio slim de 5,5 mm a través de gastrostomía hasta el extremo distal de la estenosis, con gastroscopio estándar se accede por cavidad oral hasta extremo proximal. Sin fluoroscopia, la visión retrógrada identificó la luz verdadera. Se atravesó la estenosis, se exteriorizó guía y se dilató con balón CRE progresivamente de 8 a 18 mm. Sin complicaciones. El paciente evoluciona favorablemente, sin disfagia, hasta su cirugía de reconstrucción del tránsito esofágico.

Conclusión: El abordaje "Rendez Vous" es una opción eficaz y segura en procedimientos terapéuticos. La literatura reporta un éxito del 90% y un riesgo de perforación del 5%. Su aplicación permite una mejor visualización y control del procedimiento, sobre todo en centros que no cuentan con fluoroscopia. En este caso, el abordaje facilitó la dilatación progresiva y exitosa mejorando la calidad de vida del paciente.

PÓSTERS

Código: 0248**SANGRADO INTESTINAL RECURRENTE EN RENDUN-OSLER-WEBER: ABORDAJE INTEGRAL Y AVANCES EN EL MANEJO***Modalidad: Casos Clínicos**Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 4. Endoscopia Miscelánea**Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 2. Estómago - duodeno 2.6. Miscelánea**CONDOR, Lizett | GARBI, María Laura | GONZALES, Lara | PALMA, Agustina | TUFARÉ, Francisco | YANTORNO, Martín***HIGA San Martín La Plata**

Introducción: El síndrome de Rendu-Osler-Weber es una enfermedad autosómica dominante. Las mutaciones más comunes se encuentran en los genes ENG y ACVRL1, que están involucrados en la angiogénesis y en la proliferación y diferenciación de las células endoteliales. El diagnóstico es principalmente clínico, basado en los criterios de Curazao: epistaxis espontánea y recurrente, telangiectasias múltiples en sitios característicos, malformaciones arteriovenosas viscerales y un familiar de primer grado con HHT. La presencia de tres o más criterios se considera diagnóstica. El tratamiento de primera línea se basa en la terapia de reemplazo de hierro y tratamiento endoscópico de lesiones vasculares del tubo digestivo, siendo el APC de elección. Las intervenciones endoscópicas reiteradas están desaconsejadas si no se han logrado controlar los síntomas después de las primeras 3 intervenciones. El bevacizumab ha demostrado ser efectivo en el tratamiento de esta enfermedad en casos severos o refractarios al tratamiento convencional.

Objetivos: Analizar las nuevas perspectivas en el manejo del sangrado intestinal en el síndrome de Rendun-Osler-Weber, con énfasis en la evolución del tratamiento desde las técnicas endoscópicas, como el argón plasma (APC), hasta el uso de agentes biológicos antiangiogénicos como el bevacizumab, valorando su eficacia, indicaciones y aplicación clínica.

Caso Clínico: Paciente masculino de 56 años con antecedentes familiares de síndrome Rendun-Osler-Weber. Debuta en 2016 con episodios repetidos de epistaxis y melena, con anemia ferropénica con alto requerimiento transfusional (semanal). Desde 2016 a 2020 se realizaron múltiples estudios endoscópicos con evidencia de lesiones vasculares tipo telangiectasias, que fueron tratadas con APC, sin control de los síntomas. En comité multidisciplinario se decide iniciar tratamiento con bevacizumab con respuesta favorable inmediata, sin presentar efectos adversos.

Resultados: Actualmente se encuentra en tratamiento de mantenimiento, asintomático, sin requerimientos transfusionales hasta la fecha.

Conclusión: El manejo de la hemorragia digestiva en el síndrome de Rendun-Osler-Weber ha experimentado una evolución significativa, desde el manejo endoscópico para el control inmediato y localizado del sangrado hasta llegar al uso de anticuerpos monoclonales antiangiogénicos, como el bevacizumab que ha demostrado ser un tratamiento seguro y efectivo en el manejo de casos severos y refractarios al enfoque convencional de estos pacientes.

PÓSTERS

Código: 0251**HEMATOMA ESPLENICO: UNA RARA COMPLICACIÓN DE LA VIDEOCOLONOSCOPIA***Modalidad: Casos Clínicos**Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno**CEREDA, María Valentina1 | CEREDA, María Valentina2***HOSPITAL EL CARMEN1; HOSPITAL EL CARMEN - OSEP -2**

Introducción: La VCC es un procedimiento diagnóstico y terapéutico ampliamente

utilizado, cuya incidencia de complicaciones graves es baja. Entre las complicaciones más frecuentes de la VCC se encuentran la perforación intestinal y el sangrado. Otras menos comunes incluyen neumotórax, neumomediastino, vólvulo, encarceración de hernias, absceso retroperitoneal, enfisema subcutáneo, bacteriemia, endocarditis, reacciones vagas y broncoespasmo con insuficiencia respiratoria. No obstante, entre estas, el hematoma esplénico representa una entidad clínica inusual pero potencialmente letal, con una incidencia reportada de 0.004%. El primer caso documentado fue descrito en 1974 por Wherry y Zehner. Los mecanismos patogénicos que provocan lesión esplénica no están completamente dilucidados; sin embargo, se han propuesto el trauma directo, la distensión colónica por insuflación de aire y la tracción excesiva del ligamento esplenocólico. Los pacientes con esplenomegalia o adherencias peritoneales presentan mayor riesgo. El diagnóstico de hematoma esplénico posterior a la VCC puede resultar desafiante, dado que sus manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas y su detección, tardía.

Objetivos: Analizar las complicaciones infrecuentes derivadas de procedimientos endoscópicos en un hospital del centro de la provincia de Mendoza

Caso Clínico: Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino, de 59 años de edad, sin antecedentes relevantes que se realizó VCC para prevención de cáncer de colon. Consultó en la guardia externa por dolor abdominal de 10 días de evolución, que comenzó inmediatamente posterior a la VCC, y empeoramiento del mismo. Al examen físico, la paciente se encontraba hemodinámicamente estable, con abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo (intensidad 7/10), con signos de defensa, ruidos hidroaéreos presentes y sin signos de peritonismo. Tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis evidenció colección subcapsular a lo largo del borde lateral del bazo con densidades mixtas. Servicio de Cirugía indicó drenaje subcutáneo guiado por TC objetivando contenido hemático, presentando posteriormente caída significativa de hematocrito y hemoglobina, aumento del dolor abdominal y descompensación hemodinámica. En laparotomía exploratoria de urgencia se objetiva ruptura esplénica con coágulos adheridos. Se procedió a realizar esplenectomía en fragmentos sin complicaciones.

Resultados: -

Conclusión: Es importante considerar la ruptura esplénica como diagnóstico diferencial en pacientes que presentan dolor abdominal persistente, signos clínicos como el signo de Kehr positivo y anemia aguda tras una VCC, una vez descartadas complicaciones más frecuentes como la perforación intestinal y el sangrado activo. Es fundamental mantener un alto índice de sospecha, monitorizar estrechamente al paciente y llevar a cabo una investigación diagnóstica oportuna y exhaustiva.

PÓSTERS

Código: 0263

DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA DE TUMOR NEUROENDÓCRINO RECTAL

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Colon
BACIGALUPO, Delfina Maria | FIRVIDA, Sofia | VISSO, Ana Laura | ESCOBAR, Rafael

SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ

Introducción: Los tumores neuroendócrinos rectales (TNE-r) son neoplasias epiteliales originadas en las células neuroendocrinas del recto y representan el 2° sitio en frecuencia de tumores neuroendocrinos del tracto gastrointestinal, con una incidencia en aumento debido a la utilización de la colonoscopia (VCC) para la pesquisa del cáncer colorrectal. La mayoría de los TNE-r son asintomáticos y diagnosticados de forma incidental durante la VCC. Suelen ser bien diferenciados, de bajo grado (G1 o G2), <10 mm, carecen de invasión linfovascular y presentan un riesgo metastásico <3%, por lo que la resección endoscópica es la terapéutica de elección. Dentro de las técnicas de resección se encuentran la resección mucosa endoscópica (EMR) convencional, EMR modificada, EMR bajo agua, la disección endoscópica submucosa (ESD) y la resección endoscópica transmural (eFTR).

Objetivos: Presentación de caso de disección endoscópica submucosa (ESD) de TNE rectal con margen de resección profundo comprometido (R1).

Caso Clínico: Paciente femenina de 66 años con evidencia de lesión subepitelial rectal en VCC pesquisa. Ecoendoscopia con punción: TNE de 2° y 3° capa de 9.2 x 5.7mm. Se realiza ESD. Se recibe anatomía patológica (AP): TNE bien diferenciado (G1) con margen inferior en contacto con lesión. VCC control: cicatriz de 6 mm blanco nacarada con vasos de neoformación y consistencia dura a la tracción con pinza, aspecto fibrótico, sin lesión residual, se biopsia. AP: mucosa con histioarquitectura preservada. Comité de tumores indica manejo conservador y vigilancia endoscópica.

Resultados: Dentro de las terapéuticas endoscópicas para TNE-r <10 mm, la ESD presenta una tasa de resección completa (R0) del 89% y <1% de recurrencia local, la EMR modificada con bandas una tasa R0 del 95% y la eFTR del 100%. El manejo conservador tras una resección endoscópica de un TNE-r <10 mm con margen profundo comprometido (resección R1) sin invasión linfovascular ni metástasis a distancia, es un tema debatido, pero avalado por la evidencia. Diversos estudios han documentado una tasa de recurrencia del 0% tras un seguimiento a 2 años. La resección de la cicatriz es una alternativa posible, pero no ha demostrado un beneficio claro en términos de supervivencia a largo plazo. A la vez, en caso de recurrencia, el crecimiento lento de estas lesiones permitiría considerar una eFTR como estrategia terapéutica.

Conclusión: La evidencia indica que en pacientes con TNE-r <10 mm, G1 y resección R1, sin invasión linfovascular ni metástasis a distancia, como el caso de nuestra paciente, la progresión tumoral es poco frecuente y la supervivencia libre de progresión es alta, permitiendo un seguimiento conservador mediante la vigilancia endoscópica activa.

PÓSTERS

Código: 0261

QUE MALA ESPINA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 2. Estómago - duodeno 2.6. Miscelánea

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

VALLEJOS ZOILO, Eliana Jacqueline | RIVEROS, Ignacio | KNAUS, Samuel | GIMENEZ, Romina Magali | RIOS ALONSO, Marina

HOSPITAL INTERDISTRITAL EVITA DE FORMOSA

Introducción: La perforación gástrica secundaria a cuerpo extraño es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave. Tradicionalmente el manejo de este tipo de patologías era quirúrgico, pero con los avances en endoscopia terapéutica, se han logrado resolver estas patologías de manera mínimamente invasiva.

Objetivos: El objetivo de esta presentación es describir el abordaje diagnóstico y terapéutico por vía endoscópica y quirúrgica del caso de un paciente con perforación gástrica secundaria a cuerpo extraño, destacando la importancia de tener siempre la sospecha, detectarlo tempranamente y abordar de manera multidisciplinaria.

Caso Clínico: Se detalla, a continuación, el caso de un paciente masculino de 65 años con antecedentes de HTA que consultó por presentar dolor abdominal localizado en epigastrio e hipocondrio derecho de 24hs de evolución, tipo punzante que fue aumentando a una intensidad 8/10, asociado a distensión abdominal, que inició posterior a ingesta de alimentos copiosos (pescado). Al examen físico se encontraba estable hemodinámicamente, afebril, sin requerimiento de oxígeno, con tránsito intestinal conservado. Abdomen tenso y doloroso a la palpación a nivel de hemiabdomen superior. Se realiza radiografía de tórax y abdomen donde se constata signo de Jobert, por lo cual se decide realizar TC. TC informo: a nivel gástrico en región prepilórica imagen lineal hiperdensa atribuible a cuerpo extraño que condiciona área de solución de continuidad con presencia de trayecto de burbujas aéreas y general neumoperitoneo anterior, con rarefacción de la grasa circundante. Laboratorio con elevación de reactantes de fase aguda. Se decide realizar VEDA, en la cual se visualiza en región antro pilórica cuerpo extraño tubular con bordes afilados que perforaba la pared gástrica, se realizó extracción del mismo con pinza de cuerpo extraño y se procedió a realizar cierre del defecto con hemoclips de 13mm y 17mm, colocándose luego sonda nasoyeyunal k108. Posteriormente se realizó laparoscopia exploradora y se constató fibrina asociada a plastrón en zona de antro pilórico, se decidió realizar maniobras hidroneumáticas constatándose fuga aérea, por lo cual se procedió a realizar gastrorrafia con sutura barbada 2/0. Se colocaron drenajes ofrecido a la zona quirúrgica.

Resultados: Evolucionando posteriormente estable, afebril, con mejoría del cuadro clínico, recibiendo alimentación por sonda nasoyeyunal, iniciando al quinto día postoperatorio ingesta por vía oral con buena tolerancia. Cumplió 7 días de antibióticoterapia endovenosa y se le fueron retirando los drenajes de manera progresiva, siendo externado al séptimo día postoperatorio.

Conclusión: Los cuerpos extraños localizados a nivel gástrico son patologías comunes, sin embargo, cuando generan perforación del órgano hueco se transforma en una complicación. La combinación del abordaje endoscópico y laparoscópico representa una alternativa segura y eficaz en casos seleccionados de perforación gástrica, subrayando la importancia de individualizar el manejo y aprovechar las herramientas mínimamente invasivas cuando estén disponibles.

PÓSTERS

Código: 0225

MANEJO HÍBRIDO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL RECURRENTE EN SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.5. Miscelánea

GALVÁN CLAROS, Mariana Elizabeth1 | LÓPEZ, Sergio1 | VALDIVIEZO, Erica1 | DIEHL, Fernando2 | VILLEGAS, Manuel1 | SANTILLÁN MÁRQUEZ, María Eugenia1 | PATRON COSTAS, Lucas1

HOSPITAL SAN BERNARDO1; SAN BERNARDO2

Introducción: El síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es una enfermedad polipósica

autosómica dominante poco frecuente, caracterizada por pólipos hamartomatosos gastrointestinales y pigmentación mucocutánea. Sus complicaciones incluyen sangrado e intususcepción del intestino delgado, con riesgo de cirugía de emergencia.

Objetivos: Describir el manejo de un caso de obstrucción intestinal recurrente por SPJ, abordado mediante laparotomía asociada a enteroscopia intraoperatoria.

Caso Clínico: Paciente masculino de 20 años, con SPJ diagnosticado a los 11 años y antecedente de enterotomía en 2022 por oclusión intestinal, además de múltiples intususcepciones por pseudocclusión, con controles endoscópicos anuales a la espera de una enteroscopia. Consultó en guardia por dolor abdominal de 3 días, predominante en fosa ilíaca izquierda, acompañado de vómitos. Laboratorio: hematócrito 32.6%, hemoglobina 10.3 g/dl, leucocitos 5080 x10⁹/L, plaquetas 435 x10⁹/L. Se solicitó una tomografía contrastada que mostró intususcepción yeyunal proximal e íleo-ileal, con engrosamiento mural y pólipos endoluminales. Se indicó laparotomía con enteroscopia intraoperatoria: se halló intususcepción a 20 cm de asa fija por pólipo, realizándose resección de 10 cm de intestino. A través de la enterotomía se avanzó el endoscopio hacia proximal, extrayéndose tres pólipos pediculados (15–20 mm) con asa. Luego hacia distal se identificaron múltiples pólipos (6–30 mm), reseccionándose 12 adicionales de mayor tamaño. Se completó con anastomosis término-terminal. La histología confirmó 15 pólipos hamartomatosos sin displasia.

Resultados: El paciente evolucionó favorablemente, sin recurrencias del cuadro.

Conclusión: Se resalta la utilidad del abordaje híbrido en centros que no disponen de enteroscopia, permitiendo prolongar el intervalo entre laparotomías, minimizar complicaciones y preservar mayor longitud intestinal.

PÓSTERS

Código: 0226

SÍFILIS RECTAL: FÁCIL DE TRATAR ¿DIFÍCIL DE DIAGNOSTICAR?

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 7. Enfermedades infecciosas 7.4. Mixelánea

BRIZUELA, Johanna Paola Pilmaiquen | FIRVIDA, Sofia | LOMBARDI, Giuliana | LEW, Javier | GONZALEZ BAUER, Tabaré | ESCOBAR, Rafael

SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ

Introducción: La sífilis es una enfermedad sistémica causada por la espiroqueta *Treponema Pallidum* (TP), se transmite principalmente por vía sexual y se reporta una incidencia en aumento a nivel global. En su estadio primario se observa típicamente en el sitio de inoculación una lesión única, ulcerada e indolora conocida como chancro, observada por lo general en genitales o región perianal. La presentación rectal, sífilis rectal, es rara y variable, en los reportes de casos se ha descrito en forma de fisura anal, úlceras perianales, úlcera rectal, proctitis e incluso como pseudotumor, por lo que puede confundirse fácilmente con patologías no venéreas si no se tiene una alta sospecha diagnóstica.

Objetivos: Presentar un caso de sífilis rectal primaria, patología anorrectal infrecuente que se presentó como una lesión sospechosa de neoplasia.

Caso Clínico: Paciente masculino de 51 años, sin antecedentes relevantes, consulta por alteración del ritmo evacuatorio y detección de una masa rectal durante la autoexploración. Rectoscopia: lesión indurada y sangrante localizada a 5 cm del margen anal, inicialmente sugestiva de neoplasia. Dosaje de CEA 19.9 dentro de valores normales y Resonancia magnética (RMN) de recto: engrosamiento anterior del recto inferior y adenopatías meso rectales (Figura 1). Videocolonoscopia: recto inferior úlcera única de 20 mm de diámetro con fondo de fibrina y bordes definidos (Figura 2). Por sospecha de origen infeccioso, además de muestras para estudio histopatológico se tomaron biopsias para PCR de tuberculosis, citomegalovirus y serologías para infecciones de transmisión sexual (ITS). Informe de laboratorio: VDRL de 64 dil, FTA Abs positiva; resto de serologías y PCR negativas. Informe histopatológico: mucosa con intenso infiltrado linfoplasmocitario mediante tinción con hematoxilina y eosina (Figura 3) y múltiples microorganismos compatibles con espiroquetas a través de la tinción de Warthin-Starry (Figura 4). Se interpreta cuadro como sífilis rectal primaria manifestada con chancro rectal, con exclusión de patología neoplásica. Fue tratado con una dosis de penicilina G benzatínica 2.4 millones UI. Al tercer mes de seguimiento, el paciente presentó remisión completa del cuadro clínico y endoscópico (Figura 5), con normalización de los parámetros bioquímicos, incluyendo la negativización del VDRL.

Resultados: La sífilis, como toda ITS, es prevenible pero también estigmatizante, lo que puede dificultar su diagnóstico dado que muchas veces los pacientes niegan o evitan comentar conductas sexuales de riesgo. El equipo médico debe estar siempre alerta y explicar que su libre evolución puede derivar en serios problemas de salud. El diagnóstico se realiza a través de métodos directos, que detectan al TP o indirectos (serológicos), que detectan los anticuerpos generados contra el TP, mediante pruebas no treponémicas como el VDRL y treponémicas como la FTA Abs. En cuanto al tratamiento, la penicilina G benzatínica continúa siendo el antibiótico de elección, las dosis requeridas dependen del estadio de la enfermedad. El seguimiento se realiza con la clínica y dosaje de VDRL cada tres meses hasta el año posterior al tratamiento o hasta lograr la negativización o títulos bajos en forma sostenida (<4 Dil).

Conclusión: La sífilis rectal primaria es una causa poco frecuente de patología anorrectal. Sin embargo, debido a su presentación variable y al aumento de las prácticas

sexuales de riesgo, resulta fundamental considerarla en el diagnóstico diferencial de lesiones anorrectales atípicas. Solicitar serologías para ITS en estos casos permitiría hacer un diagnóstico y tratamiento adecuados, evitar estudios innecesarios y prevenir su transmisión.

PÓSTERS

Código: 0253

HEMORRAGIA DIGESTIVA POR HIPERTENSION PORTAL NO CIRRÓTICA DE CAUSA POCO FRECUENTE

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 6. Páncreas 6.1. Patología inflamatoria

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

VALLEJOS ZOILO, Eliana Jacqueline1 | RIVEROS, Ignacio1 | PAREDES, Sebastián2 | KNAUS, Samuel1 | GERULA, Walter1

HOSPITAL INTERDISTRICTAL EVITA DE FORMOSA1; HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD PTE. JUAN DOMINGO PERON2

Introducción: La hipertensión portal es una patología que se caracteriza por un aumento de la presión del sistema venoso portal superior a 5mmHg de gradiente hepático, que presenta manifestaciones clínicas por encima de 10mmHg. Se la asocia con mayor frecuencia a la cirrosis hepática, pero otro grupo de causas que son las no cirróticas (obstrucciones prehepáticas, intrahepáticas no cirróticas, posthepáticas). Las complicaciones suelen ser las mismas para ambos grupos: varices esofágicas, ascitis, esplenomegalia, hemorragia digestiva alta.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es presentar el caso de una paciente que ingresó con cuadro de hemorragia digestiva alta de origen variceal secundaria a hipertensión portal por compresión extrínseca de un pseudoquistes pancreático gigante, intentando abordar la forma de resolverlo desde el punto de vista endoscópico.

Caso Clínico: Se presenta el caso de una paciente femenina de 60 años con antecedente de HTA, DBT II, colecistectomizada hace 2 años, ingresó por cuadro de hemorragia digestiva alta, iniciando con hematemesis de 3 días de evolución, asociado a dolor punzante localizado en epigastrio de intensidad moderada. Al examen físico presenta ictericia cutaneomucosa, hemodinámicamente estable, abdomen doloroso a la palpación en epigastrio. Oligúrica, con episodios de melena. Se realiza ecografía abdominal donde se constata formación quística a nivel del páncreas. Se lleva a cabo TC de abdomen con protocolo para páncreas, informándose en topografía del páncreas voluminosa formación hipodensa de aspecto quístico que reemplazaba casi en su totalidad el parénquima, con paredes de 4,5mm que realizaba de manera homogénea con contraste, presentando contenido heterogéneo, midiendo 110x96x148mm, que ejercía efecto de masa sobre las estructuras adyacentes tanto vasculares como órganos contiguos, generando circulación lateral y dilatación de la vía biliar. Con moderada cantidad de ascitis y distensión leve de asas intestinales. Presentó laboratorio con leve leucocitosis con desviación de la fórmula a la izquierda, alteración del coagulograma, perfil pancreático normal, con patrón colestásico.

Resultados: Se realiza videoendoscopia digestiva alta, donde se constató varices esofágicas, realizándose banding, y a nivel gástrico se constata compresión extrínseca. Se envía muestra de líquido ascítico presentando cultivo positivo para *E. coli* sensible a carbapenems, con GASA de >1,1gr/dL. Posteriormente se realiza CPRE con colocación de stent biliar, y ecoendoscopia y se realiza drenaje transgástrico.

Conclusión: La hipertensión portal no cirrótica generalmente se produce por causas vasculares, trombosis portales o esplénicas, o compresión extrínseca. El pseudoquistes de páncreas representa alrededor del 5% de las causas de hipertensión portal no cirrótica de origen pancreático. Es importante saber abordar las complicaciones como tratar las varices esofágicas, drenar la ascitis, pero enfocarse principalmente en la causa de la misma. Una vez resuelta la causa de base, generalmente los pacientes vuelven a un estado base, mejorando signo sintomatología y parámetros complementarios.

PÓSTERS

Código: 0182

RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA DE ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS POST DUODENO-PANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

Modalidad: Casos Clínicos (presentado En Otro Congreso)

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 6. Páncreas 6.2. Patología neoplásica

FERREYRA VALVASSORI, Nair | CATANEO, Evelin | GOBELET, Jaqueline | GIGENA, Ricardo Agustín

SANATORIO ALLENDE

Introducción: La neoplasia sólida pseudopapilar es un tumor poco frecuente que generalmente se localiza en la cola del páncreas. La ecoendoscopia con toma de biopsia e inmunohistoquímica puede ayudar en el diagnóstico preoperatorio. La cir-

gía es el tratamiento de elección; Y una resección con márgenes libres es curativa. Si está ubicado en cabeza la indicación quirúrgica es de pancreatoduodenectomía céfalica. Una complicación tardía es la estenosis de la anastomosis pancreatoyeyunal que consecuentemente puede generar insuficiencia exocrina y endocrina. El diagnóstico se puede realizar con resonancia de abdomen, ya que la clínica del paciente suele ser inespecífica. Los abordajes quirúrgicos para el restablecimiento del flujo pancreático en estas afecciones se asocian con una morbilidad significativa es por ello que surgen nuevas técnicas menos invasivas.

Objetivos: Demostrar la eficacia del drenaje endoscópico para el tratamiento de la estenosis de anastomosis post pancreatomectomía céfalica

Caso Clínico: Paciente femenina de 48 años de edad que inicia con dolor abdominal en hipocondrio derecho, se realiza resonancia de abdomen que evidencia lesión quística de 25 mm por lo que se decide solicitar ecoendoscopia que evidencia tu pseudopapilar (Tumor de Franz) en cabeza de páncreas. Se realiza duodeno-pancreatomectomía céfalica. En el post quirúrgico continuó con controles clínicos y de elastasa fecal por ambulatorio con buena evolución. A los 4 años comienza con síntomas compatibles con insuficiencia pancreática exócrina asociado a pérdida de peso. Se solicita tomografía de abdomen que evidencia dilatación del wirsung, descartando recidiva tumoral por lo que se discute en comité multidisciplinario y se decide realizar ecoendoscopia para drenaje del wirsung. Se realizó drenaje guiado por endosonografía, dejando instalado stent plástico doble pigtail, desde el wirsung hacia el estómago. Paciente evolucionó asintomática post procedimiento. Al año se solicita tomografía de abdomen donde se observa stent in situ, sin dilatación del Wirsung. Se presenta nuevamente en comité interdisciplinario y se decide el retiro del mismo.

Resultados: La ecoendoscopia abre un nuevo abanico de posibilidades terapéuticas en las técnicas endoscópicas para el drenaje del conducto pancreático en pacientes con obstrucción del mismo. Si bien no existen datos que sugieran qué abordaje es superior, el transgástrico proporciona al endoscopista la mayor flexibilidad para la punción del páncreas. En cuanto a la elección de stent, se han preferido los plásticos en comparación con los metálicos debido a que tienen una inserción menos traumática y riesgo menor de migración. En algunos estudios se describe una tasa de éxito técnico del 92,5% y tasas de éxito clínico del 87,5% en manos de endoscopistas experimentados

Conclusión: Los datos han demostrado que el procedimiento endoscópico puede ser seguro y eficaz para resolver los síntomas relacionados a la dilatación del Wirsung post estenosis postquirúrgica de la pancreatoyeyuno-anastomosis, el drenaje transgástrico guiado por ecoendoscopia sigue siendo una de las intervenciones terapéuticas de ecoendoscopia más complejas técnicamente, por lo que se deben seleccionar los pacientes adecuadamente por endoscopistas experimentados.

PÓSTERS

Código: 0191
INVAGINACIÓN YEYUNAL COMO MANIFESTACIÓN DE UNA LESIÓN SUBEPITELIAL: REPORTE DE CASO

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Intestino Delgado

ZÚÑIGA, Andrés | GARBI, María Laura | BEZZONI, Pablo | FABBRO, Gabriel | PALMA, Agustina | RIZZI, Bruno | YANTORNO, Martin | TUFARE, Francisco

HIGA San Martín La Plata

Introducción: La invaginación intestinal en adultos es una causa infrecuente de obstrucción intestinal, representando menos del 5% de los casos. A diferencia del contexto pediátrico, en adultos suele deberse a una lesión orgánica subyacente y la presentación clínica es inespecífica y muy variable. Los tumores estromales gastrointestinales (GIST) son tumores mesenquimales con comportamiento clínico variable que se originan en las células intersticiales de Cajal, con una baja incidencia y localización variada a lo largo del tracto digestivo. Presentamos un caso clínico de invaginación intestinal secundario a una causa poco frecuente.

Objetivos: Describir un caso de invaginación yeyunal secundaria a GIST ulcerado, así como su abordaje diagnóstico y terapéutico.

Caso Clínico: Paciente masculino de 38 años sin antecedentes relevantes, consulta por cuadro de vómitos recurrentes, deshidratación y pérdida de 10 kg en siete meses de evolución. Al examen físico, se palpa una masa dolorosa en flanco izquierdo. En el laboratorio presenta anemia leve (Hb 10.9 g/dL), sin otras alteraciones. Se realiza una TC abdominopélvica con contraste oral y endovenoso que muestra imagen compatible con invaginación yeyunal asociado a dilatación gástrica. Se decide realizar enteroscopia por push que evidencia lesión elevada y ulcerada, subpediculada, que impresiona subepitelial, obstruyendo casi el 100% de la luz intestinal; se toman biopsias y se marca con tinta china. Posteriormente se realiza laparotomía exploradora, evidenciando invaginación a 20 cm del ángulo de Treitz, con tumor central. Se resecan 15 cm de yeyuno y ganglios mesentéricos, con evolución postoperatoria favorable.

Resultados: La anatomía patológica revela inmunohistoquímica para CD117 y AML positivos, CD34 positivo heterogéneo, S100 negativo y Ki67 >7 mitosis/CGG confirmando así el diagnóstico de GIST. Según los criterios de Fletcher, se clasifica

como tumor de riesgo intermedio a alto. Se decide iniciar tratamiento adyuvante con imatinib, al día de la fecha continua bajo control oncológico.

Conclusión: La invaginación intestinal en adultos debe considerarse un signo de alarma ante la posibilidad de una lesión orgánica subyacente. La enteroscopia por push es un método accesible que debe ser considerado para el diagnóstico de lesiones localizadas en yeyuno proximal. El diagnóstico y la estratificación pronóstica del GIST se realiza en base a su caracterización inmunohistoquímica, siendo el tratamiento adyuvante con imatinib una estrategia indicada en casos seleccionados según los criterios de Fletcher. Este caso resalta la importancia del enfoque multidisciplinario en patologías digestivas poco frecuentes con implicancias oncológicas.

PÓSTERS

Código: 0133
VISIÓN ENDOSCÓPICA DE NECROSIS GÁSTRICA SECUNDARIA A SÍNDROME PILÓRICO: REPORTE DE CASO

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 2. Estómago - duodeno 2.6. Miscelánea

MARTINEZ DI SERA, Sofia | CHAMBA ROSILLO, Tatiana Lorena | MIMURA, Humberto | PAZMIÑO, Karen | CALLE CALLE, Santiago Geovanny | PÉREZ GARCÍA, Jorge Luis

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS PEDRO FIORITO DE AVELLANEDA

Introducción: La necrosis gástrica es una patología infrecuente producida por la muerte del tejido gástrico secundaria a múltiples etiologías, como isquemia, infección u obstrucción mecánica. Su fisiopatología se explica por el aumento abrupto de la presión intragástrica que conlleva a la disminución del flujo sanguíneo hacia la mucosa y pared del órgano desencadenando así la isquemia. La evaluación endoscópica de estos casos es poco frecuente, ya que el diagnóstico suele realizarse en etapas tardías, requiriendo así un tratamiento quirúrgico al ingreso.

Objetivos: Exponer los hallazgos endoscópicos tempranos de un caso de necrosis gástrica secundaria a síndrome pilórico.

Caso Clínico: Se presenta un caso clínico con diagnóstico de necrosis gástrica secundaria a síndrome pilórico.

Resultados: Paciente masculino de 53 años con antecedentes de cirrosis por enol de reciente diagnóstico, consulta por vómitos e intolerancia a la vía oral de dos semanas de evolución asociado a pérdida de peso significativa. Al examen físico abdomen distendido, timpánico con dolor en epigastrio, sin signos de peritonismo. Se coloca sonda nasogástrica obteniendo abundante débito de retención. Analítica reporta anemia leve, hiperbilirrubinemia y FAL elevada. Se realiza tomografía de abdomen sin contraste que evidencia vía biliar intra y extrahepática dilatada con cambio de calibre a nivel de cabeza del páncreas y extensa distensión gástrica con engrosamiento parietal a nivel pilórico y duodenal. Ante hallazgos se realiza endoscopia que evidencia: esofagitis D de los Ángeles, en cuerpo gástrico, comprometiendo curvatura mayor y cara posterior, se evidencia gran lesión de aspecto necrótico friable al roce con bordes vitales bien delimitados, con sospecha endoscópica de necrosis gástrica; además a nivel duodenal compresión extrínseca que permite el paso a segunda porción con resalto. Posteriormente se realiza laparotomía exploratoria y, por mal estado intraquirúrgico del paciente, se opta por gastroenteroanastomosis descompresiva. Cursa con evolución tórpida postquirúrgica y obita.

Conclusión: La necrosis gástrica es una patología rara y de alta morbilidad, que en este caso se presenta como una complicación secundaria al síndrome pilórico. Su visión endoscópica es un hallazgo infrecuente debida al mal estado general presentado por los pacientes desde el inicio del cuadro. Los hallazgos más frecuentes son la ulceración y la coloración negruzca de la mucosa gástrica siendo su visualización extremadamente atípica. Observaciones: Se decide la presentación de este caso debido a la falta de estadísticas estimativas de prevalencia e incidencia de la necrosis gástrica. Su rápida evolución y alta morbilidad suele requerir resolución quirúrgica temprana dejando a la endoscopia con una utilidad limitada.

PÓSTERS

Código: 0007
ESTENOSIS ESOFÁGICA SEVERA EN EPIDERMÓLISIS BULLOSA DEL ADULTO: UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA CON ESOFILIP

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.4. Miscelánea

VILLALOBOS, Marlon | OLMOS, Juan Ignacio | MARIÑO CAMACHO, Gabriel Adrian | BUSTAMANTE, Jaime | MANZUR, Graciela | PEREZ, Rafael | BORTOR, Lorena | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban

HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN" - UBA

Introducción: La epidermólisis bullosa (EB) es una genodermatosis monogénica caracterizada por fragilidad mecánica del epitelio cutáneo mucoso, con formación de ampollas o erosiones ante mínimos traumatismos. Su incidencia se estima en 19 casos por millón de nacidos vivos y su prevalencia en 8 por millón de habitantes. Entre las complicaciones viscerales de esta enfermedad destaca la estenosis esofágica por su frecuencia y severidad producida por fibrosis progresiva tras ciclos de lesión y reparación. Esto genera disfagia, riesgo de aspiración y desnutrición, requiriendo intervenciones periódicas. Tradicionalmente, el tratamiento consiste en dilataciones con balones o bujías, que exigen extrema precaución por la vulnerabilidad tisular. En este contexto, el EsoFLIP (Funcional Lumen Imaging Probe) representa una técnica innovadora que combina dilatación esofágica con medición dinámica del lumen mediante planimetría de impedancia, permitiendo visualización en tiempo real del diámetro y distensibilidad esofágica. Aunque la experiencia en EB es aún limitada y derivada sobre todo de casos pediátricos, los resultados preliminares sugieren buena seguridad y eficacia, perfilando al EsoFLIP como herramienta prometedora para el manejo de estenosis esofágicas complejas en estos pacientes.

Objetivos: Describir el tratamiento de la estenosis esofágica con EsoFLIP como alternativa terapéutica segura en un paciente adulto con EB.

Caso Clínico: Caso clínico: Femenina de 67 años, con diagnóstico de EB. Consulta por un cuadro de cuatro años de evolución caracterizado por disfagia orofaríngea progresiva a sólidos, asociada a pérdida ponderal significativa (-20%). Se realiza una VEDA, que evidencia una estenosis esofágica puntiforme a 15 cm de la arcada dentaria superior (ADS), infranqueable al endoscopio. La seriada esofagogastrodudenal complementaria confirma una zona de estrechamiento localizado en el tercio superior esofágico.

Resultados: Posteriormente, se decide realizar una dilatación con EsoFLIP. Durante el procedimiento, inmediatamente distal a la región cricofaríngea, se identifica una estenosis anular fibrótica, puntiforme, a 15 cm de la ADS, nuevamente infranqueable con el endoscopio. Se introduce bajo visión directa un catéter EsoFLIP ES-320, logrando franquear la estenosis sin incidentes. Se insufla el balón con un volumen inicial de 15 ml, centrando la estenosis dentro del segmento activo del dispositivo. En la consola se observa el característico "signo de reloj de arena". Se realizan dilataciones progresivas, aumentando 10 ml cada 30 segundos, hasta alcanzar un volumen final de 40 ml. Al final del procedimiento se obtiene una imagen tubular continua, con desaparición del defecto central y un diámetro luminal de 18 mm. Posteriormente, se retira el balón y se progresa el endoscopio a través del segmento estenosado, observando desgarro longitudinal controlado de la mucosa. La mucosa esofágica remanente se evidencia friable, denudada y con sangrado espontáneo al roce. La paciente evoluciona favorablemente, iniciando dieta líquida a las 24 horas, con progresión a dieta blanda y luego sólida en el curso de una semana, sin eventos adversos.

Conclusión: El uso de EsoFLIP en estenosis esofágica severa asociada a EB representa una alternativa terapéutica viable y segura, capaz de ofrecer dilataciones controladas con menor riesgo de trauma tisular y potencial para integrarse en el manejo estándar de esta compleja complicación.

PÓSTERS

Código: 0046

COLANGITIS DE CAUSA INFRECUENTE: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 5. Vesícula y vías biliares 5.3. Obstrucción biliar no pilórica

MILICH, Mayra Melina | VILLEGAS, Manuel | VALDIVIEZO, Erica M. | SANTILLÁN MÁRQUEZ, María Eugenia | GALVÁN CLAROS, Mariana Elizabeth | BULACIO, Fernando Gabriel | CONDORÍ BURGOS, Rodrigo Marcelo

HOSPITAL SAN BERNARDO

Introducción: Se define como colangitis a la inflamación e infección de la vía biliar intra y extrahepática, la cual puede ser de curso agudo, recidivante o crónico. Su fisiopatología se explica a partir de una obstrucción de la vía biliar, con posterior colonización bacteriana que se traduce en una infección de la misma. En el 90% de los casos se produce a partir de coledocolitiasis (secundaria a migración de litos desde la vesícula biliar), seguido por obstrucción neoplásica o tumoral, lesiones quirúrgicas, post CPRE, y menos frecuentemente por colangitis esclerosante primaria, infecciones virales (CMV), parasitosis, prótesis biliares, etc. Ante un abordaje terapéutico temprano esta patología puede tener una mortalidad de un 8-10%, pero estas cifras ascienden a un 75% ante la evolución a un shock séptico.

Objetivos: Se presenta el siguiente caso clínico sobre un paciente con diagnóstico de colangitis, inicialmente sospechando causa litiasica. Posterior a la realización de CPRE, se arriba al diagnóstico objetivándose obstrucción de la vía biliar por una causa poco frecuente, sin litiasis en la misma. El objetivo en este caso es tener en consideración que existen causas de obstrucción de vía biliar que además del drenaje de la misma, pueden requerir otras medidas para su tratamiento o resolución.

Caso Clínico: Se recibe en guardia central paciente masculino de 64 años derivado del interior de la provincia, por cuadro de dolor abdominal localizado en hipocondrio

derecho, de tipo cólico e intermitente de aproximadamente un mes de evolución, al cual se agrega fiebre e ictericia 5 días previos a la derivación. El laboratorio de ingreso informaba: Hb 14, Hto 37, Glóbulos blancos 15.700, Neutrófilos 81%, bilirrubina total 9.1, Bilirrubina directa 7.8, GOT 43, GPT 31, FAL 194, Amilasa 46. La ecografía abdominal informa hígado de estructura conservada, vesícula biliar con microlitiasis, y colédoco de 10 mm. sin lograr visualizarse litiasis en el mismo. Ante sospecha de colangitis por coledocolitiasis se inicia tratamiento antibiótico y se solicita ColangioRMN donde se observa colédoco de 9mm, y aparente defecto de relleno endoluminal a nivel de colédoco distal de 6x8mm. Se realiza CPRE de urgencia, donde mediante colangiografía inicial se objetiva colédoco de 10 mm con imagen negativa a nivel distal del mismo. Se procede a canular papila, con salida inmediata desde vía biliar de parásito vivo alargado, blanquecino de aproximadamente 60 mm de longitud, el cual no se logra rescatar. Posteriormente se utiliza balón extractor, obteniéndose otro parásito muerto, con tinción biliar de 11 cm de longitud. Se constata permeabilidad de vía biliar sin imágenes negativas, finalizándose procedimiento.

Resultados: El paciente cursó buena evolución, iniciando tratamiento con mebendazol (en conjunto con el grupo familiar) y posterior alta hospitalaria, con seguimiento por consultorio externo.

Conclusión: La infección por *Ascaris lumbricoides* constituye un problema en Salud Pública predominantemente en Latinoamérica y África (se estima que existen 807 millones de personas infectadas a nivel mundial), con consecuencias como desnutrición, retraso en el crecimiento, asociación a poliparasitosis, y morbi-mortalidad asociada principalmente a complicaciones. Las formas de afectación con mayor morbi-mortalidad son la obstrucción intestinal, seguido por presentaciones clínicas poco frecuentes como la invasión pancreática y de vías biliares, siendo éste último el caso del paciente presentado. Debe destacarse además de la intervención sobre la patología mayor (en este caso, colangitis aguda), el tratamiento de la causa de base: parasitosis, sospechándose y realizando tratamiento oportuno en instancias previas a manifestación de complicaciones, sobre todo en nuestro medio donde se conoce una prevalencia alta de dicha parasitosis.

PÓSTERS

Código: 0218

MÁS ALLÁ DEL ESÓFAGO, COMPLICACIONES POST INGESTA CÁUSTICA: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.4. Miscelánea

GALVÁN CLAROS, Mariana Elizabeth | LÓPEZ, S.R. | VALDIVIEZO, Erica | PATRÓN COSTAS, Lucas | VILLEGAS, Manuel | SANTILLÁN MÁRQUEZ, María Eugenia | MILICH, Mayra Melina | BULACIO, Fernando Gabriel | CONDORÍ BURGOS, Rodrigo Marcelo

SAN BERNARDO

Introducción: La ingestión de cáusticos es una emergencia médica con riesgo elevado de complicaciones agudas y tardías. Las lesiones afectan desde la orofaringe hasta el tracto digestivo inferior, comprometiendo incluso la vía aérea. La clasificación endoscópica de Zargar permite estratificar la severidad y el riesgo de perforación y estenosis. La estenosis esofágica post-cáustica ocurre en más del 80 % de los casos Zargar IIB, y las estenosis gástricas en un 30-60 %. Ambas complicaciones coexisten en alrededor del 20 % de los casos. Pese a su impacto, se reporta escasa evidencia específica.

Objetivos: Exponer un caso clínico de esofagitis cáustica grave con evolución a estenosis esofágica y compromiso antro pilórico, resaltando la relevancia de esta complicación en pacientes con condiciones neurológicas asociadas.

Caso Clínico: Paciente femenina de 20 años, con antecedentes de retraso neuromaturo que ingresa por guardia luego de presentar ingesta accidental de desengrasante industrial, potente alcalis, sin saber referir el volumen. Al examen físico se encontraba con excitación psicomotriz, con erosiones y eritema en cavidad oral. Por sospecha de compromiso de vía aérea se decidió IOT, se solicitó endoscopia de urgencia, en la que se informó esófago medio y proximal con mucosa edematizada, grisácea, afectación circunferencial, pequeñas áreas de necrosis y úlceras profundas (Zargar IIIa) En estómago, gran úlcera profunda en cuerpo y antro hacia región prepilórica, con coágulos y tejido necrótico, no logrando valorar piloro y duodeno. Se realizó TC de tórax y abdomen descartando perforación. Se inició tratamiento con corticoides, antibióticos y alimentación parenteral, con buena evolución. A las 4 semanas luego de internación presentó vómitos postprandiales, por lo que se solicitó nueva TC evidenciando engrosamiento mural (4 mm) circunferencial del tercio medial y distal del esófago, y engrosamiento de la pared gástrica a nivel del antro. Se realizó una endoscopia que informó a los 15 cm de la ADS estenosis concéntrica infranqueable al paso del endoscopio. La seriada esofagogástrica confirmó importante estrechamiento esofágico con signos sugerentes de úlceras y compromiso de región antro-pilórica.

Resultados: Ante la estenosis esofágica severa y la afectación gástrica asociada, se decidió realizar una yeyunostomía quirúrgica para asegurar una vía enteral de alimentación. Posterior a la cirugía permanece estable y en seguimiento.

Conclusión: La esofagitis cáustica grave puede evolucionar a estenosis esofágica y, en algunos casos, asociarse a estenosis gástrica, lo que complejiza el abordaje

clínico y terapéutico. La detección oportuna de estas complicaciones mediante estudios de imagen y endoscopia, permite definir estrategias terapéuticas. El caso presentado resalta la necesidad de mayor visibilidad de estas presentaciones combinadas y de consensos claros para su prevención, manejo y seguimiento a largo plazo.

PÓSTERS

Código: 0075

DISPOSITIVO OCLUSOR SEPTAL COMO TRATAMIENTO DE FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA REFRACTARIA POST-ESOFAGUECTOMÍA: REPORTE DE CASO

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.3. Neoplasia

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

LOMBARDI ALVAREZ, Abigail | SEQUEIRA, Agustín | MICONI, Diego Gabriel | YAÑEZ CHAVEZ, Carolina | RASTELLI, Laureano | GARCÍA ALLENDE, Leonardo | FIOLO, Eduardo | TONN, Eugenio Federico

HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD

Introducción: El cáncer de esófago representa la octava neoplasia a nivel mundial, siendo el carcinoma escamoso su forma más prevalente. El tratamiento quirúrgico continúa siendo una de las opciones terapéuticas disponibles. Una de las complicaciones graves postquirúrgicas es la fístula, comúnmente en sitios de anastomosis. El diagnóstico y tratamiento precoz, preferentemente endoscópico, son claves para su resolución.

Objetivos: Describir la resolución endoscópica de una fístula traqueo-esofágica (FTE) crónica y refractaria mediante una técnica inusual con dispositivo ocluser septal (DOS) en una paciente con esofaguectomía por carcinoma escamoso.

Caso Clínico: Paciente femenina de 68 años, con antecedentes de trasplante cardíaco (2017) y timectomía con radioterapia por Timoma (1987). Por diagnóstico reciente de carcinoma escamoso de tercio medio esofágico completó quimio-radioterapia neoadyuvante y posterior esofaguectomía total con confección de tubo gástrico y anastomosis cervical. Evolucionó en posoperatorio inmediato con neumonía multifocal y síndrome de distress respiratorio agudo requiriendo asistencia respiratoria mecánica prolongada y posterior traqueostomía. Por sospecha de complicación post-quirúrgica se solicita tomografía con contraste que evidencia FTE, iniciándose tratamiento con sistema de vacío endoscópico (VAC). Se realizan distintas modalidades de terapéutica endoscópica entre ellas: hemoclips, nuevo sistema VAC e inyección de plasma rico en plaquetas, sin cierre de defecto, probablemente debido a compresión de balón traqueal. Se decide finalmente colocar un DOS (tipo Amplatzer) guiado por endoscopia y fibrobroncoscopia. El procedimiento se realiza con éxito evidenciando cierre parcial de la fístula en los controles endoscópicos posteriores.

Resultados: Las FTE postquirúrgicas son complicaciones infrecuentes pero con alta morbilidad. El tratamiento depende de múltiples factores como etiología, localización y tamaño. Si bien existen distintas opciones endoscópicas, en casos refractarios, la colocación de dispositivos diseñados originalmente para cardiología intervencionista como el DOS representan una alternativa terapéutica.

Conclusión: La utilización del DOS es una opción innovadora y mínimamente invasiva para el tratamiento de FTE crónicas post-quirúrgicas, especialmente en pacientes con múltiples comorbilidades y fracaso de terapias convencionales.

PÓSTERS

Código: 0160

VARICES DESCENDENTES: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.4. Miscelánea

ALLEGRETTI, Santiago | PROMENZIO, Esteban Miguel | ANTÚNEZ, Alejandro Carlos

HOSPITAL MUNICIPAL RAMON SANTAMARINA DE TANDIL

Introducción: A pesar de que la hemorragia digestiva alta por varices esofágicas es una entidad bastante frecuente, las varices proximales o en downhill representan aproximadamente el 0,1% de estos casos. A diferencia de las varices distales producidas por aumento de la presión portal, las varices proximales son el resultado de una obstrucción a nivel de la vena cava superior. Localizadas en el tercio superior o medio del esófago, representan un subgrupo poco frecuente de hemorragia aguda por varices esofágicas.

Objetivos: Destacar la importancia en el diagnóstico diferencial de la etiología de varices esofágicas.

Caso Clínico: Revisión de un caso clínico de hemorragia digestiva alta por varices esofágicas secundario a síndrome de vena cava superior.

Resultados: Paciente femenina de 46 años con antecedentes de diabetes tipo 1, insuficiencia renal crónica en diálisis trisemanal y catéter subclavio izquierdo; acude a servicio de emergencias por haber presentado tres episodios de hematemesis; se constata descompensación hemodinámica. Se inicia fluidoterapia sin respuesta, por lo que requiere vasopresores. Se realiza veda; esófago: Inmediatamente por debajo de cricofaríngeo hasta los 25 cm de ads cordón azulado tortuoso, impresiona a los 20 cm de ads hematoma esofágico, sin sangrado activo. Se toma conducta expectante decidiéndose no realizar terapéutica endoscópica. Paciente ingresa a UCI con vasopresores e intubación orotraqueal. Se realiza Angiotac la cual informa vena cava superior colapsada con pasaje parcial a través del catéter, vasos colaterales en trayecto para traqueal y circulación colateral en tórax alto. No pudiendo descartar trombosis y debido al sangrado reciente se decide no iniciar anticoagulación. Se lleva a cabo interconsulta con servicio de hemodinamia en hospital de alta complejidad quien sugiere realizar angioplastia y colocación de stent. Paciente con evolución desfavorable relacionado a su enfermedad de base sobreviniendo el óbito.

Conclusión: Las varices esofágicas descendentes son una entidad poco frecuente, siendo consecuencia de una alteración en la circulación del retorno venoso esofágico medio y superior hacia la vena cava superior. Es probable que la frecuencia de este trastorno sea mayor de lo estimado y que, ante la ausencia de datos clínicos sugestivos, algunos signos pasen inadvertidos para el endoscopista. Se debe tener en cuenta que un paciente con varices esofágicas sin signos de enfermedad hepática debe ser evaluado con mayor profundidad para detectar cualquier obstrucción de la vcs. La terapia definitiva sigue siendo la de la causa que originó el svcs en primera instancia, dado que además hoy día no existen datos científicos que avalen una u otra estrategia de profilaxis secundaria en aquellos pacientes en los que no es posible el restablecimiento del flujo venoso.

PÓSTERS

Código: 0172

TRATAMIENTO DE FÍSTULA GÁSTRICA CON TERAPIA DE VACÍO ENDOSCÓPICA EN POSTOPERATORIO DE ESOFAGECTOMÍA

Modalidad: Casos Clínicos

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

VELAZCO CABUT, Gonzalo Javier | MARTINEZ, Francisco | CASBARIEN, Octavio | CAMPOY, Daniel

HOSPITAL CENTRAL

Introducción: Las perforaciones esofágicas y las dehiscencias de sutura tras cirugía esofagagástrica son complicaciones graves, asociadas a elevada morbilidad por mediastinitis, peritonitis y sepsis. Entre las opciones terapéuticas, la terapia de vacío endoscópica (TVE) o Endo-Vac se ha consolidado como una alternativa eficaz y segura. Consiste en una esponja conectada a una sonda nasogástrica que, mediante presión negativa, reduce la contaminación y el edema, estimula la granulación por angiogénesis y favorece el cierre progresivo del defecto con baja tasa de eventos adversos.

Objetivos: Describir el uso de terapia de vacío endoscópica como tratamiento exitoso de una fístula gastropleural postquirúrgica, en una paciente con antecedente de esofagectomía, destacando su efectividad como alternativa mínimamente invasiva en escenarios de alta complejidad.

Caso Clínico: Paciente femenina de 51 años con antecedente de ingesta cáustica en la infancia, con múltiples dilataciones endoscópicas. Consulta por disfagia severa, pérdida de peso de 9 kg en tres meses y consumo crónico de IBP. Se realizó VEDA en la que se observó estenosis franqueable a 30 cm de ADS; biopsia con hiperplasia escamosa sin atipia. Se indicó esofagectomía distal tipo Ivor Lewis. Al día 20 postoperatorio desarrolló shock séptico secundario a empiema pleural, requiriendo drenaje quirúrgico y cuidados intensivos. Se realizó VEDA que informó anastomosis esofagagástrica sin dehiscencia evidente; imposibilidad de evaluar cavidad gástrica por restos alimentarios; burbujeo en tubo pleural al insuflar. Se realizó diagnóstico de fístula gastropleural por tomografía. Luego se realizó nueva VEDA que evidenció orificio fistuloso de 10 mm en remanente gástrico proximal, con tejido granular. Se inició terapia de vacío endoscópica (E-VAC), con cuatro recambios durante 34 días, logrando cierre completo de la fístula. Posteriormente se re-instaló dieta oral con buena tolerancia. Alta hospitalaria tras 93 días de internación, 56 en UTI.

Resultados: La paciente presentó una fístula gastropleural sin dehiscencia anastomótica evidente, que fue diagnosticada por tomografía y confirmada endoscópicamente. La terapia de vacío permitió resolución completa sin necesidad de reintervención quirúrgica. La evolución clínica fue favorable, con buena tolerancia oral y sin complicaciones posteriores. La intervención endoscópica evitó procedimientos invasivos en una paciente con alto riesgo quirúrgico, destacando el valor de un abordaje multidisciplinario.

Conclusión: La terapia de vacío endoscópica constituye una herramienta segura y eficaz en el manejo de fístulas del tracto digestivo superior postquirúrgicas. Su aplicación permitió el cierre exitoso de una fístula gastropleural tras esofagectomía, con adecuada evolución clínica y sin recurrencia, destacando su valor en contextos de alta complejidad.

PÓSTERS

Código: 0258**MANEJO ENDOSCÓPICO DE ESTENOSIS COLÓNICA POST-QUIRÚRGICA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA***Modalidad: Casos Clínicos**Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.3. Enfermedad diverticular**CHOQUE CARBALLO, Ana Karen Elsa | CAIZA LASCANO, Erick Edwin | UDABE, Maria Laura | ROCCA, Andres | SALGADO ROSADO, Walter | LAUDANNO, Sofia | GARCES MULLER, Raul***HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA CARLOS BONORINO UDAONDO**

Introducción: Las estenosis colónicas benignas postquirúrgicas son una complicación relativamente frecuente tras resecciones colorrectales, con una prevalencia del 5 al 30%. El manejo endoscópico constituye una alternativa terapéutica eficaz y menos invasiva frente a la reintervención quirúrgica, especialmente en casos seleccionados con estenosis cortas, sintomáticas y sin signos de malignidad.

Objetivos: Describir la resolución endoscópica de una estenosis colónica postquirúrgica en una paciente con antecedente de colectomía izquierda por diverticulitis complicada, destacando la evolución clínica y la efectividad del tratamiento con dilatación con balón hidroneumático.

Caso Clínico: Paciente de sexo femenino, 77 años, sin comorbilidades relevantes. En 2019 consulta por cambio en el ritmo evacuatorio. Colonoscopia mostró estenosis infranqueable a 19cm del margen anal, cuyo estudio histológico informó colitis crónica moderada. Un mes después, evoluciona con oclusión intestinal y requiere ostomía de descarga urgente. En 2022 se plantea cierre de ostomía. Estudios muestran engrosamiento del sigma y lesiones estenosantes sin signos de malignidad. En 2024 se realiza colectomía izquierda convencional. Anatomía patológica: enfermedad diverticular complicada con estenosis fibrosa. En el postoperatorio, persiste estenosis del lumen colónico distal que compromete el 100% de la luz. Se realizaron tres sesiones de dilatación endoscópica con balón hidroneumático triaxial (12–20mm), de forma progresiva, con duración de 60 a 90 segundos por calibre. Se utilizó visión directa endoscópica y radioscopia, sin requerir administración de corticoides locales.

Resultados: La paciente presentó buena tolerancia a los procedimientos sin complicaciones. Se logró éxito técnico y resolución clínica del cuadro obstructivo. Luego de la tercera sesión, se permitió la reconstrucción del tracto intestinal con restitución del tránsito, manteniéndose en seguimiento ambulatorio sin recurrencias a la fecha.

Conclusión: La dilatación endoscópica con balón hidroneumático demostró ser una estrategia efectiva, segura y mínimamente invasiva para el manejo de una estenosis colónica benigna postquirúrgica. En pacientes adecuadamente seleccionados, esta técnica puede evitar una nueva intervención quirúrgica, con bajo riesgo de complicaciones y alta tasa de éxito clínico.

PÓSTERS

Código: 0065**PRIMER STENT PANCREÁTICO BIODEGRADABLE UTILIZADO EN ARGENTINA EN RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE AMPULOMA: REPORTE DE UN CASO***Modalidad: Casos Clínicos**Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas**DI SANTO, Agustín | BRIZ, Camila | RIOS GARZON, Jonnathan Efrain | ORBE, Guido***Sanatorio Güemes**

Introducción: Los tumores de la región periampular representan una entidad poco frecuente y clínicamente relevante debido a su potencial de transformación maligna. Dentro de estos, los adenomas ampulares suelen ser hallazgos incidentales en estudios endoscópicos realizados por otros motivos, lo que resalta la importancia de su detección y manejo oportuno.

Caso Clínico: Paciente femenina de 68 años con hallazgo de lesión periampular de forma incidental durante una endoscopia digestiva alta realizada por dispepsia secundaria a gastritis por *Helicobacter pylori*. En la endoscopia se evidenció lesión periampular, con biopsia compatible con adenoma tubular con displasia de bajo grado. La paciente permaneció asintomática respecto a la lesión, con estudios de laboratorio dentro de parámetros normales. Una evaluación complementaria mediante ultrasonografía endoscópica (USE) reveló una papila hipocogénica de 12 mm con compromiso de la muscular de la mucosa duodenal, sin invasión del conducto pancreático lo que permitió establecer el diagnóstico de ampuloma en estadio T1N0. Ante estos hallazgos, se decidió realizar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Durante el procedimiento, se identificó una papila de aproximadamente 10 mm, que fue resecada mediante papilectomía endoscópica en bloque con asa, tras elevación con adrenalina y azul de metileno. Como parte de la estrategia para prevenir complicaciones, se utilizó supositorio de indometacina y se colocó un stent pancreático reabsorbible Archimedes de 6 FR

x 4 cm (Acher), marcando el primer caso documentado de su uso en Argentina. En el postoperatorio, la paciente presentó buena evolución clínica, con leve aumento de enzimas pancreáticas sin dolor abdominal. Se otorgó alta sanatorial con control por ambulatorio. El informe anatomopatológico confirmó la presencia de un adenoma ampular con displasia de bajo grado y márgenes libres de lesión. Se realizó seguimiento por ambulatorio, la paciente permaneció asintomática. Durante el seguimiento, se controló con nueva CPRE donde se evidenció región ampular con adecuada epitelización dando resultado en la anatomía patológica mucosa duodenal sin alteraciones.

Conclusión: Este caso no solo destaca el abordaje exitoso de un ampuloma mediante técnicas mínimamente invasivas, sino que también representa un hecho importante en la endoscopia terapéutica en Argentina, al tratarse del primer caso documentado de un stent pancreático reabsorbible en el país.

PÓSTERS

Código: 0134**TÉCNICA DE STENT SOBRE STENT PARA LA EXTRACCIÓN DE STENTS ESOFÁGICOS PARCIALMENTE CUBIERTOS CON INGROWTH TISULAR: REPORTE DE DOS CASOS***Modalidad: Casos Clínicos**Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno**Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.4. Miscelánea**VELAZCO CABUT, Gonzalo Javier | MARTINEZ, Francisco | CASBARIEN, Octavio | RICHARDI, Ana | CAMPOY, Daniel***HOSPITAL CENTRAL**

Introducción: La colocación de stents esofágicos autoexpandibles parcialmente cubiertos (SEMS-PC) se utiliza en estenosis benignas refractarias. Su menor tasa de migración es ventajosa, pero el desarrollo de ingrowth tisular puede dificultar o impedir su extracción. La técnica de "stent sobre stent" consiste en colocar un segundo stent totalmente cubierto (SEMS-TC) dentro del primero, generando compresión e isquemia del tejido hiperplásico, con el objetivo de facilitar su remoción.

Objetivos: Describir la utilidad de la técnica de "stent sobre stent" como estrategia para lograr la extracción de SEMS-PC complicados con ingrowth tisular en estenosis esofágicas benignas refractarias.

Caso Clínico: Caso clínico 1 Paciente femenina de 30 años con VIH y antecedente de esofagitis por CMV, que desarrolló estenosis esofágica benigna recurrente. Requiere seis dilataciones neumáticas con respuesta parcial, indicándose colocación de SEMS-PC (120 mm x 20 mm). A las cinco semanas, se intentó extracción mediante VEDA, sin éxito por ingrowth tisular en ambos extremos. Se realizaron cuatro intentos fallidos combinando tracción, dilatación con balón, triamcinolona y fulguración con plasma de argón. Se indicó técnica de stent sobre stent, colocando un SEMS-TC (150 mm x 20 mm). Tras 17 días, se retiró el nuevo stent y se constató resolución completa del ingrowth. Se extrajo el SEMS-PC sin complicaciones. Caso clínico 2 Paciente masculino de 52 años, con antecedente de ingesta cáustica y esofagectomía tipo Ivor Lewis. Evolucionó con fistula esófago-pleural y estenosis anastomótica refractaria, con múltiples dilataciones. Se colocó un SEMS-PC (120 mm x 20 mm). A las ocho semanas, falló su extracción por ingrowth en ambos extremos. Se intentó tracción y dilatación sin éxito. Se colocó un SEMS-TC (150 mm x 20 mm). A las tres semanas, se retiró el nuevo stent, con reducción parcial del ingrowth distal. Desde allí, se logró extraer el SEMS-PC. Se trató sangrado en napa con hemoprays, sin complicaciones.

Resultados: En ambos casos, la técnica permitió resolver ingrowth tisular refractario, facilitando la extracción segura del SEMS-PC. Se evitó cirugía, sin eventos adversos mayores. El tiempo de permanencia del segundo stent (2-3 semanas) fue suficiente para inducir regresión del tejido hiperplásico. Un caso presentó sangrado controlado endoscópicamente.

Conclusión: La técnica de "stent sobre stent" es una alternativa segura y eficaz para el retiro de SEMS-PC con ingrowth. Su aplicación planificada puede evitar procedimientos quirúrgicos, ofreciendo una solución endoscópica en estenosis benignas complejas.

PÓSTERS

Código: 0137**APLICACIÓN DE ENDOVAC: ESTRATEGIA AVANZADA PARA EL MANEJO DE DEHISCENCIA ANASTOMÓTICA***Modalidad: Casos Clínicos**Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Colon**Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.4. Miscelánea**BUSTAMANTE, Jaime | MARIÑO CAMACHO, Gabriel Adrian | MOLFESO, Florencia | OLMOS, Juan Ignacio | WONAGA, Andres | PAES DE LIMA, Andrea | MOREIRA, Alejandro | BORTOT, Lorena | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban***HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN" - UBA**

Introducción: Las complicaciones postquirúrgicas gastrointestinales, como las dehiscencias anastomóticas, fugas y perforaciones, representan un desafío importante en la práctica clínica, debido a su alta morbilidad y mortalidad (6 -22%). El sistema EndoVAC es una técnica medico - endoscópica avanzada y una herramienta efectiva para el manejo de defectos de la pared gastrointestinal, favoreciendo el cierre progresivo de las fistulas y dehiscencias mediante drenaje continuo de secreciones, material necrótico, y estimulación del tejido de granulación.

Objetivos: Destacar la utilidad de la terapia EndoVAC en el tratamiento de complicaciones en dehiscencia anastomosis quirúrgicas.

Caso Clínico: Mujer de 20 años con antecedentes de constipación crónica. Evaluada con videocolonoscopio sin hallazgos patológicos, serologías para chagas negativa, manometría anorrectal normal, biopsias rectales con resultado anatomopatológico compatible con hipoganglionosis. En el curso evolutivo, presentó fecaloma asociado a dilatación colónica masiva en toda su extensión y posterior complicación con perforación colónica (abdomen agudo), por lo cual se realizó colectomía total. Al quinto día presentó dolor abdominal, con salida de secreción purulenta y fétida por el ano. Se realizó rectosigmoideoscopia donde se evidenció dehiscencia de la anastomosis del 30% de la circunferencia y una longitud en su eje mayor de 50 mm, y se decidió la colocación del sistema EndoVac con el objetivo de preservar la anastomosis. Por vía endoscópica, se colocó en la cavidad posterior a la dehiscencia, catéter con esponja de poliuretano, conectado a sistema de aspiración negativa continua (-125 mmHg). Se realizaron sesiones de lavado, recambio del drenaje y esponja cada 72 hrs. Siendo un total de cinco intervenciones. En la última sesión se implementó terapia con Argón Plasma para revitalizar los bordes de la dehiscencia.

Resultados: Resolución completa de la dehiscencia.

Conclusión: La fuga anastomótica es una complicación grave de la cirugía del tubo digestivo y representa un desafío terapéutico. La terapia EndoVAC es una técnica endoscópica segura con una tasa de éxito elevada (80-90%) para tratar fistulas en todo el tracto gastrointestinal. En este caso clínico, el tratamiento de la fistula fue exitoso, revitalizando el tejido de la mucosa y rescatando la anastomosis. La resolución y evolución clínica favorable demuestra que la terapia EndoVAC sigue siendo una terapéutica de primera línea.

PÓSTERS

Código: 0017
COLANGIOSCOPIA CON LITOTRICIA ELECTROHIDRÁULICA: UNA SOLUCIÓN EFECTIVA PARA LITIASIS COLEDOCIANA DIFÍCIL TRAS CPRE FALLIDA

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

KAHN, Nicole Marie | SALVATIERRA MARIMONT, Martin Alejandro | BALDERRAMO, Domingo | HIGA, Mariano Antonio

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

Introducción: La litiasis coledociana difícil se caracteriza por cálculos mayores a 15 mm, múltiples, impactados en conductos intrahepáticos o hepático común, con anatomía alterada o fallo de CPRE estándar. La colangioscopia es una técnica avanzada para su manejo tras CPRE fallida.

Objetivos: Demostrar la utilidad de la colangioscopia con litotricia electrohidráulica en litiasis coledociana difícil.

Material y Métodos: Mujer de 56 años con obesidad (IMC 40), diabetes tipo II, pancreatitis biliar y colecistectomía con tubo de Kehr (enero 2025, La Rioja). En marzo 2025, derivada al Hospital Privado Universitario de Córdoba por shock séptico tras retiro del tubo (45 días postquirúrgico). En guardia, se constata sepsis y orificio fistuloso abdominal con drenaje biliar (600 ml). La tomografía abdominal muestra colangitis complicada y abscesos hepáticos (segmentos VI-VII). Se inicia antibioticoterapia empírica tras cultivos y se interna. La colangiografía revela dilatación biliar intrahepática, edema parietal (colangitis) y dos cálculos de 15 y 12 mm en conducto hepático común (Fig. 1). Se realiza CPRE evidenciando tres litiasis mayores a 15 mm, colédoco no dilatado y fuga biliar (Fig. 2). Se efectúa papilotomía y colocación de stent biliar plástico de 10 F. La paciente mejora, con hepatograma en descenso y parámetros inflamatorios normales. Se da alta con antibioticoterapia y seguimiento ambulatorio. A las 6 semanas, con fuga biliar resuelta y fistula cerrada, se realiza CPRE retirando el stent. Se observa colédoco de 20 mm con tres cálculos de 15-25 mm. Se realiza colangioscopia con litotricia electrohidráulica, fragmentando un cálculo y extrayendo fragmentos con canastilla de Dormia. Por litiasis residual, se coloca nuevo stent plástico de 10 F y se programa otra sesión. A las 4 semanas, en nueva CPRE se retira el stent, constatando colédoco de 20 mm con dos cálculos de 15-20 mm. Se realiza colangioscopia con litotricia electrohidráulica, fragmentando y extrayendo los cálculos. Se observa colédoco proximal-medio con mucosa congestiva y lesiones cicatriciales, sin signos de malignidad.

Resultados: La paciente evoluciona asintomática, con hepatograma normal. La ecografía de control muestra hígado normal, sin lesiones focales, vías biliares no dilatadas y colédoco de 5 mm con paredes levemente engrosadas (secular).

Conclusiones: La colangioscopia permite visualizar los conductos biliares, detectando cálculos residuales post-CPRE con sensibilidad de 90-95% y especificidad de

95%. La litotricia electrohidráulica tiene eficacia de 83-91% en la primera sesión y 97-100% en la segunda, con riesgo de hemobilia o perforación (0-9%). La litotricia láser (Holmio) ofrece eficacia similar (69-81% primera sesión, 97-100% segunda sesión), con mayor precisión pero mayor costo. Las limitaciones incluyen costo, disponibilidad de equipos y necesidad de operadores capacitados. Es una técnica segura (complicaciones <7%) y efectiva para litiasis coledociana difícil tras CPRE fallida.

PÓSTERS

Código: 0159
MÁS ALLÁ DEL ESTÓMAGO: HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR LESIÓN DE DIEULAFOY ESOFÁGICA

Modalidad: Casos Clínicos

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

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

RIGONI, Martina | ARNEDILLO, Daiana | BOETSCH, Maria Sol | CARVALHO FLORIDO ABECASIS, Morena | CORDONE, María Antonella | CORTESE, María Mercedes | SIGAL, Nicolás | GALIMBERTI, Alceo | TANNO, Federico | BESSONE, Fernando

HOSPITAL CENTENARIO. ROSARIO

Introducción: La lesión de Dieulafoy representa un 1.5% de las causas de hemorragia digestiva pero, pese a su infrecuencia, la importancia radica en que suele presentarse como hemorragia masiva con inestabilidad hemodinámica. El 80% se localiza a nivel gástrico, seguido por duodeno, colon y recto, siendo anecdótico su hallazgo a nivel esofágico.

Caso Clínico: Paciente masculino de 65 años, con antecedentes de nefrectomía izquierda por cáncer renal en tratamiento inmunoterápico con pembrolizumab, trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar anticoagulado con apixaban. Cursó dos internaciones recientes por hemorragia digestiva alta sin poder determinar mediante endoscopia el origen del sangrado. Presenta nuevo ingreso a servicio de emergencias por hematemesis masiva asociado a inestabilidad hemodinámica. Se realiza videoendoscopia digestiva alta de urgencia con evidencia de sangrado en jet de un vaso visible prominente en esófago distal. Se procede a la colocación de dos clips hemostáticos. Evoluciona favorablemente.

Conclusión: El diagnóstico de la lesión de Dieulafoy supone un reto debido a la dificultad de su visualización, especialmente en localizaciones excepcionales como la esofágica. Alcanzar el diagnóstico es fundamental considerando su potencial gravedad y elevada tasa de recurrencia. Decidimos comunicar este caso dada su baja incidencia en la práctica, ejemplificando la dificultad diagnóstica que, en ocasiones, precisa la realización de endoscopias repetidas.

PÓSTERS

Código: 0138
SÍNDROME DE BEAN O NEVO AZUL, DIAGNÓSTICO POR CÁPSULA ENDOSCÓPICA

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.5. Miscelánea

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Endocápsula

LASCANO, Ernesto1 | BARBA, Analía1 | FIRVIDA, Sofia1 | ESCOBAR, Rafael1 | DÍAZ, Ana Belen2

SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ1; FUNDACION FAERAC2

Introducción: El síndrome del nevo azul es una enfermedad autosómica dominante infrecuente caracterizada por la presencia de angiomas cutáneos que pueden afectar a otros órganos, principalmente el tracto gastrointestinal. Se manifiesta como hemorragia digestiva de cualquier origen, con anemia secundaria a la misma. Su incidencia se estima en 1:14.000 nacidos vivos.

Objetivos: Presentar un caso clínico de una patología poco frecuente con su abordaje diagnóstico y terapéutico.

Caso Clínico: Masculino de 67 años con antecedentes cardiovasculares: hipertensión arterial, cirugía de revascularización miocárdica con realización de 4 bypass y fibrilación auricular paroxística de reciente diagnóstico. Cuadro clínico de 24 horas caracterizado por síncope, 7 días previos había iniciado anticoagulación con rivaroxaban por fibrilación auricular, presentando posteriormente melena. Laboratorio de ingreso: Hto 19 Hb 6.3 Urea 70 Cr 1 TP 63, resto dentro de parámetros normales. Durante internación recibe 4 unidades glóbulos rojos más hemoderivados y requerimiento de vasopresores. Se realiza videoendoscopia digestiva alta (VEDA) sin hallazgos y en colonoscopia (VCC) se progresa hasta ángulo esplénico por restos hemáticos, sin localización de sitio de sangrado. Se repiten VEDA y VCC sin hallazgos. Se realiza videoendoscopia que evidencia: múltiples formaciones vas-

culares violáceas desde duodeno hasta yeyuno medio-distal (flebetasias), algunas tortuosas que configuran golfos venosos y puntos rojos compatibles con síndrome de nevo azul. Se realiza enteroscopia anterógrada y tratamiento con argón plasma con posterior evolución favorable.

Resultados: El síndrome de nevo azul puede afectar a ambos sexos por igual. Hallazgos: malformaciones venosas desde el nacimiento, similares a botones de tinte azul cubiertas por piel que se palpan firmes. Varían en número, tamaño, profundidad, con extensión a músculos y articulaciones. Las malformaciones vasculares del tracto gastrointestinal se localizan frecuentemente en intestino delgado y pueden provocar sangrado digestivo o anemia ferropénica. El diagnóstico se establece por hallazgos clínicos y estudios de imagen. Las malformaciones cutáneas no requieren tratamiento, la resección se limita a fines estéticos. Las malformaciones intestinales se tratan de acuerdo a la extensión, en lesiones escasas sin sangrado se recomienda feroterapia y transfusiones. Las hemorragias severas se manejan con esclerosis endoscópica, ligadura y argón plasma. La resección quirúrgica se reserva para sangrado crónico. El tratamiento con fármacos antiangiogénicos presentan resultados variables.

Conclusión: El diagnóstico es complejo como fue en nuestro caso, en donde se diagnosticaron diferentes lesiones hemangiomatosas en la cápsula endoscópica antes del diagnóstico definitivo. Es importante exponer que debe sospecharse y puede reconocerse mediante un examen cutáneo cuidadoso en asociación con anemia o sangrado digestivo.

PÓSTERS

Código: 0089

HALLAZGOS COLONOSCÓPICOS EN PACIENTES CON SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL POSITIVA, ESTUDIO DESCRIPTIVO

Modalidad: Trabajos Científicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.2. Neoplasia

MOREIRA GRANDA, Edison Javier | ROMERO, Maria Josefina | GUERRIERI, Itati | REGNASCO, Juan Santiago | SAA, Emilia Cristina | BRACONE, Hernán

HOSPITAL DR. IGNACIO PIROVANO

Introducción: El cáncer colorrectal es una de las neoplasias más frecuentes y un grave problema de salud pública global. En Argentina, en 2020 se registraron 15.605 nuevos casos de cáncer colorrectal; con 7.217 muertes en 2022, representando el 12% de todas las muertes por tumores malignos. El Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal recomienda la realización biennial del test inmunológico de sangre oculta en heces en personas de 50 a 75 años que no presenten antecedentes personales o familiares de cáncer colorrectal, historia de enfermedad inflamatoria intestinal, síntomas sugestivos ni factores de riesgo conocidos. Para los grupos de riesgo, se establecen evaluaciones específicas ajustadas a sus necesidades. Un resultado positivo en el test inmunológico de sangre oculta en heces requiere realizar una videocolonoscopia, la prueba más sensible para detección temprana.

Objetivos: Describir los hallazgos en videocolonoscopia en pacientes con test inmunológico de sangre oculta en heces positivo.

Material y Métodos: Análisis retrospectivo mediante la revisión de datos de individuos entre 50 y 75 años de edad con test inmunológico de sangre oculta en heces positiva y videocolonoscopia realizadas en el Hospital Pirovano en CABA del 1° de enero de 2020 al 1° de enero de 2024.

Resultados: De 717 pacientes evaluados; 21,6% (n=155) tuvieron un test inmunológico de sangre oculta en heces positivo, pero solo el 42,6% (n=66) completaron la videocolonoscopia. Entre ellos, se encontraron hallazgos en el 80% de los casos, destacándose pólipos (36,4%), hemorroides internas (34,8%), diverticulosis (18,1%) y angiectasias (4,5%). La prevalencia de cáncer colorrectal fue del 3% y la tasa de detección de adenomas del 33,3%.

Conclusiones: Este estudio confirma la efectividad del test inmunológico de sangre oculta en heces en la identificación de lesiones colorrectales significativas y sugiere que la incidencia de cáncer colorrectal en pacientes con dicho test positivo está dentro de los estándares internacionales. Sin embargo, la baja adherencia a la videocolonoscopia tras un resultado positivo (42,6%) subraya la necesidad de mejorar las estrategias educativas y administrativas para aumentar la participación en los seguimientos. Estos hallazgos son cruciales para optimizar los programas de tamizaje de cáncer colorrectal en Argentina, adaptándolos a las necesidades de la población local y mejorando los resultados en salud pública.