

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0110

COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) EN PACIENTES CON ANATOMÍA QUIRÚRGICAMENTE ALTERADA: PERFIL DE SEGURIDAD, ÉXITO TERAPÉUTICO Y FACTORES ASOCIADOS.

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

GUIDI, Martín | CAMPOMENOSI, Federico | PUGA-TEJADA, Miguel | HENSEL, Alejandro | MALAGA, Ignacio | MATANÓ, Raúl | DE MARÍA, Julio César

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED EL CRUCE - DR. NÉSTOR CARLOS KIRCHNER

Introducción: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es el procedimiento de primera línea en el manejo de diversas patologías biliares. Sin embargo, su ejecución en pacientes con anatomía digestiva quirúrgicamente alterada representa un desafío técnico incluso en manos expertas.

Objetivos: Determinar la tasa de éxito terapéutico, perfil de seguridad y predictores de éxito tras CPRE en una muestra de pacientes con anatomía quirúrgicamente alterada.

Material y Métodos: Registro electrónico prospectivo. Se instrumentó la vía biliar con gastroscopio, duodenoscopio, colonoscopio o enteroscopio, según el caso. En el caso de la instrumentación con gastroscopio se empleó papilótomos rotables. Las variables de estudio incluyeron características basales, indicación del procedimiento y endoscopio utilizado, técnicas de canulación biliar y desenlaces: éxito terapéutico, eventos adversos y su manejo. Se comparó aquellos casos con y sin éxito terapéutico, empleando las pruebas de contraste de hipótesis correspondientes.

Resultados: Se analizó una muestra de 75 casos, con una mediana de edad de 68 años, 37 mujeres (49.3%). Las tres principales indicaciones de CPRE fueron síndrome coledociano (49.3%), coledocolitiasis (20%) y colangitis (8%). Ante todo se enfrentó a pacientes con Billroth II (42.7%) y hepaticoyeyuno anastomosis (28%). En la mayoría de los casos fueron abordados con un colonoscopio (58/75, 77.3%), y solo en 7/75 y 1/75 caso con enteroscopio (9.3%) o gastroscopio (1.3%), respectivamente. Se enfrentó a la papila nativa en el 38.7% de los casos, y área de la anastomosis en el 57.3%. Solo en tres casos hubo esfinteropapilotomía (EPT) previa (4%). La tasa de éxito en enfrentar la papila fue del 64%, y 60% para la canulación. Hubo requerimiento de EPT, esfinteroplastia, EPT con dilatación y precorte en el 46.7%, 8%, 18.7% y 4%, respectivamente. Por radioscopia se confirmó litiasis en el 30.7%, demostrándose estenosis de la anastomosis en un 29.3%, ampuloma en 2.7% y litiasis asociada a estenosis en 1.3%. En un 36% no fue posible un diagnóstico por imposibilidad de canulación. La tasa de éxito terapéutico fue del 61.3%. El factor anatómico mostró asociación significativa con un mayor éxito terapéutico ($p=0.004$), siendo la reconstrucción tipo Billroth II (50%) y la hepaticoyeyunostomía (34.8%) las que presentaron más casos con resolución. Hubo fuerte asociación para con el éxito terapéutico, el éxito en enfrentar la papila o anastomosis (93.5% vs 17.2%; $p<0.001$) y la canulación (93.5% vs 6.9%; $p<0.001$). Los eventos adversos ocurrieron en el 9.3% de los casos, sin diferencias significativas entre grupos.

Conclusiones: La CPRE en pacientes con anatomía alterada presenta un desafío técnico, con tasas de éxito superior al 60%. El tipo de reconstrucción anatómica, particularmente Billroth II y hepaticoyeyunostomía, se asocia con mayores probabilidades de éxito terapéutico. El éxito en el enfrentamiento y canulación, son otros factores asociación a la resolución en estos casos.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0111

ROL DE LA ENTEROSCOPIA EN EL CAMBIO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LESIONES EN EL INTESTINO DELGADO: RESULTADOS DE UN REGISTRO HOSPITALARIO EN 480 ENTEROSCOPIAS EN 346 PACIENTES

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

GIANELLA, Martín | PUGA-TEJADA, Miguel | RAGONE, Fernando | AVEIGA CEDEÑO, Leonardo Andres | FACCIUTO, Leandro | MATANÓ, Raúl | DE MARÍA, Julio César

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED EL CRUCE - DR. NÉSTOR CARLOS KIRCHNER

Introducción: Las enfermedades del intestino delgado constituyen un desafío diag-

nóstico debido a la escasa accesibilidad de este segmento mediante endoscopia convencional. La enteroscopia de doble balón (EDB) permite la visualización directa, toma de biopsias y tratamiento de lesiones, ampliando su utilidad tanto diagnóstica como terapéutica. No obstante, su costo y limitada disponibilidad dilata su solicitud. Es necesario reconocer su impacto en el cambio diagnóstico y terapéutico.

Objetivos: Describir el perfil clínico y los hallazgos endoscópicos de pacientes sometidos a EDB, y estimar su impacto en el cambio diagnóstico y terapéutico.

Material y Métodos: Registro electrónico prospectivo (Ago/2010-Jun/2024). Un operador experto realizó EDB con insuflador automático de CO₂. Se definió el cambio diagnóstico o terapéutico como aquel % de EDB con hallazgos o intervenciones.

Resultados: Se registraron 480 EDB en 373 pacientes: una en 303, dos en 49, tres en 11, cuatro en 7, cinco en 1, seis en 1 y siete en 1. La mediana de edad fue de 58 años, 46.1% mujeres. Los principales motivos de indicación fueron anemia crónica (21.2%), angiodisplasia (19.2%) y engrosamiento parietal (14.8%). La EDB fue indicada categóricamente tras hallazgos a la video-cápsula endoscópica (VCE) en casi la mitad de los casos (47.7%). En la mayoría se decidió un abordaje anterógrado (67.7%). Las angiodisplasias fueron los hallazgos más frecuentes (18.5%), seguido de pólipos (9.2%), úlceras (5.2%), atrofia mucosa (5.6%), estenosis benigna (4.2%), maligna (2.9%), tumores epiteliales (2.9%), subepiteliales (2.7%), yeyunitis ulcerativa (1.9%), linfangiectasias (1.3%), sangrado de anastomosis (0.6%), divertículos (0.4%) y Bezoar (0.2%). En 214 EDB no hubo hallazgo alguno (44.6%) y en otras 31 no se logró intubar la válvula ileocecal (6.5%; 31/155 EDB retrógradas; 20%). El mayor rédito de hallazgos a la EDB se observó entre aquellas indicadas por alteraciones en la enterorresonancia (2/2, 100%), VCE (147/229, 64.2%), enterotomografía (46/77, 59.7%), tomografía de abdomen (69/118, 58.5%), resonancia de abdomen (1/17, 5.9%) y otros (1/37, 2.7%) ($p<0.001$). Se hizo algún tipo de intervención en 184 EDB (65.5%), a saber: argón plasma (54.7%), marcación con tinta china (22.6%), poliectomía con ansa caliente (19%), mucossectomía (6.5%), retiro de litos (5.7%), colocación de clip hemostático (2.3%), dilatación de estenosis (1.2%), y esclerosis con polidocanol (1.2%). Hubo un cambio diagnóstico o terapéutico tras la realización de 270 EDB (56.3%). Solo se registró un evento adverso menor, correspondiente a una hemorragia leve con resolución endoscópica (0.2%).

Conclusiones: La EDB impacta positivamente en el cambio diagnóstico o terapéutica en más de la mitad de las ocasiones en que es realizada, con casi nulos eventos adversos. Es una herramienta muy eficaz y segura frente a patología del intestino delgado. No obstante, su rédito depende de previos estudios de semejante difícil acceso, como la VCE o enteroimágenes.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0112

SUFICIENCIA DIAGNÓSTICA DE LA COLANGIOSCOPIA GUIADA POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y SU ROL EN EL CAMBIO DE LA CONDUCTA TERAPÉUTICA FRENTE A NEOPLASIA DE LA VÍA BILIAR: UN ANÁLISIS POST-HOC DE UN CENTRO DE CUARTO NIVEL

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

PUGA-TEJADA, Miguel | LOPEZ, Gisele Salome | CAMPOMENOSI, Federico | HENSEL, Alejandro | MALAGA, Ignacio | AVEIGA CEDEÑO, Leonardo Andres | DE MARÍA, Julio César | MATANÓ, Raúl | GUIDI, Martín

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED EL CRUCE - DR. NÉSTOR CARLOS KIRCHNER

Introducción: El diagnóstico de precisión de una neoplasia de la vía biliar suele representar un reto. En el camino, muy pocos casos son oportunamente derivados a cirugía oncológica. El advenimiento de la colangioscopia digital de un solo operador (digital single-operator cholangioscopy, DSOC) dio lugar a un diagnóstico mucho más preciso que el cepillado. Al momento existen en el mundo cuatro modelos de inteligencia artificial (IA) para la detección de neoplasia de la vía biliar. El rol de la IA en el cambio de la conducta terapéutica en este contexto aún no ha sido descrito.

Objetivos: 1) Describir la tasa de casos con estenosis indeterminada de la vía biliar, evaluados con IA y encaminados a cirugía. 2) Estimar la suficiencia de la IA en el diagnóstico de neoplasia.

Material y Métodos: Cohorte prospectiva (Dic/25-May/26). Se incluyeron casos con estenosis indeterminada de la vía biliar según ASGE 2023 y ESGE 2024. Un operador experto en DSOC identificó neoplasia según los criterios de Mendoza. Luego, un sistema de IA identificó neovascularización o proyecciones papilares. Finalmente se tomaron biopsias. Se estimó la suficiencia diagnóstica para neoplasia tanto de la impresión visual como de la IA considerando la biopsia como gold estándar; y de todas estas considerando como gold estándar un seguimiento dos meses post-DSOC. Durante este período se documentó derivación a comité, cirugía, quimioterapia o

deceso. Considerando que la biopsia fue tanto un gold estándar como una prueba a validar, no se realizó un cálculo por intención a diagnosticar. Los datos fueron analizados en Rv4.0.

Resultados: Se incluyeron veinte casos con una mediana de 60 años, 10/20 mujeres. A la impresión visual, 12/20 casos correspondieron a neoplasia, 18/20 según la IA y 8/20 según la biopsia (2/8 BiIN). No obstante, en 4/20 fueron muestras insuficientes. En los 12/20 casos donde la impresión visual determinó neoplasia, la IA lo corroboró: 4/12 fueron encaminados a cirugía. En 8/20 casos en donde la impresión visual descartó neoplasia, la IA la identificó en 6/8: 2/6 colangitis biliar primaria e IgG4, 1/6 adenoma de la ampolla de Vater, 1/6 compresión extrínseca no tumoral. Hubo cambio de conducta en los restantes 2/6: en uno la biopsia identificó colangiocarcinoma, y en otro, si bien la biopsia descartó neoplasia, el comité ha planificado biopsia hepática laparoscópica. Tanto basándose en la biopsia como en el seguimiento, la IA tiene mayor sensibilidad y valor predictivo negativo (100%) que la impresión visual (87.5-92.3% y 83.3-87.5%) o la biopsia (80% y 71.4%, respectivamente). A pesar de ello, su especificidad es notablemente inferior (Figura 1).

Conclusiones: La IA representa una herramienta adicional en el abordaje diagnóstico de la neoplasia de la vía biliar. Si bien en la presente muestra ningún caso fue derivado a cirugía por los hallazgos de la IA per se, esta sí permitió en dos casos tomar una conducta distinta a la anticipada por la impresión visual solamente.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0135

IMPACTO EN LA HUELLA DE CARBONO DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEJIDAD

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 4. Endoscopia Miscelánea

CHIACCHIO, Dolores | TOLEDO CUENCA, Connie Isabel | FILIPPINI, Florencia | CONDORI, Ricardo Leonel | ALMARAZ, Marianella | PALMA, Agustina | BEZZONI, Pablo | GUZMAN, Mauricio | DULBECCO, Mariela | CAPALDI, Ianina | CORREA, Gustavo | TUFARE, Francisco | YANTORNO, Martin

HIGA San Martín La Plata

Introducción: La endoscopia digestiva es una de las subespecialidades con mayor impacto ambiental. Existen escasos datos prospectivos sobre el impacto de la huella de carbono en unidades de endoscopia en Latinoamérica.

Objetivos: Determinar el impacto ambiental en toneladas de CO₂ equivalente (tCO₂eq) de la Unidad de Endoscopia del Hospital Interzonal General de Agudos San Martín de La Plata mediante la cuantificación de residuos sólidos, consumo de agua y energía.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. Se relevaron 326 procedimientos, incluyendo videoendoscopia digestiva alta y video colonoscopia diagnósticas y terapéuticas, en 230 pacientes ambulatorios e internados durante el mes de junio. Se cuantificó mediante formulario cada elemento utilizado en cada procedimiento. Los residuos patogénicos sólidos y líquidos, y cortopunzantes se pesaron en balanza digital tras cada procedimiento y luego en conjunto. El consumo de agua se estimó a partir del protocolo de reprocesamiento manual de endoscopios. El consumo eléctrico del Servicio fue calculado por el Departamento de Electricidad a partir de la medición de la intensidad de la corriente eléctrica durante el funcionamiento de cada sala de endoscopia.

Resultados: Se generaron 440 g de residuos sólidos patogénicos por procedimiento, con un total de 143,44 kg en el período (6,52 kg/día). Los residuos líquidos recolectados fueron 240 ml/procedimiento (78,24 litros/período). El consumo de agua para reprocesamiento fue de 63 litros/procedimiento (20.548 litros/período; 934 litros/día). El consumo eléctrico calculado fue de 1960,2 kWh (89,1 kWh/día; 6,01 kWh/procedimiento). La huella de carbono total del período fue de 0,56 tCO₂eq, equivalente a 1,72 kg CO₂eq por procedimiento, proyección anual 6,72 tCO₂eq.

Conclusiones: Nuestro trabajo, alineado con el compromiso asumido por la Argentina en su Segunda Contribución Determinada a Nivel Nacional, constituye una de las primeras estimaciones de huella de carbono en una Unidad de Endoscopia en un hospital público. La cuantificación sistemática de los consumos y residuos del proceso asistencial permite identificar blancos de intervención orientados a reducir la contribución de la endoscopia en las emisiones institucionales. Es importante destacar que el análisis se centró exclusivamente en el impacto ambiental generado dentro de la Unidad, sin incluir emisiones indirectas, como el traslado de pacientes y personal, la producción y transporte de insumos, ni otras fuentes de Alcance 3, por lo que la huella real se cree mayor a la reportada. Asimismo, el cálculo energético consideró únicamente el consumo de las salas de endoscopia, excluyendo áreas complementarias como sala de recuperación, sala de espera y espacios comunes. Estas limitaciones reflejan las características de la infraestructura disponible y subrayan la necesidad de avanzar hacia sistemas de medición diferenciada en etapas futuras. La implementación de monitoreo específico por áreas y la integración de emisiones de Alcance 3 permitirán profundizar el análisis y orientar políticas de mitigación más precisas y efectivas.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0199

FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS A LESIONES SERRATAS SÉILES CON DISPLASIA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE POLIPOSIS SERRATA

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

JERVES BARROS, Saul Andres | ORTIZ SUÁREZ, Paula Gimena | MANOUKIAN, Silvina Alejandra | BELLINI, Sofia | RANDAZZO, Paula | MARCOLONGO, Mariano | GONZÁLEZ, María Laura

Hospital Italiano

Introducción: El Síndrome de Poliposis Serrata (SPS) se asocia con un mayor riesgo de neoplasia colorrectal. Los pacientes pueden desarrollar cáncer colorrectal (CCR), lesiones serratas con displasia o adenomas avanzados, eventos que modifican el riesgo, el pronóstico y las estrategias de vigilancia. Los factores asociados a la displasia en las lesiones serratas séiles permanecen parcialmente caracterizados en esta población.

Objetivos: Evaluar la asociación entre variables clínicas y la presencia de al menos una lesión serrata séil con displasia en pacientes con SPS.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional utilizando el Registro Institucional de SPS. Se definió evento a la presencia de al menos una lesión serrata séil con displasia (de alto o bajo grado). Como potenciales factores asociados se analizaron la edad al diagnóstico, el sexo, el tabaquismo y los antecedentes familiares de primer grado de CCR. Se realizó un análisis univariado para identificar factores asociados al evento. Posteriormente, las variables con relevancia clínica y/o asociación estadística fueron incorporadas a un modelo de regresión logística multivariado.

Resultados: Se incluyeron 153 pacientes con diagnóstico de SPS. En la tabla 1 se resumen las características de la cohorte. El análisis de las variables reveló una prevalencia de al menos una lesión serrata séil con displasia en el 35% (n = 53; IC 95%: 27% a 43%). En el análisis univariado únicamente los antecedentes familiares de primer grado de CCR se asociaron significativamente con la presencia de displasia (OR 2.15; IC95% 1.04-4.46; p=0.040). Tras ajustar por sexo, edad al diagnóstico y tabaquismo mediante un modelo de regresión logística multivariado, los antecedentes familiares de primer grado de CCR se mantuvieron como el único factor predictor independiente asociado significativamente con el evento combinado (OR 2.21; IC 95%: 1.05 a 4.65; p = 0.036).

Conclusiones: Los pacientes con antecedentes familiares de primer grado de CCR mostraron el doble de riesgo de presentar lesiones serratas séiles con displasia. La confirmación de este hallazgo en cohortes de mayor tamaño podría contribuir a optimizar la estratificación del riesgo en esta población.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0212

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EVENTOS ADVERSOS POST-COLANGIO-PANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA: ANÁLISIS DE UN REGISTRO PROSPECTIVO DE MÁS DE 15 AÑOS

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

TOPOR, Iván Nicolás | PUGA-TEJADA, Miguel | CAMPOMENOSI, Federico | LEANDRO, Facciuto | MALAGA, Ignacio | HENSEL, Alejandro | DE MARIA, Julio Cesar | MATANO, Raúl | GUIDI, Martin

Hospital Alta Complejidad El Cruce-Hospital Italiano La Plata

Introducción: la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) conlleva un riesgo no despreciable de eventos adversos (EA): pancreatitis, colangitis, conglavado y perforación. Actualmente existe nuevo instrumental y nuevas técnicas de instrumentación mediante CPRE, que pueden exacerbar los EA. En el mejor conocimiento de la autoría, a nivel nacional no se ha realizado una actualización sobre la tasa de EA post-CPRE en la última década.

Objetivos: describir las características demográficas, antecedentes y técnicas de instrumentación asociadas al desarrollo de EA post-CPRE.

Material y Métodos: estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, mediante el análisis retrospectivo de un registro electrónico prospectivo de CPRE de un centro de cuarto nivel (enero de 2010 a junio de 2026). Las características clínicas se compararon según la presencia o ausencia de cada EA mediante las pruebas de contraste de hipótesis correspondientes, y se construyeron modelos de regresión logística multivariada por cada EA (odds ratio, OR). Se consideró un valor de p<0,05 como estadísticamente significativo. Los datos se analizaron con el software R v4.0.

Resultados: durante el período de estudio se realizaron 5505 CPRE en 4510 pacientes, con una mediana de edad de 45 años (RIC 32-58) y 64,8% de mujeres. La indicación más frecuente fue la litiasis (75,4%). La pancreatitis post-CPRE (2,6%) y el sangrado (1,9%) fueron los EA más frecuentes, seguidos de la colangitis aguda (1,0%) y la perforación (0,6%); el óbito global fue del 0,2%. En el análisis multivariado, la canulación biliar difícil (OR 2,13; IC 95% 1,28-3,37), la instrumentación del conducto de Wirsung (OR 3,69; IC 95% 1,69-7,22) y la bilirrubina total (OR 1,02 por mg/dL) se asociaron de forma independiente con la pancreatitis. El antecedente de colangitis aguda (OR 4,15; IC 95% 1,78-8,51) y la falta de resolución completa del procedimiento (OR 0,39) se asociaron de forma independiente con la colangitis, que

además mostró una mortalidad significativamente mayor (3,7% vs. 0,1%; $p=0,0032$). No se identificaron predictores independientes de sangrado ni de perforación. La resolución completa del procedimiento fue, en el análisis bivariado, significativamente menor en pancreatitis, colangitis y perforación ($p<0,05$).

Conclusiones: la CPRE representa un procedimiento con una tasa no despreciable de EA. El desarrollo de pancreatitis o colangitis se asocia tanto a factores inherentes al paciente (bilirrubina elevada, antecedente de colangitis aguda) como a factores propios de la instrumentación (canulación biliar difícil, instrumentación del Wirsung, resolución incompleta del procedimiento). No se hallaron predictores independientes de sangrado ni de perforación. Estos hallazgos son difíciles de extrapolar por proceder de un centro de cuarto nivel; a pesar de ello, pueden orientar la sospecha clínica y la selección de pacientes de mayor riesgo en la práctica local.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0216

PANCREATITIS POSTERIOR A COLANGIOPANCREATOGRFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA: INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

BARÓN, Pablo | CIMMINO, Nicolas | CAPUTO, Maria Celeste | CIMMINO, Daniel | MELLA, Jose

Hospital Alemán

Introducción: La pancreatitis posterior a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica es la complicación más frecuente del procedimiento. Su aparición puede prolongar la internación y, en una minoría de casos, evolucionar a formas graves. La identificación de factores de riesgo clínicos y técnicos permite reconocer a los pacientes con mayor probabilidad de desarrollar esta complicación y optimizar las estrategias preventivas.

Objetivos: Identificar los factores clínicos y relacionados con el procedimiento asociados de manera independiente con pancreatitis posterior a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Como objetivos secundarios, estimar su incidencia y describir su gravedad

Material y Métodos: Material (pacientes) y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de cohorte que incluyó procedimientos efectuados entre enero de 2015 y diciembre de 2025. El análisis principal comprendió pacientes adultos con papila virgen sometidos a intento de canulación biliar selectiva. La pancreatitis posterior al procedimiento se definió según los criterios de Cotton y su gravedad se clasificó en leve, moderada o grave. Las variables categóricas se compararon mediante prueba exacta de Fisher y las continuas mediante prueba de Mann-Whitney. Las variables con relevancia clínica o valor de $p\leq 0,20$ en el análisis univariado se incorporaron a un modelo de regresión logística multivariable. Los resultados se expresaron como odds ratios ajustados con intervalos de confianza del 95%. Se consideró significativo un valor de $p<0,05$.

Resultados: Se registraron 1036 procedimientos; 613 correspondieron a papila virgen y constituyeron la cohorte principal. La edad media fue $63,6\pm 17,7$ años y 50,9% fueron mujeres. Se identificaron 26 casos de pancreatitis posterior al procedimiento, con una incidencia de 4,2%: 17 leves, 6 moderados y 3 graves, con una muerte. En el análisis multivariable se asociaron de manera independiente la ampulectomía (odds ratio 27,87; intervalo de confianza del 95% 6,92-112,30; $p<0,001$), la esfinteroplastia (odds ratio 26,80; intervalo de confianza del 95% 4,46-161,12; $p<0,001$), el precorte (odds ratio 8,04; intervalo de confianza del 95% 3,11-20,77; $p<0,001$) y la edad ≤ 40 años (odds ratio 3,35; intervalo de confianza del 95% 1,18-9,48; $p=0,023$). El sexo femenino no mostró asociación independiente. En el subgrupo de ampulectomías, la incidencia fue 26,7%.

Conclusiones: La incidencia de pancreatitis posterior al procedimiento en pacientes con papila virgen fue 4,2%. La ampulectomía, la esfinteroplastia, el precorte y la edad ≤ 40 años fueron factores de riesgo independientes. Estos hallazgos refuerzan la importancia de identificar a los pacientes de alto riesgo y optimizar las medidas profilácticas, especialmente en procedimientos complejos

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0227

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN COLANGITIS AGUDA LEVE A MODERADA POR LITIASIS COLEDOCIANA: ¿IMPACTA EN LOS DESENLACES INTRA-HOSPITALARIOS?

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

BARÓN, Pablo | CIMMINO, Nicolas | CAPUTO, Maria Celeste | CIMMINO, Daniel | MELLA, Jose

Hospital Alemán

Introducción: En la colangitis aguda grave (Tokio 2018 Grado III) no se discute

la necesidad de drenaje biliar urgente y resolución de la causa. En cambio, en la colangitis leve y moderada (Grados I y II) existe mayor margen de decisión sobre si realizar drenaje biliar aislado o resolución completa de la litiasis coledociana en el mismo procedimiento, sin que esté claramente establecido si esta elección modifica la evolución intrahospitalaria ni la tasa de complicaciones del procedimiento.

Objetivos: Evaluar la mortalidad intrahospitalaria, los días de estadía hospitalaria y el ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI) según la estrategia terapéutica (drenaje solo, resolución completa o mixta) en pacientes con colangitis aguda leve o moderada (Tokio Grado I o II) secundaria a litiasis coledociana, tratados mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

Material y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó procedimientos de CPRE realizados por colangitis aguda entre enero de 2015 y diciembre de 2025. Se seleccionaron los pacientes con litiasis coledociana clasificados como Tokio Grado I o II, excluyendo los Grado III. Se compararon tres estrategias terapéuticas: drenaje solo, resolución completa y mixta. Las variables categóricas se compararon mediante prueba exacta de Fisher y se consideró significativo un valor de $p<0,05$.

Resultados: Se incluyeron 35 procedimientos por litiasis coledociana con colangitis Grado I o II, sobre un total de 55 procedimientos por litiasis coledociana. La estrategia fue drenaje solo en 7 (20,0%), resolución completa en 15 (42,9%) y mixta en 13 (37,1%). No se registró mortalidad intrahospitalaria en ninguno de los tres grupos. El ingreso a UCI fue 0% con drenaje solo, 0% con resolución completa y 7,7% con estrategia mixta, sin diferencia significativa ($p=0,571$). La estadía hospitalaria promedio fue de $7,7 \pm 9,3$ días en drenaje solo, $3,6 \pm 2,2$ días en resolución completa y $4,7 \pm 5,8$ días en mixta, sin alcanzar significación estadística ($p=0,285$). Tampoco se hallaron diferencias significativas en la tasa de complicaciones del procedimiento entre drenaje solo y resolución completa (0% vs 4,3%; $p=1,000$).

Conclusiones: En pacientes con colangitis aguda leve o moderada secundaria a litiasis coledociana, la estrategia terapéutica adoptada durante la CPRE no se asoció con diferencias significativas en mortalidad, ingreso a UCI, días de internación ni complicaciones del procedimiento, aunque el tamaño muestral y la baja frecuencia de eventos limitan la potencia estadística. Estos hallazgos sugieren que, en los grados leve y moderado, la elección de estrategia puede individualizarse según las características clínicas sin comprometer el resultado intrahospitalario.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0235

TIMING DE LA COLANGIOPANCREATOGRFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA EN LA COLANGITIS AGUDA: IMPACTO EN LA MORTALIDAD SEGÚN SEVERIDAD EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

CIMMINO, Nicolás | BARON, Pablo | CAPUTO, Maria Celeste | MELLA, Jose Manuel | CIMMINO, Daniel Gustavo

Hospital Alemán

Introducción: El momento óptimo de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en la colangitis aguda continúa en debate, particularmente en los cuadros severos donde el retraso podría condicionar la evolución clínica.

Objetivos: Analizar el impacto del tiempo hasta la CPRE sobre los resultados clínicos según severidad de la colangitis, y determinar los factores asociados a mortalidad intrahospitalaria.

Material y Métodos: Se analizó una cohorte retrospectiva consecutiva de pacientes con colangitis aguda sometidos a CPRE durante 2015–2025. La severidad fue clasificada según Criterios de Tokio 2018. El tiempo hasta el procedimiento se calculó desde el inicio de síntomas o desde el ingreso hospitalario, y fue categorizado en 3 grupos (menos de 24, 24 a 48 y más de 48 horas). Se analizó la mortalidad y demás variables clínicamente importantes en estos 3 grupos y se los estratificó por la severidad de la colangitis.

Resultados: Se analizaron 127 pacientes con colangitis agudas (150 procedimientos), edad media 73,0 años; 63,3% varones; la etiología fueron litiasis 36,7%, disfunción de prótesis biliar 23,3%, y de causa neoplásica/tumoral 21,3%; la severidad fue Grado I 24,7%, Grado II 38,7%, Grado III 36,7%. La proporción de procedimientos precoces (menos de 24 horas) fue mayor en Grado III (30,9%) vs. Grado II (19,0%) vs. Grado I (16,2%). En colangitis Grado III, el drenaje realizado después de las 48 horas se asoció a mayor mortalidad (30,0% frente a 7,1% entre 24 y 48 horas y 17,6% antes de 24 horas) y mayor estadía hospitalaria (10,0 vs 5,0 días), sin significación estadística por el tamaño muestral. El grupo con drenaje entre 24 y 48 horas mostró los mejores resultados en todas las variables evaluadas. La distribución etiológica no difirió significativamente según el timing ($p=0,518$). La mortalidad global por paciente fue del 9,38% (12/127). Al estratificar por el grado de severidad más alto alcanzado, la mortalidad fue significativamente mayor en Grado III (18,8%) respecto a Grado I (6,9%) y Grado II (2,0%; $p=0,014$). La falla en lograr la canulación biliar se asoció fuertemente a mortalidad (42,9% frente a 6,3% con canulación exitosa; $p=0,012$). De 7 pacientes con canulación fallida, 5 fueron rescatados con drenaje percutáneo, de los cuales 3 fallecieron.

Conclusiones: En la colangitis severa, el drenaje endoscópico realizado después de las 48 horas mostró una tendencia a peor evolución clínica y la ventana de 24 a 48 horas se asoció a mejores resultados. La mortalidad fue significativamente mayor

en colangitis Grado III confirmando la severidad basal como determinante robusto del pronóstico. La falla de canulación se asoció fuertemente a mortalidad.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0310

RESULTADOS DE LA MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PER-RECTAL EN EL MANEJO DEL MEGACOLON CONGÉNITO Y ADQUIRIDO: SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE UNA SERIE DE CASOS

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

PORFILIO GUILARTE, Giovanna | YAÑEZ, Federico | ESCOBAR, Rafael | PARADELO, Gustavo | LLERA SOSA, María Milena | VERON, Gabriel Anibal | CARAMES, Juan Carlos | CÁRDENAS COBOS, Minerva | PUGA-TEJADA, Miguel | KAHALEH, Michel

INSTITUTO EIRA MISIONERO DE GASTROENTEROLOGIA Y MOTILIDAD DIGESTIVA

Introducción: La miotomía endoscópica per-rectal (per-rectal endoscopic myotomy, PREM) es un procedimiento mínimamente invasivo de cirugía de tercer espacio recientemente descrito para el tratamiento del megacolon congénito (enfermedad de Hirschsprung) o adquirido (Chagas o postquirúrgico). En el mejor conocimiento de la autoría, ningún estudio ha reportado resultados en una población específica a nivel nacional.

Objetivos: Describir los resultados técnicos, clínicos y eventos adversos del PREM en una serie de casos procedente de varias localidades y seguidos durante un período de 24 meses.

Material y Métodos: Estudio observacional del tipo serie de casos. El megacolon se diagnosticó mediante enema de bario, manometría anorrectal y biopsias submucosas o transmural. Se indicó preparación intestinal con polietilenglicol 1.5 g/kg por tres días. Se realizó PREM por incisión vertical, dividiendo el esfínter anal interno en todos los casos. Se recuperaron datos demográficos, clínicos pre-PREM, y los desenlaces a corto, mediano y largo plazo (4 horas, 7 días y hasta 24 meses, respectivamente). Las variables categóricas fueron descritas en %, y las continuas en mediana y expresadas en rango intercuartil (RIC). Las variables pre vs. post-PREM fueron comparadas mediante las correspondientes pruebas de contraste de hipótesis para muestras repetidas. Los datos fueron analizados en Rv4.0.

Resultados: Se realizó PREM a doce pacientes, 10/12 procedentes de Argentina (4/10 Misiones, 3/10 Chaco, 2/10 Buenos Aires y 1/10 Corrientes) y 2/12 de Asunción, Paraguay. La mediana de edad fue de 10 años (RIC 7.8-12.3), 6/12 femenino. La causa del megacolon fue enfermedad de Hirschsprung en 3/12, adquirida en 4/12 y posquirúrgica en 5/12. La mayoría presentó una evolución de síntomas de ≥ 24 meses (7/12), con una mediana de deposiciones cada 10 días (9.3-15), todos con requerimiento de uno o más tipos de laxantes o proquinéticos. La mediana pre-PREM del Wexner, Resting y Squeeze score fue de 20 (18-25.5), 3 (3-4) y 2 (2-3), respectivamente. La mediana de presión anal basal fue de 62.5 mmHg (52.5-71.3). La mediana de duración del PREM fue de 87.5 min (RIC 65-91.3). Los pacientes afirmaron la canalización de flatos y reiniciaron dieta líquida 12 horas post-PREM, con sonidos hidroaéreos y deposiciones a las 24 horas. Ninguno requirió laxantes al alta ($p < .001$). No se registró ningún evento adverso a corto, mediano o largo plazo.

Conclusiones: En la muestra atendida, PREM demostró ser un procedimiento seguro, efectivo y reproducible en el manejo del megacolon de distintas causas. Se observó un éxito técnico con buenos resultados sin eventos adversos durante el seguimiento a corto, mediano o largo plazo. Estos resultados deben ser confirmados en una muestra más amplia.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0347

EVALUACIÓN OBJETIVA DE LA DENSIDAD MICROVASCULAR PANCREÁTICA MEDIANTE ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA CON IMAGEN POR DETECCIÓN DE FLUJO ASISTIDA POR COMPUTADORA

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

ROBLES-MEDRANDA, Carlos | PUGA-TEJADA, Miguel | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge | DEL VALLE-ZAVALA, Raquel | ALCIVAR-VASQUEZ, Juan | AREVALO-MORA, Martha

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: La imagen por detección de flujo (DFI) es una modalidad emergente de ultrasonido endoscópico (USE) capaz de visualizar el flujo microvascular de baja velocidad sin agentes de contraste. Si bien se ha explorado la evaluación cualitativa de la vascularidad pancreática, las métricas cuantitativas como el número de vasos son insuficientes. La detección automatizada de vasos mediante software de detección asistida por computadora (CADE) podría permitir la medición objetiva de la densidad microvascular. Nuestro objetivo es evaluar la precisión diagnóstica de

un CADE desarrollado para la cuantificación de vasos finos en el páncreas durante USE en tiempo real.

Objetivos: Se realizó un estudio prospectivo que incluyó pacientes adultos consecutivos sometidos a USE entre junio de 2024 y octubre de 2025. El páncreas se evaluó mediante DFI. El software CADE en tiempo real analizó las imágenes DFI en vivo, detectando y contando vasos finos. El recuento promedio de vasos finos (AVC) se definió como el recuento medio de vasos detectados por el CADE durante el procedimiento. Diez médicos externos, endoscopistas senior (40%) y becarios (60%), evaluaron 11 videos USE-DFI seleccionados aleatoriamente para proporcionar recuentos de vasos e interpretación categórica. Se calcularon la correlación intraclass (ICC) y la concordancia interobservador (IOA) para la interpretación.

Material y Métodos: Se incluyeron sesenta y cinco participantes (Patológicos: 52; Sanos: 13). La edad media fue de 57.7 ± 16.3 y 42.2 ± 16.1 ($p < 0.05$), y el 58.5% eran mujeres ($p = 0.131$). No hubo diferencias en dolor abdominal, náuseas/vómitos ni ictericia entre los grupos ($p > 0.05$). El CADE proporcionó un AVC de 12.4 ± 4.9 en páncreas patológico y 5.2 ± 3.8 en páncreas sano ($p < 0.05$). El recuento máximo de vasos finos (MVC) para el páncreas patológico fue de 35.6 ± 13.6 y de 22.2 ± 22.2 para el páncreas sano ($p = 0.056$). La sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo, y concordancia observada para distinguir entre páncreas patológico y sano fueron del 90%, 92%, 98%, 71% y 91%, respectivamente. El grupo de páncreas patológico se estratificó adicionalmente en condiciones inflamatorias y neoplásicas. Las condiciones inflamatorias presentaron un AVC mayor [13.0 (10.0–17.0)] que las lesiones neoplásicas [8.0 (7.0–16.0)]. La evaluación visual mostró un ICC deficiente tanto en senior (-0.2 , $p = 0.965$) como en becarios (-0.09 , $p = 0.905$), mientras que la interpretación categórica alcanzó una concordancia sustancial (senior: $k = 0.624$, $p < 0.05$; becarios: 0.653 , $p < 0.05$).

Resultados: La detección de vasos basada en CADE proporciona una cuantificación objetiva y fiable de los vasos finos pancreáticos durante USE en tiempo real, demostrando una alta precisión diagnóstica para diferenciar el páncreas patológico del sano. La evaluación visual mostró una reproducibilidad deficiente para los recuentos de vasos, pero una concordancia sustancial para la interpretación categórica.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0025

VÁRICES YEYUNALES: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

ESCUADERO, Ulises | GARCÍA ALLENDE, Leonardo | MICONI, Diego Gabriel | RASTELLI, Laureano | SEQUEIRA, Agustín | TONN, Federico, Eugenio | YAÑEZ, Carolina

Hospital Privado de Comunidad

Introducción: La hemorragia digestiva de origen oscuro representa un desafío diagnóstico cuando la videoendoscopia digestiva alta y la videocolonoscopy no identifican la fuente del sangrado. Las várices ectópicas son una causa infrecuente de hemorragia digestiva y pueden desarrollarse en pacientes con hipertensión portal segmentaria secundaria a trombosis u obstrucción del sistema venoso esplenoportal, requiriendo un alto índice de sospecha y métodos diagnósticos complementarios.

Objetivos: Presentar un caso de hemorragia digestiva recurrente secundaria a várices yeyunales en una paciente con antecedente de duodenopancreatectomía céfala por adenocarcinoma de páncreas.

Caso Clínico: Paciente femenina de 68 años con antecedente de adenocarcinoma de páncreas tratada con quimioterapia neoadyuvante y posterior duodenopancreatectomía céfala en abril de 2023, completando tratamiento adyuvante. Consultó por deposiciones con restos hemáticos e hipotensión, constatándose anemia severa que requirió transfusión de glóbulos rojos. La videoendoscopia digestiva alta evidenció angiodisplasias gástricas y un área lineal de neovascularización próxima a la anastomosis gastro-yeyunal, tratadas con argón plasma. La videocolonoscopy mostró únicamente diverticulosis izquierda, sin evidencia de sangrado. Posteriormente presentó múltiples episodios de melena y proctorragia con compromiso hemodinámico, anemia grave, requerimiento de transfusiones y soporte vasoactivo. Se realizaron sucesivas videoendoscopias, enteroscopia por push, videocolonoscopias, angiogramografía, angiografía mesentérica y centellograma con glóbulos rojos marcados, sin identificar la fuente del sangrado. Ante la persistencia del cuadro se realizó una cápsula endoscópica para completar el estudio del intestino delgado.

Resultados: La cápsula endoscópica evidenció imágenes vasculares compatibles con várices yeyunales y un coágulo adherido a la mucosa, orientando el origen del sangrado. La revisión multidisciplinaria de las imágenes vasculares confirmó estenosis y trombosis de la vena esplénica a nivel del confluente esplenomesentérico, con desarrollo de circulación colateral yeyunal compatible con várices ectópicas sangrantes. En función de estos hallazgos, se realizó tratamiento endovascular mediante colocación de un stent en la vena esplénica y embolización de las várices yeyunales, logrando el control del sangrado, la estabilización clínica de la paciente y la ausencia de nuevos episodios hemorrágicos durante la internación.

Conclusión: Las várices yeyunales constituyen una causa infrecuente de hemorragia digestiva de origen oscuro y deben considerarse en pacientes con antecedentes de cirugía pancreática, especialmente cuando existe trombosis o estenosis de la vena esplénica con hipertensión portal segmentaria. Este caso destaca la importancia

cia de ampliar el estudio del intestino delgado cuando los métodos endoscópicos convencionales no identifican la fuente del sangrado, así como el valor de la cápsula endoscópica y de la evaluación multidisciplinaria para arribar al diagnóstico y seleccionar una estrategia terapéutica endovascular eficaz.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0083

SUTURA ENDOSCÓPICA CON SISTEMA X-TACK COMO RESCATE TERAPÉUTICO EN FÍSTULA DUODENAL REFRACTARIA POSTQUIRÚRGICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

RIOS GARZON, Jonnathan Efrain | OLMOS, Juan Ignacio

Sanatorio Güemes

Introducción: El manejo de fístulas duodenales en un "abdomen hostil" y peritonitis postquirúrgica es de extrema complejidad y alta morbilidad para la cirugía convencional. En pacientes críticos, el abordaje mínimamente invasivo es imperativo. Los sistemas de sutura endoscópica de espesor total emergen como rescate terapéutico eficaz para defectos mucosos complejos, evitando reintervenciones de altísimo riesgo.

Objetivos: Describir la viabilidad, seguridad y eficacia clínica del sistema de sutura endoscópica X-TACK combinado con Argón Plasma para el cierre de una fístula duodenal refractaria en un paciente crítico con abdomen hostil.

Caso Clínico: Masculino de 61 años, tabaquista y enolista; antecedente de pancreatitis aguda grave (BISAP 3) con necrosis y drenajes percutáneos. Reingresa por cuadro de abdomen agudo. La TC evidencia neumoperitoneo e isquemia cecal. Evolucionaba hacia un "abdomen hostil", requiriendo múltiples laparotomías de urgencia (09-19/11) por peritonitis fecal y dehiscencias. Se realiza colectomía derecha, necrosectomías pancreáticas, duodenorrafia, enterectomía e ileostomía, quedando con abdomen abierto y contenido (sistema VAC). Ante persistencia de fístula duodenal por dehiscencia e inviolabilidad quirúrgica, se indica resolución endoscópica. VEDA Diagnóstica (16/01/26): Defecto fistuloso de 3 cm en transición bulbo-rodilla duodenal, tapizado por abundante tejido de granulación. 1° Terapéutica (27/01/26): Se escarifican bordes con Argón Plasma para promover respuesta cicatrizal. Luego, se realiza cierre mecánico mediante sistema de sutura endoscópica pasante de espesor total X-TACK y anclaje (Cinch). 2° Terapéutica (20/03/26): VEDA de consolidación aplicando nuevamente X-TACK sobre el remanente fistuloso. Control (29/05/26): Duodenoscopia programada para constatar cicatrización mucosa a largo plazo.

Resultados: La terapéutica térmica y mecánica combinada logró el cierre efectivo del defecto de 3 cm y el control del débito fistuloso. Los procedimientos fueron exitosos y sin complicaciones. El paciente evolucionó de forma favorable, lúcido y hemodinámicamente estable. Se evitó una reintervención con morbilidad prohibitiva, permitiendo mantener el sistema VAC funcional y optimizando su recuperación integral.

Conclusión: El manejo de dehiscencias y fístulas duodenales en abdomen hostil post-necrosectomía pancreática representa un límite para la cirugía convencional. La sutura endoscópica avanzada (X-TACK y Argón Plasma) se consolida como alternativa mínimamente invasiva, eficaz y segura. Esta técnica permite el cierre de grandes defectos luminales y reduce drásticamente la morbilidad en pacientes críticos no aptos para cirugías tradicionales.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0102

FÍSTULA AORTODUODENAL SECUNDARIA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA RECURRENTE

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

ZANOTTI, María Agustina | RICCIUTI, Mercedes | ELENA, Wanda | ARAYA, Valentina | BÁEZ, Elsa Victoria | CURRÁS, Alfredo Eduardo | BRIOLA, Magali

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JUAN A. FERNÁNDEZ

Introducción: La fístula aortoentérica secundaria es una complicación infrecuente de la cirugía de reparación del aneurisma de aorta abdominal con una incidencia que oscila entre 0,36 y 1,6% y representa una causa rara pero potencialmente letal de hemorragia digestiva. Su diagnóstico suele retrasarse debido a la presentación clínica inespecífica y al bajo rendimiento de los estudios complementarios iniciales. La llamada hemorragia centinela ("herald bleeding") presente hasta en un 50% de los casos, constituye una oportunidad diagnóstica, por lo que mantener un elevado índice de sospecha resulta fundamental.

Objetivos: Describir un caso de hemorragia digestiva recurrente secundaria a una fístula aortoduodenal como causa infrecuente, destacando el valor del antecedente

vascular y de la exploración endoscópica para arribar al diagnóstico.

Caso Clínico: Se presenta paciente masculino de 64 años con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular aterosclerótica y reparación quirúrgica de aneurisma de aorta abdominal en 2019. Había presentado dos intervenciones previas por hemorragia digestiva de origen no aclarado. Ingresó por un nuevo episodio de hematemesis y melena con compromiso hemodinámico. Durante la internación presentó recurrencia del sangrado con requerimiento de múltiples transfusiones. Se realizaron nuevas videoendoscopias digestivas altas, videocoloscopias, angiotomografías, angiografía mesentérica, videocápsula endoscópica y enterorresonancia, sin identificar el origen del sangrado. Posteriormente presentó bacteriemia por *Escherichia coli*.

Resultados: La angiotomografía evidenció un aneurisma infrarrenal en íntimo contacto con la tercera porción duodenal, con pérdida del plano de clivaje graso y presencia de burbujas aéreas en la pared aneurismática (figura 1), hallazgos sugestivos de fístula aortoentérica secundaria. Ante la persistencia del sangrado y la sospecha diagnóstica, se realizó una nueva videoendoscopia digestiva alta con exploración dirigida de la tercera porción duodenal, que mostró una solución de continuidad de aproximadamente 2 cm con exposición de material protésico metálico y un pequeño orificio adyacente con drenaje purulento pulsátil (figura 2), confirmando el diagnóstico. Posteriormente, se efectuó reparación endovascular mediante colocación de una endoprótesis, con resolución del cuadro hemorrágico y evolución clínica favorable.

Conclusión: La fístula aortoentérica secundaria debe considerarse ante episodios recurrentes de hemorragia digestiva en pacientes con antecedente de cirugía aórtica, aun cuando los estudios iniciales resulten negativos. La sospecha clínica y la integración de los hallazgos tomográficos con la exploración endoscópica permitieron establecer el diagnóstico en este caso (figura 2). El reconocimiento de una posible hemorragia centinela puede favorecer el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de una entidad asociada a elevada morbilidad.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0103

MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PERORAL CON SEPTOTOMÍA DE DIVERTÍCULO EPIFRÉNICO GRANDE EN PACIENTE CON OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO DE SALIDA DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

CHIACCHIO, Dolores | TOLEDO CUENCA, Connie Isabel | FILIPPINI, Florencia | CONDORI, Ricardo Leonel | ALMARAZ, Marianella | PALMA, Agustina | BEZZONI, Pablo | GUZMAN, Mauricio | DULBECCO, Mariela | CAPALDI, Ianina | CORREA, Gustavo | BALDONI, Fernando | TUFARE, Francisco | YANTORNO, Martín

HIGA San Martín La Plata

Introducción: El divertículo epifrénico es un divertículo por pulsión del tercio distal del esófago, asociado en la mayoría de los casos a un trastorno motor subyacente. Tradicionalmente, su tratamiento ha sido quirúrgico, con buenos resultados clínicos, pero con una morbilidad relevante, donde la fuga anastomótica constituye el evento adverso más frecuente. En los últimos años, la endoscopia de tercer espacio ha incorporado la miotomía endoscópica peroral (POEM) como alternativa mínimamente invasiva para corregir el trastorno motor, y su variante diverticular (D POEM), que combina la miotomía con la septotomía del tabique diverticular, permite abordar simultáneamente ambas afecciones en un mismo tiempo endoscópico.

Objetivos: Describir un caso de divertículo epifrénico esofágico grande asociado a obstrucción del flujo de salida esofágico gástrico (EGJOO) tratado endoscópicamente mediante miotomía selectiva del esfínter esofágico inferior y septotomía del divertículo.

Caso Clínico: Paciente femenina de 55 años con neurofibromatosis tipo 1 y divertículo epifrénico grande, que consultó por dolor retroesternal intermitente, regurgitación de líquidos y disfagia ocasional, valor de Eckardt extrapolado de 3 puntos. El tránsito esofágico evidenció un divertículo voluminoso con inadecuada distensión gástrica, la videoendoscopia alta mostró un divertículo de aproximadamente 8 cm con compresión cardial. La manometría de alta resolución reveló presión de relajación integrada aumentada, peristalsis conservada y presión intrabolo elevada en más del 20% de las degluciones, compatible con EGJOO. Se repitió el tránsito esofágico minutos después el cual demostró vaciamiento completo a los 5 minutos. Para resolver la discrepancia observada entre estudios morfológicos y funcionales se evaluó impedanciometría con Sonda de Imagen Luminal Funcional Endoluminal. Este confirmó apertura reducida de la unión esofagogastrica con índice de distensibilidad de 0,7 mm²/mmHg y diámetro esofágico de 6,5 mm. Tras discutir alternativas terapéuticas, se decidió en conjunto con la paciente realizar D POEM.

Resultados: El procedimiento se efectuó bajo sedación anestésica, con insuflación de CO₂ y profilaxis antibiótica. Se identificó el divertículo en pared posterolateral derecha, se realizó miotomía selectiva posterior del esfínter esofágico inferior de 8 cm y septotomía a través del túnel submucoso, logrando unificar la luz esofágica con el reservorio diverticular. La paciente permaneció internada 48 horas, toleró dieta y se indicó seguimiento. Al control al mes, refería ausencia de disfagia y dolor torácico, con regurgitación ocasional sin pirois, bajo tratamiento con inhibidores de bomba de protones.

Conclusión: El D POEM es una técnica eficaz y segura para el tratamiento combinado del divertículo epifrénico y su trastorno motor asociado. La evidencia en diver-

ticulos de gran tamaño es escasa, lo que justifica este reporte como aporte adicional. Estudios multicéntricos muestran tasas de éxito y seguridad comparables entre miotomía aislada y miotomía con septotomía; esta última favorecería el vaciamiento del reservorio diverticular y potencialmente la sintomatología asociada, incluso en divertículos voluminosos. Como limitación, la paciente continúa en seguimiento y no existe un protocolo estandarizado de control postprocedimiento, lo que dificulta la comparación entre series y centros.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0145

EFICACIA DE LA TERAPIA DE VACÍO ENDOSCÓPICO EN EL TRATAMIENTO DE SOLUCIONES DE CONTINUIDAD DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR: SERIE DE CASOS

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

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

Hospital Privado de Comunidad

Introducción: Las soluciones de continuidad del tracto digestivo superior constituyen complicaciones críticas con una morbilidad reportada entre el 12% y 50%. En la actualidad las opciones terapéuticas mínimamente invasivas han demostrado mejores resultados en el manejo de estas complicaciones respecto a las intervenciones quirúrgicas tradicionales. La Terapia de Vacío Endoscópico (TVE) ha surgido como una alternativa. Su mecanismo de acción incluye micro y macrodeformación, angiogénesis, control del exudado y aclaramiento bacteriano que lleva a formación de tejido de granulación y cierre del defecto. Debido a la limitada disponibilidad de insumos comerciales, el desarrollo de una variante artesanal de bajo costo es fundamental para garantizar la accesibilidad a este tratamiento sin comprometer la seguridad del paciente. La eficacia de la técnica se ha demostrado en diversos estudios obteniendo resultados superiores a otro tipo de técnicas (stent, clips, sutura endoscópica y adhesivos tisulares).

Objetivos: Describir la experiencia institucional en el manejo de cuatro pacientes con disrupción esofágica tratados exitosamente mediante esta técnica, destacando su versatilidad y adaptabilidad técnica.

Caso Clínico: Se analizó de manera retrospectiva una serie de 4 pacientes. El sistema se fabricó mediante la fijación de gasas hidrófilas a una sonda nasogástrica multiperforada con succión continua. Se aplicó un protocolo de recambio cada 3 a 5 días. El cierre del defecto se constató mediante tomografía (TC) con contraste oral o tránsito esofágico (SEGD). Paciente 1: Varón, 64 años. Adenocarcinoma de la unión esófago-gástrica, tratado neoadyuvancia y gastrectomía total. Presentó taquicardia y febrícula; la TC reveló neumomediastino. En la endoscopia se observó área cubierta de fibrina en la anastomosis esófago-yeyunal. Se colocó TEV intraluminal. Paciente 2: Mujer, 80 años. Adenocarcinoma gástrico, realizó neoadyuvancia y gastrectomía total. Intercorrió con dehiscencia del 25% de la anastomosis y fístula esófago-pleural. Se colocó TEV intracavitario. El lecho presentó tejido de granulación y vasos de neoformación, permitiendo la transición a modalidad intraluminal. Paciente 3: Varón, 54 años. Adenocarcinoma infiltrante de tipo intestinal de cuerpo gástrico. Se realizó neoadyuvancia y gastrectomía total. La prueba oral con azul de metileno reveló débito por drenaje y la TC contraste peri-anastomótico. Se colocó TEV intraluminal a nivel de la anastomosis. Paciente 4: Varón, 65 años. Hematemesis tras ingesta alimentaria. La TC mostró aire periesofágico y la endoscopia evidenció desgarro de pared en el tercio inferior. Se colocó TEV intraluminal.

Resultados: En todos los casos se logró el cierre exitoso del defecto: Paciente 1: Se realizaron 3 recambios con cierre tras 13 días de tratamiento con SEG y sin fuga. Paciente 2: El cierre definitivo se constató tras 6 recambios a los 22 días mediante TC. Paciente 3: Se confirmó cierre de fístula por TC y prueba de azul negativas tras 3 recambios en 13 días. Paciente 4: A los 3 días se confirmó la ausencia de fuga mediante tránsito esofágico, permitiendo el retiro del dispositivo.

Conclusión: La TEV es una herramienta eficaz, segura y reproducible para el manejo de defectos transmural. La misma reduce la necesidad de reintervenciones quirúrgicas de alta morbilidad, posicionándose como una opción de primera línea en el manejo de estas complicaciones.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0177

POLIPOSIS EN PEDIATRÍA: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y MANEJO ENDOSCÓPICO ESCALONADO

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 3. Endoscopia Pediátrica

FERREYRA VALVASSORI, Nair | FLORENCIA, Di Vincenzo | GOBELET, Jaqueline | OROPEZA, Gabriela

SANATORIO ALLENDE

Introducción: La poliposis hamartomatosa del tracto gastrointestinal superior en la edad pediátrica constituye un desafío diagnóstico y terapéutico. Aunque histológicamente se definen como lesiones benignas, su comportamiento clínico se caracteriza por una marcada agresividad biológica, evidenciada por un crecimiento volumétrico acelerado que obstruye la luz y propicia fenómenos mecánicos graves, tales como invaginación intestinal recurrente y obstrucciones que llevaban a la necesidad de resección quirúrgica.

Objetivos: Presentar un caso clínico de paciente pediátrico con frecuentes internaciones secundaria a múltiples pólipos hamartomatosos gigantes duodeno yeyunales, en donde se logra realizar tratamiento endoscópico para poliposis evitando al momento intervenciones quirúrgicas a más de un año del diagnóstico inicial.

Caso Clínico: Paciente masculino de 10 años, sin antecedentes, ingresó por abdomen agudo obstructivo secundario a intususcepción yeyuno-yeyunal. Se realizó laparoscopia de urgencia con y enterectomía segmentaria en donde se evidencia pólipo hamartomatoso. A los cinco meses reingresó por suboclusión intestinal. La videoendoscopia digestiva alta (VEDA) reveló múltiples pólipos duodenales sésiles y pediculados que obstruían >50% de la luz (segunda a cuarta porción). Mediante enteroscopia anterógrada (progresión a 180 cm y marcación con tinta china) se constató poliposis yeyunal difusa, realizándose polipectomía con asa caliente de cinco lesiones (10-20 mm). Ante la persistencia de crisis obstructivas por el crecimiento de las lesiones duodenales remanentes, se inició una estrategia de erradicación escalonada mediante mucosectomías seriadas. Se realiza, además, entero TC con objetivo de ver extensión de la patología. El análisis histopatológico de todas las piezas resegadas confirmó pólipos hamartomatosos. El estudio genético molecular evidenció mutaciones en los genes MUTYH y FANCA. Actualmente, el paciente continúa estable bajo estrecho seguimiento multidisciplinario.

Resultados: La poliposis hamartomatosa de intestino delgado en pediatría es un fenómeno de baja frecuencia y alta morbilidad mecánica. La evolución clínica de este paciente destaca por la agresividad biológica de sus lesiones, caracterizadas por una tasa de duplicación volumétrica inusualmente acelerada que precipitó en cuadros obstructivos. La resolución de este caso mediante técnicas de endoscopia avanzada subraya el cambio de paradigma terapéutico, donde el rescate endoscópico seriado y la mucosectomía duodenal de pólipos gigantes consolidan una alternativa segura y eficaz frente a la cirugía abierta de revisión. Desde la perspectiva molecular, el hallazgo de mutaciones duales en MUTYH y FANCA propone un mecanismo fisiopatológico poco frecuente para la generación de un fenotipo hamartomatoso en la infancia: En primera instancia la atipicidad del fenotipo MUTYH es una entidad de herencia autosómica recesiva vinculada clásicamente al desarrollo de adenomas colorrectales durante la edad adulta. Por otro lado, la coexistencia con la variable FANCA compromete de forma simultánea y cooperativa dos sistemas críticos de la Respuesta al Daño del ADN. Lo que induce una acumulación acelerada de mutaciones somáticas y estrés replicativo en las células madre pluripotenciales de las criptas duodeno-yeyunales.

Conclusión: El rescate endoscópico periódico mediante enteroscopia y mucosectomía es una alternativa segura, eficaz y preferible a la cirugía abierta en pacientes pediátricos con poliposis gigante. Este enfoque secuencial permite el control de los síntomas obstructivos, previene la necesidad de cirugías de urgencia y preserva la anatomía y función intestinal a largo plazo.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0194

DE MALT A LINFOMA DE ALTA AGRESIVIDAD: EL VALOR DEL SEGUIMIENTO ENDOSCÓPICO E HISTOLÓGICO

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

PENAYO SOLIS, Florencia Noemi | DEL PEDRO, María Virginia | MARUELLI, Silvina | LICCIARDELLO, Mariana | CARUSO, Santiago | SUÁREZ, Daniela Celeste | FERRO, Camila | CABALLERO, Sofía | CANTONI, Pablo Nahuel | HERMIDA, Cristina Raquel | CAMPOS, Lucía Mercedes

Complejo Médico Churrua Visca

Introducción: El linfoma MALT gástrico es el linfoma extranodal más frecuente del tracto gastrointestinal y se asocia estrechamente a *Helicobacter pylori*. La erradicación bacteriana constituye el tratamiento inicial; sin embargo, la persistencia de lesiones endoscópicas durante el seguimiento puede reflejar enfermedad residual o transformación histológica.

Objetivos: Resaltar el valor del seguimiento endoscópico con biopsias en pacientes con linfoma MALT gástrico luego de la erradicación de *Helicobacter pylori*.

Caso Clínico: Se presenta el caso de un paciente masculino de 55 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y accidente isquémico transitorio, que consultó por epigastralgia y pirosis crónica. Fue evaluado mediante videoendoscopia digestiva alta (VEDA) con biopsias.

Resultados: La VEDA evidenció gastropatía erosiva con patrón granular, erosiones sobre elevadas y áreas de mucosa blanquecina. Por sospecha endoscópica de metaplasia intestinal gástrica, se realizaron biopsias según protocolo de Sydney. La anatomía patológica informó gastritis crónica activa asociada a *Helicobacter pylori* y linfoma B de la zona marginal extranodal tipo MALT, con un índice proliferativo Ki67 del 5%. El paciente discontinuó el seguimiento durante dos años y concurrió nuevamente por persistencia de los síntomas. Se indicó tratamiento erradicador

con cuádruple terapia con bismuto y se realizó VEDA de control tras el tratamiento antibiótico, evidenciando la persistencia de la gastropatía congestiva y erosiva, identificándose además una lesión exofítica de aproximadamente 12–15 mm en cuerpo bajo/antró gástrico, con centro ulcerado, bordes friables y sangrado al contacto, realizándose biopsias múltiples. La anatomía patológica informó un linfoma no Hodgkin de células B de alta agresividad histológica, fenotipo centro germinal, con un índice proliferativo Ki67 del 60%. Los hallazgos fueron compatibles con una probable transformación del linfoma MALT previamente diagnosticado. El paciente inició seguimiento por hematología y tratamiento con rituximab.

Conclusión: La erradicación de *Helicobacter pylori* constituye el tratamiento inicial del linfoma MALT gástrico localizado; sin embargo, la mejoría clínica no excluye la persistencia o progresión de la enfermedad. La importancia del seguimiento endoscópico con biopsias seriadas radica en identificar la persistencia de enfermedad o una probable transformación histológica hacia un linfoma B de alta agresividad, lo que permitió modificar oportunamente la estrategia terapéutica.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0219

RESECCIÓN CURATIVA DE UN TUMOR NEUROENDOCRINO RECTAL G1 MEDIANTE MUCOSECTOMÍA ASISTIDA CON BANDA ELÁSTICA (DUETTE): REPORTE DE CASO.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Colon GONZALEZ CREPSAC, Vera Lucia | DORADO, Fernanda | MARTINEZ, Ruby | MISSISSIAN, Pedro | PEREZ TAPIA, Francisco Javier

SANATORIO DUPUYTREN

Introducción: Los tumores neuroendocrinos (NET) rectales representan una entidad infrecuente cuyo diagnóstico ha aumentado en los últimos años debido a la implementación de la videocolonoscopia (VCC) de pesquisa. En lesiones menores de 10 mm, bien diferenciadas y confinadas a mucosa o submucosa, la resección endoscópica constituye el tratamiento de elección. Las técnicas de mucosectomía modificada, como la mucosectomía asistida con banda elástica (Duette), permiten incrementar la tasa de resección completa respecto de la poliopectomía convencional y son recomendadas por las guías internacionales.

Objetivos: Describir un caso de NET rectal incidental tratado mediante mucosectomía tipo Duette y revisar los criterios histopatológicos asociados a resección curativa.

Caso Clínico: Paciente con antecedente de VIH en TARV, sometido a VCC de screening, en la que se identificó a 5cm del margen anal, una lesión subepitelial de 10 mm. Se realizó resección endoscópica en bloque mediante mucosectomía tipo Duette, sin complicaciones inmediatas ni diferidas.

Resultados: El estudio anatomopatológico evidenció un tumor neuroendocrino bien diferenciado de bajo grado (G1), sin compromiso de la muscular propia. La tasa mitótica fue de 0–1 mitosis por 2 mm² y el índice de proliferación Ki-67 del 1%. No se observó necrosis tumoral, invasión linfática o vascular ni invasión perineural. Los márgenes laterales y profundo resultaron libres de lesión, con una distancia mínima de 0,1 mm del margen profundo. La estadificación patológica correspondió a pT1 (CAP 2026).

Conclusión: La resección endoscópica mediante técnica Duette permitió la resección en bloque y R0 de un NET rectal pequeño, bien diferenciado y de bajo riesgo. La ausencia de factores histológicos adversos (G1, Ki-67 bajo, sin invasión linfocelular y márgenes negativos) respaldan el carácter curativo del tratamiento endoscópico y confirman su utilidad como abordaje de elección en lesiones seleccionadas.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0243

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA GRAVE POR VÁRICES ANORRECTALES

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

LÓPEZ ROMERO, Lenin Andrés | ALDAO, María Celeste | MOLINA, Leandro | QUIJANO, Johnny | DOMÍNGUEZ VACACELA, Elio Dario | VÉLEZ DAZA, Giselle Carolina | GUERRIERI, Itati | ROMERO, María Josefina | MOREIRA GRANDA, Edison Javier | VARELA, María Julia | BRACONE, Hernán | SAA, Emilia Cristina

Hospital Pirovano

Introducción: Las várices rectales son colaterales portosistémicas submucosas secundarias a hipertensión portal y deben diferenciarse de la enfermedad hemorroidal. Se identifican en 38%–56% de los pacientes con cirrosis, aunque el sangrado ocurre en 0,5%–5% y puede causar hemorragia digestiva baja grave. El diagnóstico se establece mediante rectosigmoidoscopia o videocolonoscopia; la ecoendoscopia Doppler puede orientar el tratamiento. Las opciones endoscópicas incluyen escleroterapia, cianoacrilato y terapia guiada por ecoendoscopia con coils. La ausencia de protocolos específicos obliga a individualizar la conducta. En urgencias, la identificación de un punto focal permite considerar técnicas hemostáticas de rescate.

Objetivos: Describir una causa infrecuente de hemorragia digestiva baja grave en hipertensión portal y destacar la utilidad de una estrategia endoscópica de rescate ante sangrado focal activo.

Caso Clínico: Paciente de 71 años, con antecedente de consumo crónico de alcohol, internado por proctorragia franca de gran volumen con descompensación hemodinámica. El laboratorio evidenció anemia, leucocitosis y coagulopatía, con actividad del factor V del 27%. Tras la estabilización se realizó videoendoscopia digestiva alta, que mostró una úlcera prepilórica Forrest III de 5 mm y bulbitis erosiva, sin estigmas que justificaran el sangrado. La videocolonoscopia evidenció diverticulosis, hemorroides internas y várices rectales. En una de ellas se identificó sangrado activo en babeo con coágulo adherido, interpretado como la fuente hemorrágica. Ante la persistencia del sangrado y su repercusión clínica, se realizó hemostasia endoscópica de rescate mediante colocación dirigida de un hemoclip. Se obtuvo hemostasia inmediata, sin resangrado durante la internación. La tomografía mostró hígado cirrótico y múltiples lesiones sugestivas de carcinoma hepatocelular multifocal, la mayor de 52 × 56 mm en el segmento VI. Se interpretó cirrosis asociada al alcohol, descompensada por hemorragia digestiva baja secundaria a várices rectales, con probable carcinoma hepatocelular multifocal. El paciente falleció por complicaciones respiratorias, sin recurrencia hemorrágica.

Conclusión: La hemorragia por várices rectales es infrecuente, pero potencialmente grave. Su manejo es un desafío por la ausencia de recomendaciones específicas y la limitada evidencia comparativa. El hemoclip no constituye un tratamiento estándar; sin embargo, puede considerarse una estrategia excepcional de rescate cuando existe un punto focal de sangrado activo susceptible de intervención dirigida. En este caso, la colocación del clip logró hemostasia inmediata sostenida. El resultado destaca el valor de adaptar la conducta al hallazgo endoscópico y priorizar una intervención focal, oportuna y técnicamente factible, sin sustituir medidas para reducir la presión portal y prevenir la recurrencia.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0279

EMBOLIZACIÓN GUIADA POR ECOENDOSCOPIA CON COILS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR VÁRICES GÁSTRICAS EN ENFERMEDAD VASCULAR PORTOSINUSOIDAL

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

LÓPEZ, Victoria Pilar | BERENBAUM, Melanie | OLMOS, Juan Ignacio | CURIA, Andrea | HEREDIA, Nicolas | SHINZATO, Sergio | YARYOUR, Claudio | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban

Hospital de Clínica José de San Martín UBA

Introducción: La enfermedad vascular portosinusoidal (EVPS) constituye una entidad vascular hepática poco frecuente que ocasiona hipertensión portal en ausencia de cirrosis. Aunque la función hepatocelular suele mantenerse preservada, estos pacientes pueden desarrollar complicaciones clínicamente relevantes, como várices gastroesofágicas y hemorragia digestiva alta, cuyo manejo terapéutico continúa representando un desafío. La hemorragia digestiva alta por várices gástricas es menos frecuente que la producida por várices esofágicas, pero se asocia con mayor gravedad debido a su mayor flujo sanguíneo, mayor calibre vascular y elevada tasa de resangrado. Las várices gastroesofágicas tipo 2 (GOV2) y las várices gástricas aisladas del fundus (IGV1) representan las lesiones con mayor potencial hemorrágico. La inyección endoscópica de N-butil-2-cianoacrilato constituye actualmente el tratamiento de referencia para la hemorragia aguda por várices gástricas cardiofundales; sin embargo, puede asociarse a complicaciones como embolización sistémica, ulceración y resangrado. En este contexto, la obliteración guiada por ecoendoscopia mediante la combinación de coils e inyección de cianoacrilato ha surgido como una estrategia terapéutica prometedora al permitir la identificación del vaso aferente y una obliteración vascular más dirigida. Presentamos el caso de una paciente con hemorragia digestiva alta recurrente por várices gástricas tipo GOV2 tratada exitosamente mediante esta técnica.

Objetivos: Describir el tratamiento de una paciente con hipertensión portal secundaria a enfermedad vascular portosinusoidal (EVPS) y hemorragia digestiva alta por várices gástricas recurrentes. Introducción

Caso Clínico: Paciente de 21 años con EVPS, hipertensión portal (39 mmHg), trombosis crónica de la vena porta con transformación cavernomatosa y múltiples episodios de hemorragia digestiva, con antecedente de más de 20 ligaduras variceales. Debido a su anatomía portal no fue candidata a TIPS y se realizó embolización por punción esplénica. Seis meses después ingresó por hematemesis recurrente, melena, anemia (Hb 9,9 g/dl) e inestabilidad hemodinámica. La endoscopia evidenció várices esofágicas y várices gástricas con White Nipple. La ecoendoscopia permitió identificar el vaso aferente y realizar embolización con un coil de 12 mm inyección de 1 ml de Histoacryl diluido en Lipiodol, confirmando por Doppler la ausencia de flujo. Posteriormente se realizó ligadura de várices esofágicas. La evolución fue favorable, sin nuevos episodios de sangrado ni requerimientos transfusionales. Los controles endoscópicos a las 2 semanas, 1 y 3 meses demostraron desaparición de las várices gástricas. Como tratamiento definitivo de la hipertensión portal se realizó un shunt mesocava, con descenso de la presión portal a 12 mmHg y evolución clínica satisfactoria.

Conclusión: La EVPS puede ocasionar hemorragia digestiva grave pese a la au-

sencia de cirrosis. La oclusión guiada por ecoendoscopia mediante coils y N-butil-2-cianoacrilato fue una estrategia efectiva y segura para controlar el sangrado en una paciente con anatomía portal compleja, permitiendo estabilizarla hasta el tratamiento definitivo de la hipertensión portal.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0311

DRENAJE BILIAR BILATERAL MEDIANTE COLANGIOSCOPIA Y HEPATOGASTROSTOMÍA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA EN UN TUMOR HILIAR COMPLEJO: UTILIDAD DE LA ECOENDOSCOPIA TERAPÉUTICA COMO ESTRATEGIA DE DRENAJE

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

BLANCO, Axel | FOGLINO, María Victoria | KAHN, Nicole Marie | SALVATIERRA MARIMONT, Martín Alejandro | BALDERRAMO, Domingo | CARLINO, Yanina | HIGA, Mariano

Hospital Privado Universitario de Córdoba

Introducción: La obstrucción biliar hiliar secundaria a colangiocarcinoma constituye un desafío de la endoscopia terapéutica. El drenaje biliar busca descomprimir una proporción suficiente del parénquima hepático funcional para aliviar la ictericia, reducir el riesgo de colangitis y permitir el inicio del tratamiento oncológico. Aunque la CPRE es la técnica de primera elección, el drenaje bilateral puede ser técnicamente difícil en tumores biliares complejos. En este contexto, el drenaje biliar guiado por ecoendoscopia (EUS-BD) representa una alternativa mínimamente invasiva para acceder al sistema biliar.

Objetivos: Presentar el uso combinado de colangioscopia y ecoendoscopia terapéutica para lograr un drenaje biliar bilateral efectivo en un paciente con obstrucción hiliar maligna compleja.

Caso Clínico: Paciente de 78 años con síndrome icterico obstructivo y sospecha de colangiocarcinoma hiliar. La resonancia magnética evidenció una lesión sólida de 28 mm en el hilio hepático, comprometiéndolo el conducto hepático común y la confluencia de ambos conductos, con predominio izquierdo, infiltración de la arteria hepática y adenopatías retroportales. Al ingreso presentaba bilirrubina total de 25 mg/dL, fosfatasa alcalina de 395 U/L y GGT de 272 U/L. Se realizó CPRE con colangioscopia de operador único. La colangiografía mostró estenosis del conducto hepático común con dilatación de los sistemas biliares derecho e izquierdo. La colangioscopia identificó una lesión intraductal irregular y vascularizada en el cólecoco proximal y conducto hepático común, realizándose biopsias dirigidas. Se logró drenaje del sistema derecho mediante colocación de prótesis metálica autoexpandible no cubierta de 10 × 80 mm. Ante la imposibilidad de drenaje adecuado del sistema izquierdo por CPRE, se efectuó hepatogastrostomía guiada por ecoendoscopia. Se puncionó un conducto biliar intrahepático izquierdo dilatado de 12 mm, se avanzó con guía y se creó el trayecto fistuloso con catéter de 6 Fr. Finalmente se implantó una prótesis metálica autoexpandible totalmente cubierta de 10 × 80 mm, con drenaje espontáneo de bilis hacia la cavidad gástrica.

Resultados: Se obtuvo drenaje biliar bilateral mediante drenaje transpapilar del sistema derecho y hepatogastrostomía guiada por ecoendoscopia del sistema izquierdo. El paciente evolucionó favorablemente, con descenso progresivo de la bilirrubina y normalización de los parámetros de colestasis, sin complicaciones relacionadas con el procedimiento. Posteriormente se confirmó adenocarcinoma moderadamente diferenciado compatible con colangiocarcinoma hiliar. Tras la resolución de la ictericia obstructiva, el paciente inició quimioterapia paliativa.

Conclusión: La combinación de colangioscopia y drenaje biliar guiado por ecoendoscopia constituye una estrategia eficaz para el manejo de obstrucciones biliares malignas complejas. La hepatogastrostomía guiada por ecoendoscopia permite completar el drenaje biliar cuando el acceso transpapilar es insuficiente, evitando en muchos casos el drenaje percutáneo y favoreciendo una recuperación clínica más rápida. En este caso, el drenaje bilateral permitió resolver la colestasis y posibilitar el inicio del tratamiento oncológico paliativo.

POSTERS

Código: 0009

EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA GUIADA CON SONDA FOLEY DE UNA GRAN PIEDRA EN ESÓFAGO INFERIOR EN UN NIÑO CON AUTISMO Y HÁBITOS DE PICA

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 3. Endoscopia Pediátrica

LUCERO, Néstor | LÓPEZ, Sergio | VARGAS BALAGUER, María Cecilia | ORTIZ FLORES, María Laura | FASANO COBAS, Juan Marcelo

HOSPITAL DR. GUILLERMO RAWSON

Introducción: La ingestión de cuerpos extraños representa una causa frecuente de consulta en pediatría. Sin embargo, la impactación esofágica de piedras de gran

tamaño es excepcional, particularmente cuando se localiza en el esófago distal en pacientes con trastornos del neurodesarrollo

Objetivos: 1. Describir nuestra experiencia sobre técnicas utilizadas con el fin de extraer una piedra de gran tamaño en esófago inferior de un niño.

Caso Clínico: Paciente masculino, de 8 años, peso 26 kg, con diagnóstico de trastorno del espectro autista y hábitos de pica. Consultó al servicio de urgencias por irritabilidad y episodios de vómitos. La radiografía y la tomografía computarizada evidenciaron un cuerpo extraño radioopaco redondeado en el tercio inferior del esófago, sin signos de perforación. Tras 12 horas de evolución, se realizó VEDA bajo anestesia general. Los intentos iniciales de progresión al estómago, captura con red de recuperación tipo Roth y extracción mediante combinación de balón de dilatación y asa resultaron infructuosos debido al gran tamaño y superficie lisa del objeto. Como maniobra de rescate, se utilizó una sonda Foley guiada endoscópicamente mediante asa hasta lograr su progresión distal al cuerpo extraño. Luego de insuflar cuidadosamente el balón con 5 mL de agua destilada, se efectuó tracción controlada hasta movilizar la piedra hacia hipofaringe, donde fue extraída con pinza de Magile

Resultados: El cuerpo extraño correspondió a una piedra natural redondeada de bordes lisos que medía 53 × 38 mm.

Conclusión: Los cuerpos extraños esofágicos de gran tamaño y localización distal representan un desafío para la extracción. La utilización de una sonda Foley guiada endoscópicamente puede constituir una alternativa eficaz para evitar procedimientos quirúrgicos en casos seleccionados y por equipos interdisciplinarios.

POSTERS

Código: 0011

MUCORMICOSIS GÁSTRICA INVASIVA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE UN CASO CON HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS INÉDITOS.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

LOCRET, Mercedes | POLES, Natalia | SERRANO, Diego | GAMBA, Ariel | AZCURREA, Ivana | MURTAGH, Ana Lucia | MIRETTO, Mateo | LUCHINI, Julian

HOSPITAL DE EMERGENCIAS DR CLEMENTE ALVAREZ

Introducción: La mucormicosis es una infección fúngica angioinvasiva infrecuente, causada por hongos del orden Mucorales (clase Zigomicetos). Su localización gastrointestinal representa una forma diagnóstica compleja, caracterizada por una progresión vertiginosa y una mortalidad que supera el 70% en pacientes críticos. La patogenia depende predominantemente del compromiso del sistema inmunitario, siendo excepcional su presentación en individuos jóvenes sin antecedentes mórbidos conocidos.

Caso Clínico: Paciente femenina de 22 años, sin antecedentes patológicos, ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por shock séptico de origen gastrointestinal. La paciente presentó falla multiorgánica, incluyendo insuficiencia renal aguda en terapia de reemplazo renal, bajo ventilación mecánica invasiva y sedación profunda. Durante su evolución, bajo tratamiento empírico de amplio espectro por cultivos negativos, presentó un episodio de hemorragia digestiva alta con inestabilidad hemodinámica refractaria, requiriendo soporte vasoactivo. La endoscopia digestiva alta de urgencia reveló lesiones múltiples en cuerpo gástrico caracterizadas por depósitos filamentosos blanquecinos con aspecto de micelio micótico, rodeados de áreas ulceradas con extenso tejido fibrino-necrótico. Se procedió a la toma de biopsias dirigidas, cuya histopatología demostró hifas hialinas, cenocíticas y ramificadas en ángulo recto, con angioinvasión de la mucosa y submucosa. El cultivo microbiológico confirmó el desarrollo de Zigomicetos. Adicionalmente, el análisis molecular (PCR) de las lesiones ulceradas concomitantes fue positivo para citomegalovirus (CMV). A pesar de la instauración de terapia antifúngica dirigida y medidas de soporte intensivo, la paciente presentó un desenlace fatal a los pocos días del diagnóstico.

Resultados: La mucormicosis gástrica es una entidad de comportamiento agresivo que, clásicamente, se asocia a condiciones de inmunosupresión severa, como neoplasias hematológicas, trasplantes o diabetes mellitus descompensada. La particularidad de este caso radica en dos pilares: primero, la presentación en una paciente joven, previamente sana, desafiando el paradigma de la inmunocompetencia; y segundo, la descripción in vivo de las lesiones filamentosas mohosas, hallazgos que habitualmente se documentan únicamente en piezas de resección quirúrgica o estudios necróscopos. La coexistencia con infección por CMV sugiere un estado de inmunosupresión funcional o adquirida en el paciente crítico que debe ser objeto de mayor investigación.

Conclusión: La mucormicosis gástrica debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial ante lesiones necróticas gástricas persistentes en pacientes en UCI, incluso en ausencia de comorbilidades previas. La endoscopia constituye la piedra angular para el diagnóstico precoz. Este reporte subraya la necesidad de un alto índice de sospecha clínica y la importancia de la correlación histopatológica inmediata, factores determinantes para reducir la elevada tasa de mortalidad asociada a esta entidad.

POSTERS

Código: 0041

ENDOSONOGRAFÍA CON PUNCIÓN BIOPSIA EN LESIONES SÓLIDAS PANCREÁTICAS: PRECISIÓN DIAGNÓSTICA E IMPLICANCIA CLÍNICA.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

LUCERO, Néstor | LÓPEZ, Sergio | VARGAS BALAGUER, María Cecilia | ORTIZ FLORES, María Laura | FASANO COBAS, Juan Marcelo

SANATORIO ALLENDE

Introducción: La endosonografía (EUS) es la técnica de referencia para la evaluación de lesiones sólidas en el páncreas. Esta herramienta permite una visualización detallada y la adquisición de muestras de tejido para análisis citológico e histológico. La técnica de biopsia guiada por USE (EUS-FNA/FNB) es mínimamente invasiva y se ha extendido ampliamente para abordar lesiones sólidas pancreáticas.

Objetivos: Evaluar la precisión diagnóstica de la biopsia por endosonografía en lesiones sólidas del páncreas, comparándola con el estándar de oro (pieza quirúrgica o seguimiento de paciente), a través del análisis de la concordancia entre ambos métodos.

Material y Métodos: Este fue un estudio retrospectivo observacional que incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de lesión sólida pancreática, sometidos a EUS en el Sanatorio Allende Cerro de Córdoba, Argentina, entre julio de 2018 y noviembre de 2024. El Gold Standard para confirmar el diagnóstico fue la anatomía patológica de la pieza quirúrgica o la evolución clínica durante un seguimiento mínimo de 12 meses.

Resultados: El tamaño final de la muestra fue de 90 individuos. Se obtuvo la confirmación diagnóstica (Gold Standard) por cirugía en el 23,4% de los casos y por seguimiento clínico en el 76,6%. La aguja más utilizada fue la FNB (Fine Needle Biopsy), representando el 75,3% de los procedimientos. La Exactitud Diagnóstica de la técnica fue del 93,3%. La especificidad alcanzó el 100% y la sensibilidad fue del 91,3%. Análisis por Subgrupos (FNB vs. FNA): Al comparar las dos técnicas de aguja (70 FNB y 13 FNA), la FNB demostró una precisión diagnóstica superior del 95% en comparación con el 92% de la FNA. La sensibilidad también fue mayor para FNB (94%) que para FNA (88%). Es importante destacar que la diferencia en sensibilidad no fue estadísticamente significativa ($p = 0.923$). La especificidad fue del 100% para ambos subgrupos.

Conclusiones: La endosonografía con biopsia demostró un alto rendimiento diagnóstico para las lesiones sólidas del páncreas, recomendándose como el examen de diagnóstico de elección. La FNB demostró una precisión diagnóstica superior (95% vs 92%) respecto a la FNA. Se requieren estudios prospectivos en nuestro centro para obtener resultados más concluyentes a nivel local.

POSTERS

Código: 0054

TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO DEL QUISTE DE DUPLICACIÓN DUODENAL: UNA SERIE DE CASOS SOBRE LA MARSUPIALIZACIÓN ENDOSCÓPICA.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

TRIMARCO, María de Los Angeles | MICONI, Diego Gabriel | SEQUEIRA, Agustín | GARCÍA ALLENDE, Leonardo | TONN, Federico Eugenio | RASTELLI, Laureano | YAÑEZ, Carolina Daiana | BERSANO, Fernanda

Hospital Privado de Comunidad

Introducción: Los quistes de duplicación duodenal (QDD) son anomalías congénitas raras. Cuando afectan la segunda porción duodenal, su crecimiento progresivo puede comprimir la ampolla de Vater, causando obstrucción biliopancreática (pancreatitis aguda, ictericia, colangitis). El diagnóstico preoperatorio es un desafío debido a que, mediante tomografía computarizada y colangio-pancreato-resonancia magnética (TC/CPRM), pueden mimetizar un coledocoele. La ecoendoscopia (USE) es una herramienta útil para el diagnóstico de la lesión. La marsupialización endoscópica surge como una alternativa terapéutica segura frente a la resección quirúrgica.

Objetivos: Describir la experiencia en el manejo de QDD mediante marsupialización endoscópica.

Caso Clínico: Serie retrospectiva de pacientes con diagnóstico y tratamiento de QDD en un centro terciario. Se analizaron variables demográficas, presentación clínica, estudios por imágenes y endoscópicos, técnica utilizada, éxito clínico y seguimiento.

Resultados: Caso 1: Mujer de 31 años, debutó con pancreatitis aguda. La CPRM sugería coledocoele; la USE informó lesión quística proveniente de la pared duodenal con litiasis múltiple. Se realizó colecistectomía laparoscópica y marsupialización endoscópica con papilotomía de aguja, posterior biopsia con ansa. Caso 2: Mujer de 52 años, en estudio por cólico biliar. CPRM evidencia litiasis vesicular, coledocolitiasis

sis e imagen compatible con coledocoele. USE identificó lesión yuxtapapilar de 15 mm con litiasis. Se realizó colecistectomía asociada a marsupialización endoscópica y extracción de litiasis, con toma de macrobiopsia. Caso 3: Mujer de 86 años, con colangitis aguda. TC dilatación de vía biliar con coledocolitiasis. CPRE de urgencia mostró abombamiento papilar y se realizó marsupialización, drenaje de material purulento, colocación de stent y toma de macrobiopsia. En los casos presentados la histología informó epitelio enteral y la evolución de los pacientes fue favorable.

Conclusión: El QDD debe incluirse en el diagnóstico diferencial en cuadros biliopancreáticos recurrentes. La USE es un estudio valioso para diferenciarlo del coledocoele, al demostrar su origen en la pared duodenal. La marsupialización endoscópica constituye un tratamiento eficaz, con baja morbilidad, que evita cirugías duodenales complejas. A pesar del escaso número de nuestra serie, consideramos que el abordaje endoscópico es reproducible, mínimamente invasivo y seguro. A su vez, el manejo multidisciplinario es fundamental para una adecuada resolución del cuadro.

POSTERS

Código: 0076

CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR EN LA DETECCIÓN DE LESIONES COLÓNICAS EN COLONOSCOPIA VIRTUAL

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

CARRASCOSA, Patricia | CAPUNAY, Carlos

DIAGNÓSTICO MAIPÚ POR IMÁGENES Y LABORATORIO

Introducción: La colonoscopia virtual por tomografía computada (CV) depende de la interpretación del observador para la detección y caracterización de lesiones colónicas. Evaluar la reproducibilidad interobservador resulta relevante para validar la solidez diagnóstica del método.

Objetivos: Evaluar la concordancia interobservador en la detección de lesiones colónicas sobre elevadas (pólipos, masas malignas y lipomas benignos), analizando por paciente y por lesión.

Material y Métodos: Se estudiaron 1.039 estudios de CV consecutivos (73,1% mujeres; edad media 65,4 años). Se identificaron 73 pacientes (7,0%) con pólipos, 49 (4,7%) con neoplasias malignas y 6 (0,6%) con lipomas benignos. Dos observadores experimentados evaluaron las imágenes en forma ciega e independiente, y se efectuó una correlación entre ambos resultados. Para variables categóricas (presencia de pólipo por tamaño, localización de neoplasias y lipomas) se utilizó Kappa de Cohen; para el número de pólipos por paciente y por lesión, tratado como variable numérica de conteo, se emplearon Pearson, Spearman, el coeficiente de correlación intraclass (ICC) y Bland-Altman, discriminando por tamaño (<5 mm, 6-9 mm y >10 mm).

Resultados: En los 73 pacientes con pólipos, el observador 1 identificó 129 pólipos y el observador 2, 124. La concordancia del conteo total por paciente fue excelente (Pearson $r=0,922$; Spearman $p=0,893$; ICC=0,920; IC95%: 0,88-0,95). Bland-Altman mostró un sesgo medio de $-0,07$ pólipos, con límites de acuerdo de $\pm 0,88$. La concordancia según el tamaño de los pólipos fue muy alta a perfecta (Kappa=0,884 para <5 mm; 1,000 para 6-9 mm y 1,000 para >10 mm). La detección de las 49 neoplasias malignas y los 6 lipomas benignos mostró concordancia absoluta (Kappa=1,00).

Conclusiones: En una cohorte consecutiva de 1.039 estudios de CV, la concordancia interobservador en lesiones colónicas sobre elevadas fue alta a excelente, siendo perfecta para neoplasias malignas, lipomas benignos y pólipos ≥ 10 mm. Como limitación, al no contar con colonoscopia óptica como gold standard, este análisis mide concordancia entre observadores, no exactitud diagnóstica individual. Estos hallazgos respaldan la robustez y reproducibilidad de la CV como método diagnóstico.

POSTERS

Código: 0084

ESOFAGITIS NECROTIZANTE AGUDA - SERIE DE CASOS

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

GIORGIO, Francisco Teodoro | MAHER, Manuel | MANCINI, María Del Pilar | BERGIOLI CARRASCO, María Antonella | VELAZQUEZ, Antonella Andrea | MARCO-LONGO, Mariano

Hospital Italiano

Introducción: La esofagitis necrotizante aguda (ENA), es una entidad infrecuente caracterizada por necrosis circunferencial de la mucosa esofágica, el compromiso suele ser distal y habitualmente está asociada a estados de hipoperfusión sistémica. La evidencia disponible proviene principalmente de series retrospectivas, debido a lo infrecuente de su presentación. Hasta el momento, los datos locales de esta entidad son escasos.

Objetivos: Describir las características clínicas, endoscópicas, terapéuticas y evo-

lutas de los pacientes con diagnóstico de esofagitis necrotizante aguda atendidos en un hospital de alta complejidad.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal, se analizaron las historias clínicas electrónicas de todos los casos con diagnóstico endoscópico de ENA en el periodo comprendido entre 2014 y 2026. Se analizaron las variables demográficas, comorbilidades, formas de presentación, hallazgos endoscópicos, tratamiento y evolución.

Resultados: Entre 2014 y 2026 se realizaron 239.067 endoscopias digestivas altas (VEDA), identificándose 10 casos de ENA, lo que representa una incidencia del 0,0042% (4,18 casos por 100.000 VEDA). La mediana de edad fue de 73,5 años (RIC: 63,8-79,8) y el 80% correspondió a varones. En todos los casos la forma de presentación fue hemorragia digestiva alta (hematemesis 5; melena 3; débito hemático por sonda nasogástrica 2). Todos presentaban comorbilidades; las más frecuentes fueron tabaquismo activo o previo (60%), hipertensión arterial (60%), cardiopatía (40%), neoplasia activa (30%) y diabetes mellitus (30%). Seis pacientes presentaron inestabilidad hemodinámica con requerimiento de vasopresores, nueve ingresaron a cuidados intensivos y cinco requirieron asistencia respiratoria mecánica. El compromiso endoscópico afectó los dos tercios distales o la totalidad del esófago en todos los casos; en el 30% comprometió todo el órgano. Tres pacientes presentaron hallazgos endoscópicos concomitantes (hernia hiatal, úlceras duodenales o pólipos). Nueve recibieron inhibidores de la bomba de protones en altas dosis y dos, además, sucralfato. Se realizó VEDA de control en cuatro pacientes, con resolución endoscópica completa en todos. La mortalidad a 90 días fue del 50%, atribuible en todos los casos a las enfermedades de base.

Conclusiones: La esofagitis necrotizante aguda constituye una entidad poco frecuente que se presenta principalmente en pacientes varones, críticamente enfermos, con múltiples comorbilidades y cuya forma de presentación es la hemorragia digestiva alta. El reconocimiento precoz de sus hallazgos endoscópicos, junto con el tratamiento intensivo de la enfermedad de base y las medidas de sostén, resultan fundamentales para su manejo. La mortalidad es elevada debido al estado crítico que suelen presentar los pacientes con ésta condición.

POSTERS

Código: 0085

LOS REPAROS ANATÓMICOS SUBESTIMAN LA EXTENSIÓN NECESARIA DE LA MIOTOMÍA EN EL POEM: EL ROL DEL FLIP INTRAOPERATORIO

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

LLAMOSAS, María Clara | SABA ZOTTO, Federico | SOLINAS, David | NACHMAN, Fabio | RAMÍREZ, Mauricio | NIEPONICE, Alejandro

Fundación Favaloro

Introducción: En la miotomía peroral endoscópica (POEM), la extensión de la miotomía se determina por reparos anatómicos (RA) sujetos a variabilidad intersubjetiva. Sin embargo, no existe evidencia sólida de que alcanzarlos garantice una distensibilidad esofagológica adecuada. La planimetría por impedancia (FLIP) permite cuantificar el índice de distensibilidad (ID) en tiempo real, aportando información funcional objetiva que los RA no proveen.

Objetivos: El objetivo primario fue determinar la proporción de pacientes en quienes los RA resultan insuficientes para alcanzar un $ID \geq 3 \text{ mm}^2/\text{mmHg}$ durante el POEM. Como objetivos secundarios, se exploró su asociación con los resultados clínicos al año (Eckardt Score (ES), necesidad de dilatación, esofagitis) comparados con una cohorte control guiada exclusivamente por RA.

Material y Métodos: Se analizaron retrospectivamente 2 grupos de 24 pacientes: un grupo fue guiado por RA y el otro por RA más FLIP. Ambos grupos presentaron características basales similares. En el grupo FLIP, se midieron distensibilidad y presión intra-balón antes y después de alcanzar RA. Si el índice de distensibilidad (ID) era $< 3 \text{ mm}^2/\text{mmHg}$, se extendía la miotomía lateral o distalmente hasta superar dicho umbral. Al año de la intervención, se midieron en ambos grupos: ES, necesidad de dilatación y presencia de esofagitis. El análisis estadístico se realizó con software R (v. 4.5.3). La comparación en extensión de miotomía se evaluó con test binomial exacto. Las variables categóricas se analizaron con test de Fisher. Las continuas, con test t de Student. Se consideró estadísticamente significativo un $p < 0.05$; intervalos de confianza al 95%.

Resultados: El 58% de los pacientes (14/24) presentó $ID < 3 \text{ mm}^2/\text{mmHg}$ al alcanzar los RA, requiriendo extensión de la miotomía en todos ellos. El ID inicial promedio fue $1,2 \text{ mm}^2/\text{mmHg}$ ($DE=0,4$); tras la extensión, $5,1 \text{ mm}^2/\text{mmHg}$ ($DE=1,1$). La extensión adicional promedio fue de $1,5 \text{ cm}$ (rango $1-3 \text{ cm}$). El ES al año fue $1,96$ ($DE=1,39$) en el grupo RA vs. $1,38$ ($DE=1,24$) en el grupo FLIP ($p=0,13$). La tasa de dilatación fue $20,8\%$ vs. $8,3\%$ respectivamente ($p=0,42$). Esofagitis A/B: $8,3\%$ ($2/24$ y $2/24$), C: $4,17\%$ ($1/24$, sólo grupo RA).

Conclusiones: En la mayoría de los pacientes, no fue suficiente alcanzar los reparos anatómicos durante el POEM para garantizar una distensibilidad adecuada. El uso de FLIP intraoperatorio permitió identificar y corregir esta diferencia en tiempo real. La tendencia a una menor necesidad de dilatación al año en el grupo FLIP es consistente con estos hallazgos. Se requieren más estudios prospectivos con mayor tamaño muestral.

POSTERS

Código: 0106

EFFECTIVIDAD DEL BALÓN INTRAGÁSTRICO EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 4. Endoscopia Miscelánea

GIUDICE, María Lucia | BACIGALUPO, Delfina María | FIRVIDA, Sofía | PARDO, Bárbara Eugenia | ESCOBAR, Rafael

Sanatorio Julio Mendez

Introducción: La obesidad es una enfermedad de alta prevalencia mundial que afecta aproximadamente al 40 % de los adultos, con una proyección cercana al 50 % para 2030. Su tratamiento incluye modificaciones del estilo de vida, terapia farmacológica y procedimientos endoscópicos o quirúrgicos. Entre las alternativas endoscópicas, el balón intragástrico (BIG) constituye una estrategia eficaz para favorecer la pérdida de peso en combinación con las modificaciones del estilo de vida. Además, se asocian con mejoría de parámetros metabólicos, incluyendo reducción de hemoglobina glicosilada (HbA1c), perfil lipídico y transaminasas hepáticas, y mejoría o remisión de comorbilidades asociadas a la obesidad. El BIG demostró proporcionar una pérdida de peso clínicamente significativa y sostenida, con baja incidencia de complicaciones y la ventaja de poder aplicarse a una población más amplia en comparación con otras alternativas terapéuticas.

Objetivos: Analizar y describir el porcentaje de pérdida de peso, la mejoría de parámetros metabólicos y los efectos adversos más frecuentes en pacientes con obesidad tratados con BIG.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo donde se incluyeron pacientes con obesidad tratados con BIG, entre mayo del 2022 a junio del 2026.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes, 14 sexo femenino y 1 masculino. Edad promedio de 49 años. El peso promedio al inicio fue de $96,8 \text{ kg}$ y el índice de masa corporal (IMC) promedio $37,7 \text{ kg/m}^2$. El promedio de permanencia del balón fue de 31,3 semanas, con un mínimo de 1,9 y máximo de 50. Se excluyeron pacientes que tuvieron una permanencia de BIG menor a 4 semanas y los que aún continúan en tratamiento. Se evidenció un promedio de pérdida de peso de $10,3 \text{ kg}$, con un promedio de porcentaje de pérdida de peso de $8,03\%$ y un IMC final promedio de $34,8 \text{ kg/m}^2$. El principal motivo de retiro fue la obtención del objetivo de peso en 7 pacientes (46%), intolerancia en 2 ($13,3\%$), falta de adherencia al tratamiento en 2 ($13,3\%$) y 1 ($6,6\%$) por colecistitis aguda, 3 pacientes continúan en tratamiento. Los efectos adversos inmediatos fueron náuseas y vómitos en 12 pacientes (80%) y dolor abdominal en 7 (46%). Se analizó el perfil lipídico, hepatograma y HbA1c. La HbA1c, descendió un promedio de $7,7\%$. Se observó un descenso global de las transaminasas hepáticas y descenso de colesterol total promedio del $26,9\%$, del LDL en un $43,5\%$, triglicéridos en un $16,56\%$ y aumento de HDL en un $9,3\%$.

Conclusiones: El porcentaje de descenso de peso, así como las modificaciones en los parámetros metabólicos, respaldan el uso de los BIG como una alternativa terapéutica eficaz y segura.

POSTERS

Código: 0107

SÍNDROME DE BOERHAAVE: ABORDAJE ENDOSCÓPICO PARA EL CIERRE DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

GIUDICE, María Lucia | BACIGALUPO, Delfina María | FIRVIDA, Sofía | PARDO, Bárbara Eugenia | ESCOBAR, Rafael

Sanatorio Julio Mendez

Introducción: El síndrome de Boerhaave es la perforación espontánea y transmural del esófago secundaria a un aumento brusco de la presión intraesofágica, principalmente manifestada por vómitos intensos. Se presenta con la tríada de Meckler (dolor torácico, vómitos y enfisema subcutáneo). Es una entidad infrecuente, de elevada morbilidad y mortalidad; el diagnóstico se basa en estudios por imágenes y videoendoscopia digestiva alta (VEDA). El tratamiento combina estabilización hemodinámica, antibióticos, drenaje de colecciones y cierre del defecto mediante cirugía o técnicas endoscópicas.

Objetivos: Presentar un caso de síndrome de Boerhaave y los distintos abordajes endoscópicos para el cierre de la perforación esofágica.

Caso Clínico: Varón de 59 años, con cuadro clínico de vómitos alimentarios posteriores a comida copiosa y dolor abdominal generalizado. Examen físico: enfisema subcutáneo. Tomografía: extravasación de contraste oral desde el esófago hacia la cavidad pleural. Laparotomía exploratoria con abordaje mediastinal: lavados, drenaje y colocación de tubo de avenamiento pleural. VEDA: dos desgarros longitudinales de 3 cm en tercio distal del esófago (horas 8 y 12) y un tercer defecto de 3 cm en la pared anterior con tejido fibrótico y restos alimentarios (Imagen 1). Se coloca stent metálico totalmente cubierto. Imagen 1 - VEDA inicial,

perforación esofágica Ante la presencia de débito purulento por los drenajes se coloca terapia de vacío endoscópico (VAC) intrastent. Debido a la persistencia de la fístula, se retira stent y se realizan recambios semanales de VAC asociados a reavivamiento de los bordes con coagulación por argón plasma, logrando el cierre de dos defectos. Finalmente, se utiliza un sistema de sutura endoscópica X-Tack® sobre la fístula remanente, asociado a VAC. VEDA control a los siete días confirma el cierre de la perforación.

Resultados: El síndrome de Boerhaave requiere un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno. La evidencia disponible en el manejo endoscópico de las perforaciones esofágicas muestra mejores resultados mediante el cierre del defecto asociado al drenaje adecuado de las colecciones. En los últimos años, las estrategias endoscópicas, como las prótesis esofágicas, el VAC y los sistemas de sutura endoscópica, han surgido como alternativas terapéuticas para el cierre de las perforaciones esofágicas. Si bien las prótesis esofágicas representan la técnica con mayor evidencia, la terapia de vacío ha mostrado resultados favorables, especialmente en fugas anastomóticas, mientras la sutura endoscópica se recomienda principalmente para defectos secundarios a procedimientos endoscópicos o dehiscencias postquirúrgicas, con escasa experiencia en el cierre de perforaciones.

Conclusión: En este caso, el uso secuencial y combinado de distintas técnicas endoscópicas permitió el cierre exitoso de una perforación esofágica compleja, constituyendo una alternativa mínimamente invasiva en pacientes seleccionados.

POSTERS

Código: 0109

MORFOLOGÍA DE LA AMPOLLA DE VATER Y SU ASOCIACIÓN CON CANULACIÓN BILIAR DIFÍCIL, CONDUCTAS TERAPÉUTICAS Y EVENTOS ADVERSOS POSTERIORES: RESULTADOS DE UNA COHORTE PROSPECTIVA EN 100 PROCEDIMIENTOS

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

AVEIGA CEDEÑO, Leonardo Andres | PUGA-TEJADA, Miguel | CAMPOMENOSI, Federico | FACCIUTO, Leandro | TOPOR, Iván | HENSEL, Alejandro | DE MARÍA, Julio César | MALAGA, Ignacio | GUIDI, Martín | MATANÓ, Raúl

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED EL CRUCE - DR. NÉSTOR CARLOS KIRCHNER

Introducción: La canulación biliar difícil es aquella con una demora mayor a cinco minutos, más de cinco intentos de canulación biliar o más de un intento inadvertido de canulación del Wirsung. La morfología de la ampolla de Vater se relaciona con la dificultad técnica de la canulación biliar durante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y podría influir en el procedimiento y eventos adversos (EA) posteriores.

Objetivos: Establecer la asociación entre las distintas morfologías de la ampolla de Vater, tipo I – IV y yuxtadiverticular, y la dificultad de canulación biliar, conducta terapéutica durante la CPRE y EA posteriores.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte prospectivo. De enero a agosto del 2024 se incluyó todo paciente derivado para CPRE. Se excluyó aquellos con vía biliar instrumentada, menores de edad o embarazadas. Durante la duodenoscopia, un endoscopista experto describió y fotodocumentó la morfología de la ampolla de Vater según la clasificación de Haraldsson. Aquellas papilas intra- o yuxtadiverticular (Boax I o II), fueron categorizadas en un quinto grupo. Se documentó el tiempo de canulación, número de intentos de canulación biliar o inadvertidas del Wirsung, y EA inmediatos. Mediante un seguimiento telefónico se registró EA a las 24 horas y 30 días post-CPRE.

Resultados: Se incluyó 100 casos (mediana de edad de 45 años, 66 mujeres). Se identificó una morfología tipo I en 34 casos, II en 16, III en 21, IV en 20 y yuxtadiverticular en 9. La mediana de edad fue significativamente mayor en el tipo IV (50 años), y yuxta-diverticular (62 años; $p=0.003$). La mediana del tiempo de canulación fue de 02 minutos con 21 segundos, siendo significativamente más prolongado en el tipo II (03:09) y IV (02:58; $p=0.0184$). En estos grupos hubo más casos con tiempo de canulación mayor a cinco minutos, 37.5% y 25%, respectivamente; cuando en toda la muestra fue del 22%. Si bien hubo una tendencia a mayores intentos de canulación biliar o canulaciones inadvertidas del Wirsung, esto no mostró diferencia significativa entre las distintas morfologías. Mediante una regresión gamma se determinó que la papila tipo II prolonga significativamente en 02:58 ($p=.018$) la demora en la canulación biliar, en comparación al tipo I. Se realizó precorte en 21 casos, en 2 colangioscopia, en 2 litotripsias, en 20 dilatación y en 16 colocación de prótesis biliar; sin diferencia significativa para con la morfología. Es importante recalcar que en 4 casos se identificó estenosis papilar, 3/4 tipo II ($p=.0422$). Hubo algún EA en 10 casos (5 pancreatitis, 1 colangitis, 2 perforaciones, y 1 sangrado) sin diferencia significativa entre los tipos de morfología ($p=0.920$). Persistió algún EA en 6 casos a las 24 horas, y en 3 a los 30 días. En dos casos hubo litiasis residual.

Conclusiones: La morfología de la ampolla de Vater se asocia con el tiempo requerido para la canulación biliar, así como la presencia de estenosis papilar, sin ninguna relación para con una mayor tasa de EA. Estos hallazgos sugieren un valor descriptivo y de planificación técnica más que un rol pronóstico definitivo sobre la seguridad del procedimiento.

POSTERS

Código: 0132

EXPERIENCIA INICIAL DE GASTROPLASTIA ENDOSCOPICA EN UN CENTRO TERCER NIVEL.

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

MARCOLONGO, Mariano | ALLENDE, Marina | BOTTARI, Romina Vanesa

Hospital Italiano

Introducción: La obesidad es una enfermedad multifactorial y progresiva que constituye un creciente problema de salud pública a nivel mundial. La gastroplastia endoscópica en manga es un nuevo procedimiento endoscópico desarrollado como opción mínimamente invasiva para el tratamiento de la obesidad.

Objetivos: Describir nuestra experiencia inicial en el tratamiento de la obesidad mediante la realización de la gastroplastia endoscópica en manga.

Materiales y Métodos: Se reclutaron en forma consecutiva 10 pacientes (7F/3M; edad media 51 años; rango: 37 - 72) e IMC basal de 37,4 kg/m² (rango: 30 - 50,7) asistidos en el Hospital Italiano de Buenos Aires desde noviembre de 2024 hasta noviembre de 2025. Se incluyeron pacientes con un IMC de 30 Kg/m² o superior, fracaso de la dieta y el ejercicio y al menos un intento fallido de descenso de peso con agonistas GLP-1 o que no desean someterse a una cirugía. Los procedimientos fueron realizados con el sistema de sutura endoscópica OverStitch™ bajo anestesia general con intubación orotraqueal.

Resultados: La totalidad de los procedimientos se realizaron con éxito técnico. El tiempo medio de los procedimientos fue de 47 minutos (rango 35 a 65). Las plicaturas se realizaron en forma continua con un promedio de 4 a 5 suturas por procedimiento que incluyó un rango de 10 a 14 bites. No se registraron complicaciones intraoperatorias. Al año de seguimiento los pacientes mantuvieron la pérdida de peso alcanzada sin evidencia de reganancia ponderal durante el período evaluado.

Conclusiones: En nuestra experiencia inicial la gastroplastia endoscópica en manga para el tratamiento de la obesidad es factible y segura.

POSTERS

Código: 0144

MÁS ALLÁ DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL: DIVERTÍCULO DE MECKEL COMO CAUSA DE SANGRADO DIGESTIVO RECURRENTE EN UN ADULTO TRASPLANTADO

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

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

Hospital Privado de Comunidad

Introducción: El sangrado digestivo de origen oscuro (SDOO) en pacientes receptores de trasplante de órgano sólido impone una complejidad diagnóstica extrema. En este escenario clínico, el sesgo de anclaje suele orientar la sospecha hacia complicaciones quirúrgicas inmediatas, como el sangrado del lecho o dehiscencias anastomóticas, o a la persistencia de lesiones por hipertensión portal. La exclusión sistemática de estas causas prevalentes es mandatoria antes de considerar etiologías congénitas infrecuentes, las cuales pueden manifestarse de forma atípica por el estrés quirúrgico o la terapéutica instaurada.

Objetivos: Describir la presentación clínica y el algoritmo diagnóstico de un caso de hemorragia digestiva por divertículo de Meckel en un paciente cursando postrasplante hepatorenal inmediato, destacando la utilidad de la cápsula endoscópica y el SPECT/TC en la resolución del cuadro.

Caso Clínico: Varón de 57 años con antecedentes de cirrosis alcohólica, hipertensión portal, poliquistosis renal en hemodiálisis crónica y cardiopatía isquémica. Se realizó trasplante hepatorenal que presentó complicaciones precoces: sangrado intraoperatorio, trombosis de la vena renal (con pérdida del injerto) y trombosis de la arteria hepática, requiriendo reintervención para trombectomía y colocación de packing abdominal. Al mes del trasplante, el paciente presentó melena y proctorragia. Se inició infusión de octreótido y se realizaron videoendoscopia digestiva alta y baja, que solo evidenciaron diverticulosis colónica y contenido hemático en íleon terminal, sin identificar el sitio de sangrado activo. Ante un nuevo episodio con caída de 3% en el hematocrito y plaquetopenia de 58.000/mm³, y tras una angiotomografía y gammagrafía negativas, se realizó una cápsula endoscópica. Este estudio identificó angiodisplasias diminutas en yeyuno y, a nivel de la unión yeyuno-ileal, un área de mucosa vellosa sugestiva de divertículo de Meckel o neoplasia. Se procedió a una gammagrafía con Tc-99m (SPECT/TC); a los 10 minutos de seguimiento se registró un aumento focal de la captación del trazador en hipogastrio. Las imágenes fusionadas con TC confirmaron un área focal hipercaptante en proyección de asas yeyunales, compatible con mucosa gástrica ectópica.

Resultados: Se decidió el abordaje quirúrgico mediante laparoscopia exploradora y enteroscopia intraoperatoria, técnica que permitió la localización exacta de la lesión y confirmó la presencia del divertículo. Se realizó una enterectomía con anastomosis entero-entérica manual. El estudio histopatológico ratificó el diagnóstico. El paciente evolucionó favorablemente, lográndose el cese definitivo de la hemorragia gastrointestinal sin recurrencias en el seguimiento posterior, a pesar de la pérdida previa del injerto renal.

Conclusión: El divertículo de Meckel se comporta como un "gran simulador" en el adulto, pudiendo debutar incluso en contextos de alta complejidad como el postrasplante. En pacientes con SDOO y estudios convencionales negativos, la cápsula endoscópica y el SPECT/TC resultan herramientas fundamentales para diferenciar distractores de la verdadera fuente hemorrágica, permitiendo una resolución quirúrgica definitiva y exitosa.

POSTERS

Código: 0159

ECTASIA VASCULAR ANTRAL GÁSTRICA (GAVE): TRATAMIENTO CON LIGADURA

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

PEDROSA, Larissa | LAUDANNO, Oscar Miguel Oreste | LAFAGE, Matias | DI DONATO, Belen | AMAYA MENDOZA, Deiler | AULAR, Daniela

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Introducción: La ectasia vascular antral gástrica (GAVE) se caracteriza endoscópicamente por bandas longitudinales rojizas radiales desde el píloro ("estómago en sandía") o difusas ("panal de abejas"). Histológicamente: hiperplasia superficial de la mucosa antral y fibromuscular de la lámina propia, ectasia capilar y trombosis focal. Representa el 4% de las hemorragias digestivas altas no variceales. Se asocia a cirrosis (30%) y enfermedades autoinmunes (60%). El tratamiento de primera línea es endoscópico con APC, aunque recientemente se recomienda la ligadura con bandas por requerir menos cantidad de sesiones, con menor recidiva.

Objetivos: Describir un caso de ectasia vascular antral gástrica (GAVE) tratado exitosamente con ligadura endoscópica con bandas. Destacar esta técnica como alternativa eficaz y accesible a la coagulación con argón plasma en el manejo de esta patología infrecuente.

Caso Clínico: Paciente femenina, de 75 años de edad. Consulta por anemia crónica. Antecedentes de artritis psoriásica en tratamiento con secukinumab, parkinsonismo, esteatosis hepática leve con doppler hepático sin signos de HTP, tiroiditis, depresión, TBC pulmonar tratada y tabaquismo activo (11 paq/año). Hallazgos endoscópicos: VEDA 10/12/25: Ectasia vascular antral con máculas rojizas lineales confluentes hacia el píloro, compatibles con GAVE. Se decide tratamiento endoscópico con ligadura con bandas el 04/02/26. La paciente evolucionó con dolor en la semana posterior al procedimiento, que se autolimitó.

Resultados: En controles posteriores al procedimiento la paciente no presentó sangrado digestivo evidente, ni caída de hematocrito ni de hemoglobina, interpretándose como éxito terapéutico.

Conclusión: La ligadura con bandas endoscópicas ha demostrado ser superior a la coagulación con argón plasma para el tratamiento de la ectasia vascular del antrum gástrico (GAVE), con mayor tasa de erradicación, menor recurrencia de sangrado y menos sesiones requeridas. En promedio de necesita 2.4 sesiones de ligadura con aproximadamente 15.1 bandas por paciente. La diferencia entre pre y post tratamiento con ligadura es de 1.5 g/dl de hemoglobina en el post y reduce significativamente las necesidades transfusionales y las hospitalizaciones. Esto se explica debido a que la ligadura alcanza estructuras vasculares en la mucosa profunda y la submucosa, a diferencia de la coagulación superficial tradicional. No hay diferencia estadísticamente significativa en la tasa de eventos adversos. En conclusión el tratamiento endoscópico (APC o banding) es de primera línea. Este caso aporta un caso de GAVE en una institución de la universidad pública, con buena respuesta al tratamiento con ligadura.

POSTERS

Código: 0160

COLONOSCOPIA ASISTIDA POR AGUA VERSUS INSUFLACIÓN CON DIÓXIDO DE CARBONO: DETECCIÓN DE PÓLIPOS, INTUBACIÓN CECAL, CALIDAD DE PREPARACIÓN Y TIEMPOS DEL PROCEDIMIENTO

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Colon
BERNUÉS, Juan Esteban | ESTEVES, Sebastián | TRIMARCO, Maria de Los Angeles | YONAMINE, Karina

Cmic

Introducción: La colonoscopia es el método de referencia para prevenir y diagnosticar neoplasias colorrectales. El dióxido de carbono (CO2) mejora la tolerancia respecto al aire; la colonoscopia asistida por agua surgió para reducir bucles y facilitar la limpieza mucosa. La evidencia comparativa directa entre ambas técnicas es aún heterogénea.

Objetivos: Comparar la indicación, tasa de detección de pólipos, éxito de intubación cecal, calidad de preparación colónica y tiempos operatorios entre colonoscopia asistida por agua e insuflación con CO2.

Material y Métodos: Estudio observacional, comparativo y prospectivo sobre 68 procedimientos realizados por dos operadores expertos, asignados alternativamente a colonoscopia asistida por agua (n=34) o insuflación con dióxido de carbono (n=34). En la primera, la inserción se realizó con infusión de agua y en la segunda bajo insuflación de CO2; la retirada se completó en ambos grupos con insuflación gaseosa del mismo gas mencionado. La detección de pólipos se definió como al menos uno resecado. La intubación cecal se confirmó por visualización de la válvula ileocecal y el orificio apendicular, con fotodocumentación. La preparación colónica se valoró con la escala de Boston. Se utilizó la prueba t de Student o de Mann-Whitney para comparar variables continuas según su distribución (evaluado por Shapiro-Wilk), y Chi-cuadrado o Fisher para variables categóricas (p<0,05 significativo).

Resultados: La edad promedio fue similar entre grupos (56,7 años en agua vs. 57,6 en CO2 p=0,79), al igual que el sexo femenino (64,7% vs. 55,9%; p=0,62). No hubo diferencias significativas en las indicaciones (screening: 50,0% vs. 47,1%; control de pólipos/mucosectomía: 26,5% vs. 20,6%; sintomáticos/otros: 23,5% vs. 32,3%; p=0,73) (Tabla 1). La detección de pólipos fue mayor en la inserción bajo agua que con CO2 (73,5% [IC 95%: 56,9-85,4] vs. 55,9% [IC 95%: 39,5-71,1]; p=0,13). La intubación cecal alcanzó el 100% en ambos, sin diferencias en la escala de Boston (mediana 9 [RIC: 9-9] en ambos; p=0,85). El tiempo al ciego fue mayor con agua (mediana 4,5 min [RIC: 4,0-5,0]) que con CO2 (mediana 3,7 min [RIC: 2,5-4,0]; p=0,006), sin diferencias en la retirada (mediana 8,8 vs. 7,0 min; p=0,08).

Conclusiones: La colonoscopia asistida por agua mostró una tendencia clínicamente relevante hacia mayor detección de pólipos, con tasas de intubación, indicación y calidad de preparación equivalentes al CO2, aunque con un tiempo de inserción mayor. No obstante, la asignación alternante no aleatorizada, el diseño unicéntrico y el tamaño muestral limitado restringen el poder estadístico para demostrar significancia. Se requieren ensayos clínicos aleatorizados y multicéntricos para confirmar el verdadero impacto de esta técnica.

POSTERS

Código: 0163

LESIONES COLORRECTALES CON INVASIÓN SUBMUCOSA... OPERAR O RESECAR: ¿CÓMO DEFINIR LA CUESTIÓN?

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

RIZZI, Bruno | FABBRO, Gabriel | GARCÍA, Magdalena | ZÚÑIGA, Andrés | ALMARAZ, Marianella | PALMA, Agustina | BEZZONI, Pablo | MOAVRO, Damian | GARABENTO, Leonardo | CORREA, Gustavo | BALDONI, Fernando | TUFARE, Francisco | YANTORNO, Martín

HIGA San Martín La Plata

Introducción: El manejo del carcinoma colorrectal T1 ha evolucionado desde un enfoque predominantemente quirúrgico hacia una estrategia basada en la estratificación histopatológica del riesgo de metástasis ganglionares. La ausencia de factores de alto riesgo, como invasión linfovascular, pobre diferenciación, tumor budding o invasión submucosa profunda, permite considerar la resección endoscópica como tratamiento curativo en pacientes seleccionados. La resección en bloque mediante disección submucosa endoscópica posibilita una adecuada evaluación anatomopatológica y la toma de decisiones terapéuticas.

Objetivos: Presentar el caso de un adenocarcinoma colorrectal T1 de bajo riesgo tratado mediante disección submucosa endoscópica, destacando la importancia de la estratificación histológica para evitar tratamiento quirúrgico adicional.

Caso Clínico: Paciente femenina de 67 años, sin antecedentes de relevancia, derivada por alteración del hábito evacuatorio. La videocolonoscopia evidenció una lesión de crecimiento lateral no granular, subtipo pseudodeprimido, de 30 mm, localizada en colon transverso. La caracterización mediante magnificación y cromoscopia virtual mostró un patrón JNET 2B y Kudo VI, compatible con sospecha de invasión submucosa superficial, por lo que se indicó disección submucosa endoscópica con intención terapéutica y diagnóstica. Durante el procedimiento se evidenció fibrosis submucosa F1-F2 y se realizó una disección submucosa convencional, logrando la resección en bloque de la lesión. La pieza fue fijada y remitida para evaluación anatomopatológica completa.

Resultados: La disección submucosa endoscópica permitió la resección completa en bloque, sin complicaciones intraprocedimiento ni eventos adversos posteriores. El estudio anatomopatológico evidenció un adenocarcinoma invasor originado en adenoma tubular con displasia de alto grado, moderadamente diferenciado, con profundidad de invasión submucosa menor a 1000 µm, sin invasión linfovascular ni perineural y ausencia de tumor budding. Los márgenes de resección fueron negativos, con margen lateral mínimo de 2 mm y margen profundo de 1 mm. De acuerdo con los criterios histológicos vigentes, la lesión fue clasificada como carcinoma colorrectal.

tal T1 de bajo riesgo, considerándose la resección endoscópica como tratamiento curativo, por lo que no se indicó cirugía complementaria y se decidió seguimiento endoscópico.

Conclusión: La estratificación histopatológica del carcinoma colorrectal T1 permite identificar pacientes candidatos a tratamiento endoscópico definitivo. En casos seleccionados, la resección endoscópica en bloque puede constituir un tratamiento curativo, evitando cirugía complementaria cuando se cumplen criterios histológicos de bajo riesgo. Este caso destaca la importancia de la evaluación anatomopatológica exhaustiva en la toma de decisiones terapéuticas.

POSTERS

Código: 0165

VÁRICES ESOFÁGICAS: SESIONES DE LIGADURA ENDOSCÓPICA NECESARIAS PARA LA ERRADICACIÓN

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

CÁRDENAS CÁRDENAS, Daniel Fernando | BACIGALUPO, Delfina Maria | DI DOMÉNICO, Diego Salvador | ESCOBAR, Rafael

Sanatorio Julio Mendez

Introducción: La hipertensión portal representa la principal complicación hemodinámica de la cirrosis hepática y constituye el mecanismo fisiopatológico responsable del desarrollo de várices esofágicas. La hemorragia variceal es una de las complicaciones más graves de la enfermedad hepática avanzada, asociada a elevada morbilidad y riesgo de resangrado; para lo cual la ligadura endoscópica con bandas ha demostrado ser una estrategia eficaz tanto en la profilaxis primaria como secundaria del sangrado variceal; sin embargo, existe escasa información regional respecto al número de sesiones necesarias para alcanzar la erradicación de las várices y los factores que pueden influir en el proceso.

Objetivos: Evaluar el número de sesiones de ligadura endoscópica requeridas para la erradicación de várices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en el Sanatorio Dr. Julio Méndez, con datos comprendidos desde enero del 2020 a mayo del 2026. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con cirrosis hepática sometidos a ligadura endoscópica de várices esofágicas que lograron la erradicación durante el seguimiento, definida como várices menores a 5mm y que desaparecen con la insuflación. Se excluyeron várices esofágicas secundarias a etiología no cirrótica. Se evaluaron variables demográficas, etiología de la cirrosis, número de sesiones requeridas e intervalo entre procedimientos.

Resultados: Se incluyeron 39 pacientes, el 33% eran mujeres y el 67% hombres, con un promedio de edad de 65 años. El número promedio de sesiones necesarias para alcanzar la erradicación fue de $3,13 \pm 1,26$, con una mediana de 3 sesiones y un rango de 2 a 7 procedimientos. El intervalo promedio entre sesiones fue de 2,23 meses y el tiempo promedio estimado hasta la erradicación fue de 4,54 meses. La etiología predominante fue la cirrosis alcohólica (46,2%), seguida por enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD) (41,0%). Los pacientes con MASLD requirieron menor número de sesiones ($2,81 / 3,28$) y un tiempo menor para la erradicación en comparación con la cirrosis alcohólica ($2,97 / 5,86$ meses). No obstante, las diferencias observadas entre etiologías no alcanzaron significancia estadística ($p=0,33$).

Conclusiones: La erradicación de las várices esofágicas se logró con un promedio de tres sesiones de ligadura endoscópica. Los intervalos entre sesiones fueron superiores a los recomendados por las guías internacionales, sin que ello pareciera modificar el número final de procedimientos necesarios. Los pacientes con cirrosis alcohólica mostraron una tendencia a requerir más procedimientos y mayor tiempo para alcanzar la erradicación. Estos resultados aportan evidencia local y constituyen una base sobre la erradicación y seguimiento de las várices esofágicas mediante la ligadura variceal.

POSTERS

Código: 0173

"LESIÓN DE DIEULAFOY GÁSTRICA COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA MASIVA"

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

SUAREZ, Florencia Micaela | ZARATE, Fabian | MELANO, Florencia | CASTILLO, Gabriela | DI BARTOLO, Laura | CASTRO, Lis | CERDAS, Natalia | BERTONE, Maria Florencia | VITELLINI, Facundo | MAIER, Katerina

Hospital Córdoba

Introducción: La lesión de Dieulafoy es una causa infrecuente de hemorragia digestiva alta. Se caracteriza por la presencia de una arteria submucosa de gran ca-

libre, puede erosionar la mucosa y provocar hemorragias potencialmente graves. Su diagnóstico suele ser dificultoso debido al carácter intermitente del sangrado y a la frecuente presencia de abundante contenido hemático que limita la visualización endoscópica.

Objetivos: Describir un caso de hemorragia digestiva alta masiva secundaria a lesión de Dieulafoy gástrica que requirió tratamiento combinado endoscópico y endovascular.

Caso Clínico: Reporte de caso clínico. Se realizó análisis descriptivo de la presentación clínica, estudios complementarios, tratamiento instaurado y evolución. No se efectuó análisis estadístico inferencial por tratarse de un caso único.

Resultados: Paciente masculino, 25 años. Antecedente patológico: diabetes mellitus tipo 2. Presentó episodio de hematemesis franca y dolor epigástrico opresivo. En ese contexto: anemia severa (hemoglobina 8,4 g/dL) e inestabilidad hemodinámica con requerimiento de expansión intensiva con cristaloideos e internación en unidad de terapia intensiva. Videoendoscopia digestiva alta inicial: gran coágulo adherido en fundus gástrico sin sangrado activo. No se logró extracción del mismo. Second look endoscópico en contexto de hemorragia digestiva severa con inestabilidad hemodinámica y requerimiento de hemoderivados e intubación. Se logró identificar en curvatura mayor gástrica lesión rojiza sobre elevada con sangrado activo en jet, se inyectó adrenalina (1:10000) y colocó hemoclip logrando limitar el sangrado. Por recurrencia hemorrágica 7 días post tratamiento endoscópico se realizó embolización selectiva de la arteria gástrica izquierda con partículas de alcohol polivinílico y colocación de coils. Una angiogramografía de control confirmó los cambios post procedimiento, sin evidencia de malformaciones vasculares, observándose además áreas hipocaptantes esplénicas compatibles con infartos esplénicos isquémicos secundarios a la embolización. Tras el procedimiento el paciente presentó estabilización clínica y hemodinámica, sin nuevos episodios de hemorragia digestiva ni requerimientos transfusionales adicionales.

Conclusión: La lesión de Dieulafoy constituye una causa infrecuente pero potencialmente letal de hemorragia digestiva alta. Su diagnóstico puede requerir múltiples evaluaciones endoscópicas debido al carácter intermitente del sangrado y a la limitada visualización ocasionada por la presencia de sangre y coágulos. La embolización arterial selectiva representa una alternativa terapéutica eficaz en pacientes con recurrencia hemorrágica o fracaso de la hemostasia endoscópica, permitiendo controlar el sangrado y evitar procedimientos quirúrgicos de urgencia. Este caso destaca la importancia del abordaje multidisciplinario y del rol de la radiología intervencionista en el manejo de hemorragias digestivas complejas.

POSTERS

Código: 0183

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, ENDOSCÓPICA Y EVOLUTIVA DE UNA COHORTE INSTITUCIONAL DE PACIENTES CON SÍNDROME DE POLIPOSIS SERRATA

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

ORTIZ SUÁREZ, Paula Gimena | RANDAZZO, Paula | BELLINI, Sofia | MANOUKIAN, Silvina Alejandra | JERVES BARROS, Saul Andres | MARCOLONGO, Mariana | GONZÁLEZ, María Laura

Hospital Italiano

Introducción: El síndrome de poliposis serrata (SPS) constituye la poliposis colorrectal más frecuente y se asocia con mayor riesgo de cáncer colorrectal (CCR). La evidencia disponible proviene mayormente de cohortes europeas y norteamericanas, existiendo escasa información en latinos. La caracterización de cohortes institucionales con SPS permite conocer su comportamiento en diferentes poblaciones, optimizar las estrategias de vigilancia e identificar nuevas líneas de investigación.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas, endoscópicas, histopatológicas y evolutivas de una cohorte institucional de pacientes con SPS.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo basado en el registro Institucional prospectivo de SPS. Se incluyeron aquellos que cumplieran criterios diagnósticos de SPS según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2010 y/o 2019. Se analizaron variables demográficas, antecedentes personales y familiares de cáncer, motivo de la videocolonoscopia (VCC) índice, características clínicas, endoscópicas e histológicas, número y tipo de lesiones, tratamientos, estudios genéticos y evolución.

Resultados: Se incluyeron 153 pacientes con diagnóstico de SPS, que cumplían con criterios OMS 2010 y/o 2019. La mediana de edad al diagnóstico fue de 53 años (intervalo intercuartil (IIC) 41-62) y el 62% fueron mujeres. El 41% presentó antecedentes familiares de CCR y el 14% antecedentes personales de CCR. La mediana del número acumulado de lesiones serratas fue de 19 (IIC 11-30), con adenomas avanzados en 42% y lesiones serratas sésiles con displasia en 33% de los pacientes. El manejo fue endoscópico en 84% de los casos y combinado (endoscópico y quirúrgico) en el resto, siendo la colectomía total con ileorectostomosis la cirugía más frecuente. La mediana de seguimiento fue de 37 meses (IIC 11-92). El detalle de criterios diagnósticos, indicación de la colonoscopia índice, número de colonoscopias hasta el diagnóstico, hallazgos histológicos por subtipo y características del tratamiento quirúrgico se presentan en la Tabla 1.

Conclusiones: Esta cohorte latina con SPS aporta una caracterización integral del

síndrome en una población poco estudiada. El diagnóstico frecuentemente requirió múltiples colonoscopias, lo que subraya la importancia de mantener alta sospecha clínica ante lesiones serratas múltiples. Se evidenció una elevada carga de lesiones colorrectales, displasia y neoplasia avanzada. Sin embargo, durante el seguimiento intensivo, luego del diagnóstico, se observó una baja frecuencia de CCR. Estos resultados amplían la información disponible sobre el SPS en nuestra región y constituyen una plataforma para futuras investigaciones sobre factores pronósticos y estrategias de vigilancia.

POSTERS

Código: 0186

DETECCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL Y PÓLIPOS DE ALTO GRADO EN LA VIDEOCOLONOSCOPIA DE CONTROL POST DIVERTICULITIS

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Colon
PESSINA, Javier | BACIGALUPO, Delfina María | VISSO, Ana Laura | ESCOBAR, Rafael

Sanatorio Julio Mendez

Introducción: La diverticulitis aguda y el cáncer colorrectal (CCR) son diagnósticos diferenciales debido a la similitud de su manifestación. Por este motivo en pacientes con cuadros complicados, pacientes sin pesquisa de CCR al día o ante signos de alarma está indicada la videocolonoscopia (VCC) de 6 a 8 semanas post-episodio. El rédito diagnóstico de CCR oscila entre 0.31% y 1.3% en diverticulitis no complicadas y de 1.43% a 8% en complicadas; y de pólipos de alto grado de 4.4%. Durante la revisión bibliográfica no se encontraron datos de latinoamérica, por lo que este trabajo busca aportar evidencia local.

Objetivos: Definir la tasa de detección de CCR y pólipos avanzados en VCC por control post-diverticulitis frente a la VCC por pesquisa de CCR y evaluar diferencias entre ambas poblaciones.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de marzo 2021 a abril 2026 de casos y controles que incluyó mayores de 18 años que se realizaron VCC por control post-diverticulitis (casos) y pesquisa de CCR (controles) emparejados por edad y sexo con una relación 3:1. Se excluyeron pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal y preparación deficiente. Se analizaron tamaño, morfología, histología y ubicación de los pólipos. Se compararon los datos considerando significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 62 casos (edad media 60 años, 53.2% mujeres) y 184 controles (edad media 63 años, 55.1% mujeres). No se halló CCR en ninguna de las cohortes. Se hallaron pólipos > 10 mm en 6 casos (9.68%) y en 12 controles (6.49%). De los casos, 30 (48.4%) presentaron diverticulitis no complicada, 20 (32.3%) diverticulitis Hinchey 1A, 9 Hinchey 1B (14.5%) y 3 diverticulitis Hinchey II, III y IV (1.6% - 1 caso cada uno). El análisis comparativo de los pólipos no mostró diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables evaluadas. El tamaño medio fue de 15.8 mm en casos y 14.4 mm en controles ($p = 0.923$). La morfología más frecuente en los casos fue Paris 0-Ip (50%) y en los controles Paris 0-Is (41.7%), sin diferencias significativas ($p = 0.915$). La ubicación más frecuente fue en colon izquierdo, 100% en los casos y 75% en los controles ($p = 0.515$). Histológicamente, el hallazgo más frecuente fue el adenoma tubular con displasia de bajo grado (66.6%) ($p = 1$). Al analizar la severidad de la diverticulitis en los pacientes con pólipos de alto grado, 5 presentaron diverticulitis no complicada y 1 diverticulitis complicada (Hinchey 1A).

Conclusiones: La ausencia de patología neoplásica avanzada y diferencias significativas entre ambas cohortes coinciden con la recomendación actual de evitar la realización de VCC de forma sistemática después de un episodio de diverticulitis aguda, si bien el estudio cuenta con la limitación de ser un trabajo unicéntrico y una muestra mayor permitiría realizar recomendaciones con mayor seguridad, aporta información local de una problemática frecuente.

POSTERS

Código: 0189

TASA DE CANULACIÓN BILIAR PROFUNDA EN COLANGIO-PANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA EN PRESENCIA DE DIVERTÍCULOS DUODENALES PERIAMPULARES

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

GROISMAN, Martín | ASPREA ALFANO, Leonardo | DI DOMÉNICO, Diego Salvador | BACIGALUPO, Delfina María | ESCOBAR, Rafael

Sanatorio Julio Mendez

Introducción: La colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una técnica terapéutica para el manejo de patología obstructiva bilio-pancreática. La presencia de divertículos duodenales periampulares (DDP) se ha asociado con mayor dificultad técnica en la CPRE y con una tendencia al aumento de complicaciones

post-CPRE, aunque la evidencia disponible en la literatura es heterogénea.

Objetivos: Evaluar la asociación entre la presencia de DDP y las tasas de canulación biliar profunda exitosa, canulación dificultosa y complicaciones post-CPRE.

Material y Métodos: estudio observacional, retrospectivo y analítico realizado en un centro de tercer nivel. Se analizó a los pacientes adultos sometidos a CPRE entre mayo de 2021 y junio de 2026. Se excluyeron pacientes con instrumentación previa de la vía biliar, infiltración tumoral duodenal o papilar y anatomía bilio-digestiva quirúrgicamente alterada. Se evaluó la presencia y localización de DDP según la clasificación de Boix. Luego se analizaron las tasas de canulación biliar profunda exitosa, canulación dificultosa y complicaciones post-CPRE en base a la presencia o ausencia de DDP.

Resultados: Se incluyeron 160 pacientes con papila nativa. La edad media fue de 65 años, con un rango de 18-95 años, con 83 pacientes (52%) de sexo femenino. La indicación más frecuente fue litiasis coledociana (75%), seguida por estenosis malignas (22,5%). Se identificaron DDP en 23 pacientes (14,3%): 6 con papila intradiverticular y 17 con papila yuxtadiverticular. La tasa global de canulación biliar profunda exitosa fue de 81,9% (131/160). Los pacientes con DDP presentaron menor tasa de canulación exitosa que aquellos sin DDP (65,2% vs 84,7%; OR 0,34; $p = 0,038$). Esta asociación se mantuvo tras ajustar por patología tumoral (OR ajustado 0,31; $p = 0,024$). La patología tumoral también se asoció con menor tasa de canulación exitosa (63,9%; OR 0,26; $p = 0,003$), mientras que la litiasis coledociana se asoció a mayor tasa de canulación (OR 3,38; $p < 0,001$). No se observaron diferencias significativas en canulación dificultosa según presencia de DDP ($p = 0,571$). Se observó una tendencia a presentar mayor frecuencia de complicaciones post-CPRE en pacientes con DDP, sin ser estadísticamente significativo (21,7% vs 8,8%; OR 2,89; $p = 0,074$). La perforación fue la única complicación individual significativamente asociada a DDP (13,0% vs 0%; OR 47; $p = 0,003$).

Conclusiones: La presencia de DDP se asoció con menor tasa de canulación biliar profunda exitosa en el análisis univariado y al corregir por presencia de estenosis maligna como indicación de CPRE. No se observó asociación significativa con canulación dificultosa o con complicaciones post-CPRE en su conjunto. La perforación fue significativamente más frecuente en pacientes con DDP, aunque este hallazgo debe interpretarse con cautela debido al bajo número absoluto de eventos.

POSTERS

Código: 0193

PERFORACIÓN POST-COLANGIOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) STAPFER TIPO II: REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

GROISMAN, Martín | ASPREA ALFANO, Leonardo | BACIGALUPO, Delfina María | ESCOBAR, Rafael

Sanatorio Julio Mendez

Introducción: La perforación periampular posterior a una CPRE, clasificada como Stapfer tipo II, es un evento adverso infrecuente, pero potencialmente grave. Su evolución depende del reconocimiento precoz, la magnitud de la fuga, el compromiso peritoneal y la respuesta clínica inicial.

Objetivos: Describir dos casos de perforación Stapfer tipo II con evolución contrastante y analizar los factores que condicionaron la elección entre el tratamiento endoscópico y la cirugía.

Caso Clínico: Se presentan dos mujeres sometidas a CPRE por coledocolitiasis, ambas con canulación dificultosa y necesidad de precorte. La primera, de 75 años, desarrolló a las 18 horas dolor abdominal generalizado, signos peritoneales, hiperamilasemia, neumoperitoneo y líquido libre. Ante la sospecha de perforación complicada, se realizó laparotomía urgente, identificándose un defecto duodenal periampular de 2 mm. Se efectuaron duodenorrafia, cerclaje pilórico, gastroenteroanastomosis, colecistectomía y drenaje de la cavidad abdominal. Evolucionó con sepsis persistente, evisceración, coleperitoneo y necesidad de múltiples reintervenciones, y falleció al día 21 por shock séptico. La segunda paciente, de 60 años, presentó durante la CPRE una fuga biliar de alto grado y neumoperitoneo, compatibles con perforación Stapfer tipo II. Se colocó inmediatamente un stent metálico autoexpandible completamente cubierto. Dado que permaneció hemodinámicamente estable, sin dolor, peritonitis ni líquido libre significativo, se indicó manejo conservador con reposo digestivo, antibioticoterapia, soporte nutricional y vigilancia clínico-radiológica. La evolución fue favorable, con resolución tomográfica del neumoperitoneo y ausencia de fuga en el control diferido.

Resultados: Discusión: aunque ambos casos compartieron factores procedimentales de riesgo, el momento diagnóstico y la repercusión clínica determinaron estrategias y desenlaces diferentes. El reconocimiento intraprocedimiento, la estabilidad hemodinámica y la ausencia de contaminación peritoneal permitieron el tratamiento endoscópico mediante derivación biliar con stent cubierto. En contraste, el diagnóstico diferido, la peritonitis, el líquido libre y la sepsis determinaron la necesidad de cirugía urgente y se asociaron con evolución desfavorable. Esto coincide con la evidencia disponible, que reserva el manejo no operatorio para perforaciones contenidas y clínicamente estables, y recomienda cirugía ante deterioro clínico, sepsis,

colecciones no controladas o fracaso del tratamiento endoscópico.

Conclusión: La clasificación de Stapfer permite caracterizar la lesión, pero no define por sí sola la conducta terapéutica. En las perforaciones tipo II, el manejo debe individualizarse según el momento del diagnóstico, el estado clínico y los hallazgos tomográficos. El reconocimiento intraprocedimiento y la derivación biliar endoscópica favorecen el tratamiento no operatorio, mientras que la peritonitis, la sepsis, el líquido libre y el deterioro clínico constituyen criterios de cirugía urgente. El abordaje precoz y multidisciplinario es esencial para optimizar el pronóstico.

POSTERS

Código: 0195

SÍNDROME DE POLIPOSIS SERRATA: DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS AL RECONOCIMIENTO DIAGNÓSTICO

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Colon
RANDAZZO, Paula | ORTIZ SUÁREZ, Paula Gimena | MANOUKIAN, Silvina Alejandra | JERVES BARROS, Saul Andres | BELLINI, Sofia | MARCOLONGO, Mariano | GONZÁLEZ, María Laura

Hospital Italiano

Introducción: El síndrome de poliposis serrata (SPS) puede diagnosticarse mediante criterios acumulativos y su cumplimiento puede ocurrir luego de múltiples colonoscopias (VCC). Sin embargo, el momento en que se cumplen los criterios diagnósticos podría no coincidir con el reconocimiento clínico del SPS. La evolución temporal entre ambos eventos ha sido escasamente estudiada y podría tener implicancias sobre el pronóstico y su reconocimiento oportuno.

Objetivos: Caracterizar el proceso diagnóstico del SPS, evaluando el número de colonoscopias y el tiempo hasta el cumplimiento de los criterios diagnósticos y hasta el reconocimiento diagnóstico y la adherencia al seguimiento.

Material y Métodos: Estudio observacional, de cohorte a partir del Registro Institucional de SPS. Se analizaron: número de VCC hasta el cumplimiento de criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tiempo desde la primera VCC hasta el cumplimiento de dichos criterios; tiempo hasta el reconocimiento diagnóstico; intervalo entre el cumplimiento de los criterios y el reconocimiento diagnóstico. Se definió reconocimiento diagnóstico a la primera documentación explícita en el registro independientemente del momento del cumplimiento de los criterios. Se definió adherencia a la realización de al menos una consulta y/o una VCC dentro del intervalo de 1-3 años según se documentara en el registro.

Resultados: Se incluyeron 153 pacientes con diagnóstico de SPS. En la tabla 1 se resumen las características generales de la cohorte. El cumplimiento de los criterios diagnósticos ocurrió en la primera VCC en 36% (n=55/153) de los pacientes, luego de 2 VCC en 29% (44/153), 3 en 20% (n= 31/153) y 4 o más VCC en 15% (n=23/153). La mediana de VCC para el cumplimiento de los criterios diagnósticos fue de 2 (intervalo intercuartil (IIC) 1-3), con un intervalo mediano de 6 meses (IIC 0-36) entre la primera VCC y el cumplimiento de los criterios. La mediana del intervalo entre el cumplimiento de los criterios diagnósticos y el reconocimiento diagnóstico fue de -2.5 meses (IIC -14 y 6.5 meses). En la imagen se grafican los casos diagnosticados según criterios 2010-2019 por año. La mediana de seguimiento posterior al diagnóstico fue de 37 meses (IIC 11-92), con una mediana de 5 VCC (IIC 4-8). La adherencia al seguimiento, fue completa en el 62 % (n = 95), en 28 % (n = 43) parcial y el 9.8% (n = 15) no realizó el seguimiento.

Conclusiones: La caracterización del proceso diagnóstico del SPS mostró que el cumplimiento de los criterios y el reconocimiento diagnóstico no siempre ocurren de manera simultánea. La identificación de pacientes previa o posterior al cumplimiento de los criterios sugiere que el diagnóstico oportuno depende de una evaluación longitudinal, más que de la interpretación de una VCC aislada. La presencia de casos con sospecha clínica cercano al cumplimiento de los criterios o a los pocos meses de cumplidos los mismos podría explicarse por el modelo de atención especializado basado en el seguimiento sistemático de SPS. El seguimiento de esta cohorte podría estimar las implicancias clínicas del reconocimiento diferido.

POSTERS

Código: 0202

IMPACTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LOS CRITERIOS OMS 2019 PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE POLIPOSIS SERRATA

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Colon
MANOUKIAN, Silvina Alejandra | BELLINI, Sofia | ORTIZ SUÁREZ, Paula Gimena | JERVES BARROS, Saul Andres | RANDAZZO, Paula | MARCOLONGO, Mariano | GONZÁLEZ, María Laura

Hospital Italiano

Introducción: La modificación de los criterios diagnósticos de la OMS para el Síndrome de Poliposis Serrata (SPS) en el 2019 produjo variaciones en la localización

y el tamaño de las lesiones, eliminando el criterio basado en los antecedentes familiares. Recientemente, un grupo americano demostró que estas modificaciones producen un impacto limitado sobre el diagnóstico. Sin embargo, dichos resultados no han sido estudiados en ninguna otra cohorte, así como tampoco su impacto clínico.

Objetivos: Evaluar el impacto de la aplicación de los criterios de la OMS 2019 para el diagnóstico del SPS con respecto a los del 2010.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte observacional, incluyendo a todos los pacientes con diagnóstico de SPS incluidos en un registro institucional, entre el 2002 y 2026. Se aplicaron los criterios diagnósticos de la OMS 2010 y 2019 a la totalidad de la cohorte de pacientes con diagnóstico confirmado de SPS. Adicionalmente, se clasificó a cada paciente según la época de diagnóstico: cohorte diagnosticada hasta 2019 bajo el criterio vigente en ese momento (criterio 2010) y cohorte diagnosticada desde 2019 en adelante bajo el criterio revisado (criterio 2019). Sobre cada cohorte se evaluó el cumplimiento del criterio alternativo. Se evaluó el impacto clínico de la reclasificación diagnóstica. Para ello, se identificaron los pacientes discordantes entre ambos criterios y se describieron sus características.

Resultados: Se incluyeron 153 pacientes que cumplieron criterios 2010 y/o 2019. De estos, 153 (100%) cumplían criterios 2010 y 150 (98%) cumplieron criterios 2019. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa (p=0.375). De los 86 pacientes diagnosticados originalmente mediante criterios OMS 2010, 3 (3.49%) no cumplieron los criterios OMS 2019. De los 67 pacientes diagnosticados originalmente mediante criterios OMS 2019, todos los pacientes cumplieron los criterios OMS 2010. Se describen las características basales de la cohorte y de los pacientes discordantes en la tabla 1.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con diagnóstico confirmado de SPS cumplió ambos criterios diagnósticos, independientemente de la época de diagnóstico. La discordancia observada fue baja o nula en ambas direcciones. Los resultados obtenidos fueron consistentes con lo reportado por la literatura. Si bien los casos excluidos de los criterios del 2019 fueron escasos, presentaron marcadores de riesgo clínicamente relevantes (antecedente familiar de primer grado de CCR a edad temprana, edad de presentación joven, lesiones serratas séiles con displasia, adenomas sincrónicos y localización proximal) que justifican vigilancia intensiva, a pesar de no cumplir criterios actuales de SPS.

POSTERS

Código: 0206

RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUMOR NEUROENDOCRINO GÁSTRICO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

AMUS, Camila | AGUILAR, Carla | PÉREZ GARCÍA, Jorge Luis | MIMURA, Humberto | PAZMIÑO, Karen

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL AGUDOS PEDRO FIORITO

Introducción: Los tumores neuroendocrinos (TNE) gástricos son neoplasias poco frecuentes derivadas de las células enterocromafines. Los TNE tipo I representan el 70-80%, afectando predominantemente a mujeres, y guardan una estrecha asociación con la hipergastrinemia secundaria a gastritis atrófica crónica y anemia perniciososa. Suelen presentarse como lesiones múltiples, menores de 1-2 cm, localizadas en el cuerpo y fondo gástrico, con un curso clínico indolente y bajo potencial metastásico. El diagnóstico requiere confirmación histopatológica e inmunohistoquímica, siendo la resección endoscópica el pilar terapéutico fundamental en estadios localizados.

Objetivos: Describir el proceso diagnóstico, caracterización histológica y el abordaje terapéutico mínimamente invasivo mediante resección endoscópica asistida por ligadura en una paciente con tumor neuroendocrino gástrico.

Material y Métodos: Se presenta el caso clínico de una paciente con hallazgo incidental de un tumor neuroendocrino gástrico bien diferenciado con resolución endoscópica.

Resultados: Paciente femenina de 47 años, sin antecedentes de relevancia, inició protocolo de estudio por cuadro de anemia crónica refractaria al tratamiento oral. Se solicitó una videoendoscopia digestiva alta inicial que informó gastropatía crónica de cuerpo-antro y un pólipo séil (París 0-Is) en cuerpo gástrico. El estudio histopatológico e inmunohistoquímico de dicha lesión confirmó el diagnóstico de tumor neuroendocrino bien diferenciado Grado 1, con positividad para Cromogranina A y Sinaptofisina, un índice de proliferación Ki-67 menor al 3% y un tamaño de 4x2mm. Para una correcta estadificación local se realizó una ecoendoscopia, la cual identificó una formación hipoecoica originada en la capa profunda de la mucosa con extensión a la submucosa, midiendo 11 mm sin evidenciarse adenopatías regionales. Tomografía de tórax, abdomen y pelvis sin particularidades. Con estos parámetros, el tamaño de la lesión y profundidad se procedió al tratamiento mediante resección endoscópica asistida por ligadura con banda. El procedimiento consistió en la infiltración de la submucosa con solución fisiológica e índigo carmín, colocación de la banda elástica (banding), y el corte con asa de polipectomía utilizando corriente de coagulación. Se constató la resección completa de las lesiones y se colocaron clips hemostáticos, sin complicaciones mediatas e inmediatas. El análisis diferido de la pieza mayor resecada ratificó una proliferación celular sólida y organoide con focos

de infiltración submucosa y márgenes de resección completamente libres de lesión tumoral.

Conclusiones: Este caso subraya la importancia de la endoscopia de alta resolución, adecuada visualización para identificar alteraciones de la mucosa y el tamizaje histopatológico. La resección endoscópica mediante ligadura con banda demostró ser una alternativa terapéutica segura, eficaz y mínimamente invasiva, logrando la remoción completa del tumor gástrico con márgenes libres, evitando cirugías resectivas mayores y permitiendo un esquema de seguimiento clínico-imagenológico.

POSTERS

Código: 0218

FALLOS EN LA CANULACIÓN BILIAR EN PACIENTES CON PAPILAS VÍRGENES, EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

CIMMINO, Nicolás | BARON, Pablo | CAPUTO, Maria Celeste | MELLA, Jose Manuel | CIMMINO, Daniel Gustavo

Hospital Alemán

Introducción: La canulación de la vía biliar es el paso limitante de la CPRE. La tasa de fracaso en la canulación, los factores predictores asociados al fracaso, y el rol del precorte como técnica de rescate permanecen poco caracterizados.

Objetivos: Determinar la tasa de fracaso en la canulación biliar en un hospital de la comunidad, identificar predictores independientes del fracaso, y analizar la utilidad del acceso biliar con aguja de precorte como técnica de rescate dentro del subgrupo de papila virgen.

Material y Métodos: Se analizó una cohorte retrospectiva consecutiva de los procedimientos con intención de canulación biliar entre 2015–2025. En el grupo de papilas vírgenes se definieron 4 subgrupos en base al intento de canulación biliar: 1) convencional exitosa, 2) precorte exitoso, 3) precorte fallido y 4) fallo sin precorte. Se buscaron factores predictores independientes asociados al fracaso de canulación mediante regresión logística multivariada.

Resultados: Se analizaron 604 procedimientos en papilas vírgenes (Figura 1). La tasa de éxito en la canulación biliar fue del 92,8% (565/604). El único predictor independiente de fracaso fue la presencia de tumor biliopancreático/peripancreático en las imágenes (OR 5,54; IC95% 3,11–9,88; $p < 0,001$). La tasa de éxito del precorte como técnica de rescate fue 80,3% (94/117). El hallazgo de tumor en imagen previa mostró un gradiente progresivo a través de los 4 subgrupos (19,7%; 28,7%; 43,5%; 71,4%; $p < 0,001$), siendo el predictor más consistente tanto de necesidad de rescate como de fracaso del mismo. La pancreatitis post-CPRE fue más frecuente en quienes recibieron intento de precorte, independientemente de su resultado ($p = 0,003$). La mortalidad mostró un gradiente progresivo y estadísticamente significativo a través de los 4 subgrupos: 0,4% (convencional); 1,1% (precorte exitoso); 17,4% (precorte fallido); 31,6% (fallo sin precorte) ($p < 0,001$). El análisis de los 10 fallecidos con fracaso de canulación reveló que en 7 de 10 casos la muerte fue atribuible a la severidad de la enfermedad subyacente: progresión de enfermedad maligna (4/10) y sepsis por colangitis sobre obstrucción maligna (3/10). En los 42 pacientes con fracaso de canulación, la estrategia de resolución más utilizada fue el drenaje percutáneo (55%), seguida de tratamiento conservador (19%), cirugía (17%) y reintento de CPRE (10%).

Conclusiones: La tasa de éxito técnico en nuestra cohorte es consistente con estándares internacionales. La presencia de tumor en las imágenes es el único predictor independiente de fracaso de canulación - independientemente de la técnica utilizada - y debe considerarse al planificar el procedimiento y anticipar técnicas de rescate. El precorte es eficaz en 4 de cada 5 intentos, aunque se asocia a mayor riesgo de pancreatitis post-CPRE. La mortalidad mostró un gradiente progresivo y significativo entre grupos ($p < 0,001$), atribuible a la severidad de la enfermedad subyacente más que al fracaso técnico, posicionando al fracaso de canulación como marcador pronóstico.

POSTERS

Código: 0221

CPRE EN LA EDAD AVANZADA: INFLUYE LA EDAD EN LA EFICACIA Y EN LAS COMPLICACIONES?

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

CIMMINO, Nicolás | BARON, Pablo | CAPUTO, Maria Celeste | MELLA, Jose Manuel | CIMMINO, Daniel Gustavo

Hospital Alemán

Introducción: La evidencia sobre la seguridad de la CPRE en pacientes añosos es heterogénea, y pocos trabajos evalúan el diferencial de gravedad de las complica-

ciones según la edad.

Objetivos: Comparar la eficacia técnica y la seguridad del procedimiento entre pacientes menores y mayores de 75 años, con un subanálisis en mayores de 80 años.

Material y Métodos: Se analizó una cohorte retrospectiva de los procedimientos realizados en 2015-2025 por 4 operadores en un hospital de comunidad. Se compararon características basales, indicación del procedimiento, éxito de canulación biliar, y tasa y gravedad de las complicaciones entre los grupos etarios. Las variables categóricas se analizaron mediante test de chi cuadrado o exacto de Fisher, y las continuas mediante test de Mann-Whitney U. La gravedad de las complicaciones se clasificó según criterios de Cotton de eventos adversos validado internacionalmente. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 1036 procedimientos en 672 pacientes (tabla 1). Los pacientes ≥ 75 años (311) presentaron mayor frecuencia de anticoagulación (11,9% versus 6,1%; $p = 0,002$) y de antiagregación plaquetaria (16,4% versus 8,7%; $p < 0,001$). La canulación biliar exitosa fue similar entre ambos grupos, pero fue significativamente menor en los pacientes de ≥ 80 años (90,3% versus 95,5%; $p = 0,006$), efecto que se concentró de forma exclusiva en el subgrupo de papilas vírgenes (87,3% versus 94,3%; $p = 0,012$). La tasa global de complicaciones no difirió entre los grupos (7,7% versus 7,2%; $p = 0,86$), pero sí su gravedad: la mitad de las complicaciones en el grupo de mayor edad fue grave, frente al 17,3% en los más jóvenes ($p = 0,005$), diferencia que no se explicó por el uso de anticoagulantes o antiagregantes tras un análisis multivariado.

Conclusiones: En nuestra cohorte, el procedimiento mantuvo una eficacia técnica adecuada y una tasa de complicaciones comparable en los pacientes añosos. Los pacientes ≥ 75 años tuvieron complicaciones con mayor gravedad, independientemente del uso de fármacos antitrombóticos. Los pacientes ≥ 80 años presentaron mayor dificultad de canulación primaria. Estos hallazgos respaldan extremar las precauciones específicamente en el paciente muy añoso.

POSTERS

Código: 0237

ESTENOSIS BILIAR BENIGNA COMPLEJA ASOCIADA A LITIASIS RECURRENTE ROL DECISIVO DE LA LITOTRICIA LÁSER EN LA RESOLUCIÓN COMPLETA

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

ALEJO TACURI, Juan Pablo

Sanatorio Güemes

Introducción: Las estenosis del colédoco distal representan un reto diagnóstico y terapéutico. Ante un estrechamiento a este nivel, la sospecha de neoplasia ampular o colangiocarcinoma es siempre la primera consideración. Sin embargo, los procesos inflamatorios crónicos secundarios a coledocolitiasis recurrente e impactada, sumados a la manipulación endoscópica repetida, pueden generar estenosis benignas que simulan malignidad tanto en los estudios de imágenes como en la evaluación macroscópica inicial.

Objetivos: Describir el manejo diagnóstico-terapéutico de un paciente con estenosis coledociana distal de aspecto neoplásico, cuya etiología inflamatoria benigna y resolución litiasica se determinaron exitosamente mediante colangioscopia directa con litotricia láser y biopsias dirigidas.

Caso Clínico: Paciente masculino de 46 años con antecedente de colecistectomía (2021) y síndrome coledociano (2023) manejado inicialmente con prótesis plástica por estenosis distal del colédoco. Evolucionó con múltiples episodios de coledocolitiasis recurrente, requiriendo repetidas colangiopancreatografías retrógradas endoscópicas (CPRE) para recambio de stents, esfinteroplastias y extracción de litos. En 2025 cursó internación por colangitis aguda; la colangiorresonancia (CRM) evidenció colédoco de 12 mm con afinamiento distal filiforme, realce post-contraste y litiasis proximal de 9 mm. Ante la sospecha de lesión tumoral ampular o de vía biliar, se tomaron biopsias repetidas de la papila y duodeno, las cuales reportaron cambios inflamatorios crónicos sin atipia celular.

Resultados: En febrero de 2026, ante la persistencia de la estenosis distal y la presencia de un lito impactado de 15 mm, se realizó colangioscopia directa (SpyGlass). Al examen visual se observó una estenosis distal con mucosa de aspecto inflamatorio, áreas de neovascularización y patrón vellosa, sin signos definitivos de malignidad. Se tomaron múltiples biopsias bajo visión directa. El lito gigante de 15 mm fue fragmentado de forma exitosa mediante litotricia láser intraductal y los fragmentos fueron removidos completamente con balón extractor. El informe anatómopatológico de las biopsias dirigidas de la vía biliar reportó fragmentos con revestimiento epitelial, corion con infiltrado linfocitario y estructuras glandulares conservadas, descartando invasión neoplásica. En abril de 2026, se retiró el stent biliar de forma programada mediante CPRE, realizándose esfinteroplastia de facilitación y limpieza de la vía biliar. El control colangiográfico demostró una franca mejoría del calibre y del flujo de contraste en el colédoco distal, con perfil de laboratorio hepático posterior normalizado.

Conclusión: Ante una estenosis coledociana distal con sospecha de lesión ampular, la inflamación crónica por coledocolitiasis recurrente debe considerarse en el diagnóstico diferencial. La evaluación endoscópica avanzada mediante colangioscopia

y biopsia dirigida permite resolver la disyuntiva diagnóstica y guiar con éxito la terapéutica endoscópica definitiva.

POSTERS

Código: 0246

APLICACIÓN DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN IMÁGENES ENDOSCÓPICAS CAPTADAS CON TELÉFONOS INTELIGENTES PARA LA PREDICCIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

HERRERO, Marcos Ezequiel

SANATORIO 9 DE JULIO

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* es una causa prevalente de patología gastroduodenal. Aunque el estudio histológico es el método de referencia, existe una búsqueda constante de herramientas diagnósticas rápidas y accesibles. La integración de la inteligencia artificial (IA) mediante el análisis de imágenes capturadas con dispositivos abre una nueva frontera tecnológica para optimizar la detección en tiempo real.

Objetivos: Objetivo General: Determinar la precisión diagnóstica de un asistente virtual basado en IA para la detección de *Helicobacter pylori* a partir de imágenes capturadas con teléfono inteligente de endoscopías. Objetivos Específicos: Entrenar un modelo de IA para la detección de *H. pylori* mediante imágenes endoscópicas. Comparar la sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo del asistente virtual con la histopatología.

Material y Métodos: Estudio observacional, analítico y transversal en pacientes adultos sometidos a endoscopia digestiva alta en un sanatorio privado. Se incluyeron mayores de 18 años con síntomas dispépticos, excluyendo cirugía gástrica previa y lesiones avanzadas (cáncer, úlceras profundas). Para el entrenamiento del asistente virtual se creó una base de datos de 350 imágenes de mucosa gástrica con diagnóstico histopatológico confirmado. Posteriormente, se capturaron 615 nuevas imágenes de antro, cuerpo y fondo mediante teléfonos inteligentes, correspondientes a una muestra de 205 pacientes. Las fotos fueron procesadas por la IA para generar una predicción automática (positivo/negativo), la cual se contrastó con los resultados histopatológicos.

Resultados: De 205 pacientes analizados, la histología confirmó 69 casos positivos y 136 negativos. El modelo de IA arrojó 28 verdaderos positivos, 18 falsos positivos, 118 verdaderos negativos y 41 falsos negativos ($p < 0,001$). Los parámetros diagnósticos fueron: sensibilidad del 40,6% (IC 95%: 31,6% - 48,7%), especificidad del 86,8% (IC 95%: 82,2% - 90,9%), valor predictivo positivo del 60,8% (IC 95%: 47,3% - 73,1%) y valor predictivo negativo del 74,2% (IC 95%: 70,3% - 77,7%).

Conclusiones: El trabajo demuestra que la IA puede reconocer patrones visuales asociados a *H. pylori*, aunque no alcanza el desempeño óptimo reportado en estudios multicéntricos y revisiones sistemáticas. La sensibilidad fue insuficiente (40,6%), debido a una tasa elevada de falsos negativos. Estos hallazgos resaltan la necesidad de mejorar la calidad del dataset, aumentar el número de imágenes por paciente y explorar técnicas de aumento de datos más robustas. Mejorar el modelo con bases de datos más amplias podría incrementar significativamente su desempeño, favoreciendo el desarrollo de una herramienta práctica y accesible para centros con disponibilidad limitada de anatomía patológica u otros métodos diagnósticos especializados.

POSTERS

Código: 0265

“SARCOMA DE KAPOSI CON COMPROMISO GASTROINTESTINAL EN PACIENTES POSTRASPLANTE HEPÁTICO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS”

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 3. Endoscopia Pediátrica

PENIZZOTTO, María Carla | FERRARI, Valentina | BUSQUET, Laura | WEDE, Gabriela | GALLAY, Ivana | RUEDA, Alexandra | MUÑOZ, Pamela | BOTTERO, Adriana | Jorgelina | ROCCA, Ana

HOSPITAL GARRAHAN

Introducción: El sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia inflamatoria de origen endotelial asociada al herpesvirus humano tipo 8 (HHV-8). Una de sus variantes epidemiológicas compromete a pacientes bajo tratamiento inmunosupresor, siendo los receptores de trasplante de órganos sólidos la población más frecuentemente afectada. En este contexto, la inmunosupresión sostenida constituye el principal factor predisponente, con un riesgo de desarrollar SK aproximadamente 400 veces mayor que en la población general. A pesar de ello, el HHV-8 no es estudiado de forma rutinaria en donantes ni en receptores previo al trasplante, debido a la disponibilidad limitada de pruebas diagnósticas y a la ausencia de guías de consenso para su tamizaje, lo que dificulta la identificación temprana de los pacientes en riesgo. El

compromiso gastrointestinal puede presentarse en ausencia de lesiones cutáneas, representando un desafío diagnóstico significativo. En la edad pediátrica, esta entidad es extremadamente rara y la evidencia disponible es limitada.

Objetivos: Describir las características clínicas y endoscópicas del compromiso gastrointestinal en dos pacientes pediátricos con sarcoma de Kaposi iatrogénico postrasplante hepático.

Caso Clínico: Caso 1: paciente de 5 años con antecedente de trasplante hepático en julio de 2014 por colestasis intrahepática familiar progresiva (CIFP), en tratamiento inmunosupresor con tacrolimus y meprednisona. Fue derivada a nuestra institución por lesión en base de lengua asociada a lesiones maculares violáceas en piel. El diagnóstico de SK fue confirmado por anatomía patológica e inmunohistoquímica con positividad para HHV-8, a partir de biopsias de lesiones en piel y en base de lengua. La endoscopia digestiva alta y baja, realizada con fines de estadificación, evidenció compromiso gastrointestinal (GI) extenso y multisegmentario: tumoración circunferencial ulcerada con áreas necróticas en esófago distal, múltiples lesiones polipoideas vasculares en estómago con oclusión pilórica parcial, lesiones planas violáceas en duodeno, compromiso de válvula ileocecal y lesiones polipoideas friables desde ciego hasta recto. Se rotó la inmunosupresión de tacrolimus a sirolimus como primera línea de tratamiento, observándose respuesta parcial. Caso 2: paciente de 16 años con antecedente de trasplante hepático en febrero de 2025 por falla hepática secundaria a hepatitis autoinmune (HAI). Como esquema inmunosupresor recibió tacrolimus, micofenolato y meprednisona. Por presentar hipertrofia amigdalina derecha, se realizó amigdalectomía con anatomía patológica con hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos compatibles con sarcoma de Kaposi, con positividad para HHV-8. Por episodio de colangitis se realizó colangioRM con evidencia de engrosamiento mural de segunda porción duodenal. Para estadificación se realizó endoscopia digestiva alta y baja, la cual evidenció compromiso GI focal: lesiones ulceradas con vasos prominentes y patrón en mosaico en estómago, lesiones de aspecto vascular en duodeno y lesión polipoide ulcerada en íleon. Se rotó la inmunosupresión a sirolimus, con requerimiento posterior de quimioterapia con doxorubicina liposomal por compromiso ganglionar extenso.

Conclusión: El compromiso gastrointestinal en el SK puede presentar un espectro clínico variable, desde síntomas inespecíficos hasta manifestaciones graves como hemorragia digestiva u obstrucción intestinal. Los hallazgos endoscópicos incluyen lesiones eritematosas, maculopapulares, polipoideas o ulceradas, con un patrón de distribución focal o multisegmentario. La videoendoscopia digestiva resulta fundamental para la estadificación y adecuación del tratamiento. Palabras clave: sarcoma de Kaposi, HHV-8, trasplante hepático, inmunosupresión, compromiso gastrointestinal, pediatría.

POSTERS

Código: 0271

LIGADURA ENDOSCÓPICA CON BANDAS PARA EL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA TRANSFUSIÓN-DEPENDIENTE SECUNDARIA A ECTASIA VASCULAR ANTRAL GÁSTRICA (GAVE): REPORTE DE UN CASO.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

BOGLIACINO, María Florencia | RODRIGUEZ, Camila | WALLACE, Evelyn | FERRARIO, Martín | GALLETTTO, Paula | BORZI, Silvia

HOSPITAL ROSSI

Introducción: La ectasia vascular antral gástrica (GAVE), es una causa poco frecuente de hemorragia digestiva crónica y anemia ferropénica. Se caracteriza por ectasias vasculares en el antro gástrico que ocasionan pérdidas sanguíneas persistentes y requerimientos repetidos de hierro o transfusiones. Aunque la coagulación con argón plasma (APC) ha sido históricamente el tratamiento endoscópico más utilizado, la ligadura endoscópica con bandas (LEB) ha emergido como una alternativa con resultados prometedores en términos de erradicación de las lesiones, menor número de sesiones y reducción de las recurrencias.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con anemia ferropénica grave transfusión-dependiente secundaria a GAVE, tratado exitosamente mediante ligadura endoscópica con bandas.

Caso Clínico: Paciente masculino de 58 años, sin antecedentes patológicos de relevancia. Durante los 12 meses previos presentó tres internaciones por anemia ferropénica sintomática, requiriendo al menos seis unidades de glóbulos rojos y múltiples ciclos de hierro endovenoso, sin lograr una recuperación hematológica sostenida. Ingresó nuevamente por astenia y disnea de esfuerzo, sin evidencia de sangrado digestivo manifiesto. El laboratorio mostró hemoglobina de 4,5 g/dL, hematocrito 14%, ferremia 7 µg/dL, ferritina 7 ng/mL y saturación de transferrina 1,5%. La videocolonoscopia fue normal. La videoendoscopia digestiva alta evidenció ectasias vasculares lineales confluentes en el antro, compatibles con GAVE. Las biopsias informaron gastritis crónica sin atrofia, metaplasia intestinal, displasia, ni infección por *Helicobacter pylori*. Tras estabilización inicial con transfusiones e hierro intravenoso, se realizaron dos sesiones de ligadura endoscópica con bandas, separadas por cuatro semanas. La endoscopia de control mostró erradicación de las lesiones con cicatrización de la mucosa. En el seguimiento presentó recuperación hematológica (Hb 12,3 g/dL, ferritina 60 ng/mL) y no requirió nuevas transfusiones.

Resultados: Luego de la estabilización inicial con transfusiones e hierro intravenoso, el paciente fue sometido a dos sesiones de ligadura endoscópica con bandas, separadas por cuatro semanas, sin complicaciones relacionadas con el procedimiento. La videoendoscopia digestiva alta de control evidenció erradicación de las lesiones vasculares antrales, con cicatrización de la mucosa y ausencia de nuevas áreas de ectasias vasculares. Desde la primera sesión terapéutica no presentó nuevos episodios de anemia sintomática ni requirió nuevas transfusiones.

Conclusión: La LEB constituyó una alternativa terapéutica eficaz y segura para el tratamiento del GAVE en un paciente con anemia ferropénica transfusión-dependiente.

POSTERS

Código: 0313

MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PERORAL CRICOFARÍNGEA (C-POEM) MEDIANTE TÉCNICA DE TUNELIZACIÓN: RESULTADOS DE UNA SERIE DE CINCUENTA PACIENTES

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

PORFILIO GULARTE, Giovanna | YAÑEZ, Federico | ESCOBAR, Rafael | PARADELO, Gustavo | LLERA SOSA, María Milena | VERON, Gabriel Anibal | CARAMES, Juan Carlos | CÁRDENAS COBOS, Minerva | PUGA-TEJADA, Miguel | KAHALEH, Michel

INSTITUTO EIRA MISIONERO DE GASTROENTEROLOGIA Y MOTILIDAD DIGESTIVA

Introducción: La disfagia orofaríngea de origen cricofaríngeo representa una causa importante de morbilidad, impactando negativamente sobre el estado nutricional y la calidad de vida. La miotomía endoscópica peroral cricofaríngea (C-POEM) mediante técnica de tunelización submucosa constituye una propuesta mínimamente invasiva a la miotomía quirúrgica y a la dilatación endoscópica repetida.

Objetivos: Describir la eficacia y seguridad del C-POEM en una serie de pacientes tratados en un único centro.

Material y Métodos: Estudio observacional y descriptivo, de recuperación prospectiva. Se incluyó pacientes en quienes se realizó C-POEM entre abril de 2023 y noviembre de 2025. El C-POEM procedió mediante técnica de tunelización: tras identificar la región cricofaríngea se marcó el sitio de incisión a 1.5-2 cm proximal al esfínter esofágico superior, para evitar tensión al cierre. Luego se realizó mucosotomía mediante incisión longitudinal de 1-2 cm. Se inició tunelización hasta 2-3 cm distales al cricofaríngeo. Se realizó miotomía de espesor completo. La longitud promedio de la miotomía en todos los casos fue de 6,5-7 cm. Se cerró la mucosotomía con clipado meticuloso. Por protocolo, se instó a una hospitalización de 48 horas post-C-POEM. [MP1.1] En un registro electrónico prediseñado se registraron datos clínico-demográficos, características del procedimiento y desenlaces clínicos a corto, mediano y largo plazo (4 horas, siete días y >6 meses, respectivamente).

Resultados: Cincuenta pacientes fueron encaminados a C-POEM. La edad media fue de 56,5 años (rango 21-85), 58% mujeres. La disfagia fue el síntoma predominante (46%), seguido de regurgitación (28%) y síntomas respiratorios (26%). Todos los pacientes habían recibido algún tratamiento previo, principalmente dilatación endoscópica (40%). La mediana de duración del C-POEM fue de 20 minutos. El éxito técnico fue del 100%, sin registrarse eventos adversos tempranos ni tardíos. La estancia hospitalaria fue de 2 días en la totalidad de la serie. Durante una mediana de seguimiento de 12 meses, al momento todos los pacientes intervenidos afirman tolerar una dieta sin restricciones y mejorada. Se estima un éxito clínico en el 100% de los casos evaluados, sin recurrencia sintomática registrada. Entre los pacientes con seguimiento completo, no se registraron reintervenciones.

Conclusiones: C-POEM demostró ser un procedimiento exitoso desde lo técnico y clínico, y muy seguro dada la ausencia de eventos adversos o reintervenciones. Del mismo modo, impactó positivamente en la recuperación de calidad de vida a través de la mejoría substancial en la ingesta. Si bien no es aún un procedimiento estrictamente ambulatorio, el requerimiento de 48 horas de hospitalización preventiva post-C-POEM lo hace también una técnica costoefectiva. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral, seguimiento más prolongado y comparación con otras modalidades terapéuticas para confirmar estos hallazgos.

POSTERS

Código: 0316

MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PER-ORAL CON FUNDUPICATURA (POEM-F): RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA SERIE DE CASOS UNICÉNTRICA

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

PORFILIO GULARTE, Giovanna | YAÑEZ, Federico | ESCOBAR, Rafael | PARADELO, Gustavo | LLERA SOSA, María Milena | VERON, Gabriel Anibal | CARAMES,

Juan Carlos | CÁRDENAS COBOS, Minerva | PUGA-TEJADA, Miguel | KAHALEH, Michel

INSTITUTO EIRA MISIONERO DE GASTROENTEROLOGIA Y MOTILIDAD DIGESTIVA

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) post-POEM es la principal limitación a largo plazo de la miotomía endoscópica peroral, con tasas de hasta 30-50%. El POEM con funduplicatura endoscópica (POEM-F) surge como estrategia antirreflujo concomitante.

Objetivos: Reportar los resultados clínicos, funcionales y de seguridad de una serie inicial de pacientes con acalasia tratados con POEM-F en un centro terciario.

Material y Métodos: Serie de casos. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de acalasia encaminados a POEM-F. Se registraron variables demográficas, tipo de acalasia por manometría de alta resolución, score de Eckardt basal, presión del esfínter esofágico inferior (EEI) y presión de relajación integrada (PRI) pre-procedimiento, así como características técnicas (orientación, longitud de miotomía, tipo de cierre, éxito técnico y clínico, eventos adversos). El seguimiento incluyó score de Eckardt, presión del EEI, pH-metría y síntomas de reflujo a uno, 3, 6 y 12 meses.

Resultados: Se incluyeron 8 pacientes: 4 mujeres y 4 hombres entre 25 y 78 años; 3/8 acalasia tipo I y 5/8 tipo II; ninguno refirió reflujo pre-procedimiento. La mediana del score de Eckardt basal fue 9 (7-12) y la presión media del EEI fue 43.4 mmHg (PRI 36.2 mmHg). El éxito técnico fue del 100% (8/8), con abordaje anterior y miotomía de 10 cm en todos los casos, y cierre con hemoclips. Como eventos adversos, se documentaron 3/8 neumoperitoneo, 3/8 sangrado autolimitado, 1/8 crepitación subcutánea, 1/8 perforación de mucosa. Esta última se resolvió endoscópicamente con clips y sistema Ovesco, sin conversión quirúrgica ni necesidad de terapia de rescate. La mediana del score de Eckardt descendió progresivamente de 9 basal a 2.5 a los 12 meses, con éxito clínico en el 100% de los pacientes (8/8). De forma notable, la pH-metría resultó negativa en la totalidad de los pacientes a lo largo de todo el seguimiento, sin ningún paciente que presentara síntomas de reflujo alguno. La presión del EEI post-procedimiento se mantuvo en rangos aceptables, con una mediana de 17.5 y 26.1 mmHg a los 6 y 12 meses, respectivamente.

Conclusiones: En esta serie inicial de ocho casos, el POEM-F demostró ser técnicamente factible y seguro, con mejoría sostenida de los síntomas de acalasia y ausencia completa de ERGE objetiva y subjetiva hasta los 12 meses de seguimiento. Se requieren estudios con mayor número de pacientes y seguimiento más prolongado para confirmar estos resultados.

POSTERS

Código: 0330

SÍNDROME DE OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO DE SALIDA GÁSTRICO EN LA INFANCIA: MÁS ALLÁ DE LA ESTENOSIS PILÓRICA HIPERTRÓFICA CONGÉNITA. EXPERIENCIA DE 15 AÑOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 3. Endoscopia Pediátrica

MORALES CLAVIJO, Cristina | WEYERSBERG, Christian | GONZALEZ, Juliana | WEDE, Gabriela | ROCCA, Ana

HOSPITAL GARRAHAN

Introducción: El síndrome de obstrucción del tracto de salida gástrico (SOTS) constituye una causa infrecuente de obstrucción digestiva alta en la población pediátrica. Comprende un grupo heterogéneo de entidades que generan impedimento mecánico al vaciamiento gástrico a nivel antro pilórico o duodenal proximal, con manifestaciones clínicas variables según la etiología, localización y grado de obstrucción. Debido a su baja frecuencia y diversidad etiopatogénica, la evidencia disponible en pediatría es limitada.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas de una cohorte pediátrica atendida en un período de 15 años.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de pacientes con SOTS evaluados entre 2010 y 2025 en un servicio de gastroenterología de un hospital de pediatría de alta complejidad. Se incluyeron ptes con manifestaciones clínicas compatibles y evidencia de obstrucción mecánica antro pilórica o duodenal proximal. Se excluyeron casos de estenosis pilórica hipertrófica congénita, causas extrínsecas de compresión y cuerpo extraño.

Resultados: Se estudiaron 15 ptes. La edad al diagnóstico osciló entre 20 días y 10 años. El síntoma predominante fue el vómito, con características variables según el nivel anatómico de la obstrucción. La pérdida de peso fue un hallazgo frecuente, se observó en 12 ptes (80%). El dolor abdominal se presentó en 2 casos con úlcera gástrica. La distensión abdominal fue más evidente en las obstrucciones severas o de larga evolución y la HDA fue una manifestación poco frecuente, solo 2 ptes, como melena y hematemesis. La rx de abdomen fue realizada en 3 ptes, con reporte del signo de doble burbuja y la SEGD en 13 ptes (87%), siendo concluyente para el diagnóstico en todos; Los hallazgos más frecuentes fueron dilatación gástrica, retraso del vaciamiento gástrico y pasaje filiforme a través del canal pilórico. El compromiso antral mostró defectos de llenado o deformidad del antro distal. Se realizó VEDA en 13 ptes; las lesiones estenóticas adquiridas fueron las más frecuentes (69%), seguidas de membranas congénitas (15,5%) y lesiones

granulomatosas infiltrativas (15,5%). La región pilórica fue el sitio más afectado (38,5%), observándose estenosis severas infranqueables, ulceración y edema. Las etiologías descritas fueron úlcera gástrica complicada, TBC diseminada, Enf. granulomatosa crónica, micobacteriosis atípica diseminada, ingesta de cáustico, membrana antral y duodenal. En cuanto terapéutica, la dilatación endoscópica con balón constituyó la modalidad más frecuentemente utilizada, en 8 de 15 pacientes (53,3%); principalmente en estenosis adquiridas de etiología inflamatoria o cicatrizal. El número de sesiones requeridas fue variable, oscilando entre 2 y 4 por paciente. El tto quirúrgico fue indicado en 4 ptes (26,7%), todos con anomalías congénitas del tracto de salida gástrico o duodeno proximal. 3 ptes recibieron tratamiento médico específico como única intervención terapéutica. La evolución clínica fue favorable en todos con resolución de los síntomas obstructivos tras el tratamiento dirigido.

Conclusiones: El SOTS gástrico en la edad pediátrica, representa un síndrome clínico infrecuente y heterogéneo que abarca un amplio espectro de etiologías. La edad de presentación, los hallazgos radiológicos, endoscópicos, y una adecuada caracterización etiológica permiten orientar el tratamiento más apropiado. En nuestra experiencia, las técnicas endoscópicas desempeñaron un papel fundamental tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, permitiendo evitar en más de la mitad de los ptes una conducta quirúrgica.

POSTERS

Código: 0334

EFICACIA DIAGNÓSTICA DE LA EVALUACIÓN RÁPIDA IN SITU (ROSE) POR PATÓLOGO DE MUESTRAS OBTENIDAS POR PUNCIÓN-ASPIRACIÓN GUIADA POR ECO-ENDOSCOPIA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE TUMOR BILIOPANCREÁTICO

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

SALGADO ROSADO, Walter Kiko¹ | NAZAR, Cristina¹ | LASA, Juan² | ROCCA, Andrés Esteban¹ | UDABE, María Laura¹ | GARCES MULLER, Raul Ariel¹ | RIZZOLO, Mariana¹ | SPEISKY, Daniela¹ | BESSO, Celeste¹ | GARAVAGLIA, Gustavo Leonel¹ | HWANG, Hui Jer¹ | GUBITOSI, Analía Viviana¹ | BASSO, Sandra¹ | SMECUOL, Edgardo Gustavo¹ | DULCICH, Florencia¹ | SALGADO ROSADO, Pablo Rafael¹ | MACÍAS MARTÍNEZ, Pedro David¹ | ITURRALDE, Omar¹ | LINDAO, Mauro¹ | SALGADO CISNEROS, David Rafael¹

HOSPITAL CARLOS BONORINO UDAONDO¹; HOSPITAL BRITÁNICO²

Introducción: El adenocarcinoma de páncreas es una neoplasia de elevada mortalidad cuyo pronóstico depende de un diagnóstico oportuno. La punción-aspiración con aguja fina guiada por eco-endoscopia (PAAF) es el método de elección para obtener material citohistológico de lesiones pancreáticas. La evaluación rápida in situ (ROSE, rapid on-site evaluation) permite que un patólogo analice el extendido durante el procedimiento, tanto para confirmar la suficiencia de la muestra como para orientar un diagnóstico preliminar. Conocer su rendimiento frente al informe histológico definitivo resulta relevante para optimizar el proceso diagnóstico.

Objetivos: Evaluar la eficacia diagnóstica de la ROSE realizada por patólogos entrenados para identificar células compatibles con adenocarcinoma de páncreas, en pacientes sometidos a eco-endoscopia por sospecha de neoplasia biliopancreática.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional de corte transversal sobre la base de datos de eco-endoscopia del servicio de endoscopia del Hospital de Gastroenterología "Bonorino Udaondo", entre marzo de 2025 y junio de 2026. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a eco-endoscopia por sospecha de lesión neoplásica de páncreas. En cada procedimiento, un patólogo entrenado realizó ROSE del material obtenido por PAAF, clasificándolo como positivo o negativo (o no concluyente) para adenocarcinoma. Se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN), con sus intervalos de confianza (IC) del 95%, comparando la ROSE con el informe histológico definitivo como gold standard.

Resultados: En el período se realizaron 178 eco-endoscopias, de las cuales 80 correspondieron a sospecha de tumor biliopancreático con biopsias para el análisis. El promedio de edad fue de 64,4±12,4 años, con 42,5% de mujeres y un tamaño de lesión promedio de 38,9±11,3 mm; la localización más frecuente fue la cabeza de páncreas (60%). Según el informe definitivo de biopsia, 59 de 80 lesiones correspondieron a adenocarcinoma de páncreas. La ROSE mostró una sensibilidad del 81,4% (IC95%: 68,7–89,9), especificidad del 94,7% (IC95%: 71,9–99,7), VPP del 98,0% (IC95%: 87,8–99,9) y VPN del 62,1% (IC95%: 42,4–78,7).

Conclusiones: En pacientes con sospecha de tumor biliopancreático, la ROSE por patólogos entrenados mostró una elevada especificidad y VPP para el diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas, lo que la posiciona como una herramienta útil para confirmar el diagnóstico en tiempo real durante la eco-endoscopia. Su sensibilidad moderada y su VPN relativamente bajo indican que un resultado negativo no descarta malignidad, por lo que el informe histológico definitivo sigue siendo imprescindible.

POSTERS

Código: 0339

VÁRICE GÁSTRICA GIGANTE: TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

GUAMAN CATAÑA, Sonia Carolina | KALOUSEK, Marcelo Fabián | PENALBA, Luis Manuel | MARTÍNEZ, María Laura | ALANIA, Carlos Ricardo

HOSPITAL DONACION F. SANTOJANNI

Introducción: Las várices gástricas, si bien se presentan con menor frecuencia que las esofágicas, representan mayor gravedad por su elevada morbimortalidad y alto riesgo de resangrado (35 a 90%). Actualmente para su tratamiento se dispone de métodos endoscópicos y de radiología intervencionista. En este caso, considerando la ubicación de la lesión, se utilizó la inyección de un adhesivo tisular derivado del cianoacrilato, método de elección por su elevada tasa de hemostasia (90%).

Objetivos: Presentar un caso de baja frecuencia y elevada gravedad clínica que requirió intervención inmediata, destacando la eficacia y seguridad de la inyección endoscópica de cianoacrilato como tratamiento de elección en la hemostasia de várices gástricas de gran tamaño.

Caso Clínico: Paciente de sexo femenino, 56 años, con antecedente de cirrosis hepática por virus de hepatitis C, que ingresó por guardia presentando hematemesis con requerimiento de transfusión sanguínea (hematocrito 18,9%, hemoglobina 6,1 g/dl, glóbulos blancos 23.150/mm³, plaquetas 174.000/mm³). Se realiza videoendoscopia digestiva alta (VEDA) que evidenció en región subcardial lesión redondeada de aproximadamente 3 cm, de aspecto submucoso, con cordón variceal periférico, interpretándose como várice gástrica aislada de gran tamaño (tipo IVG1 según clasificación de Sarin). Se decidió tratamiento endoscópico mediante inyección de cianoacrilato, realizado bajo monitoreo continuo en unidad cerrada, en dos sesiones endoscópicas. Se trata de un reporte de caso único, con análisis descriptivo, sin estadística inferencial.

Resultados: El procedimiento se realizó de manera satisfactoria, sin complicaciones inmediatas. Los controles endoscópicos al mes y a los tres meses evidenciaron disminución mantenida del tamaño de la lesión, sin sangrado activo ni recidiva. La paciente continúa en seguimiento con hepatología.

Conclusión: La baja frecuencia y la extrema gravedad de este tipo de lesiones exigen que los profesionales intervinientes se mantengan actualizados y capacitados en su manejo adecuado. Resulta fundamental el abordaje interdisciplinario de estos pacientes, así como contar con los recursos y materiales necesarios para su resolución.

POSTERS

Código: 0342

USO DE LA CLASIFICACIÓN DE LOS ÁNGELES EN LA ESOFAGITIS EROSIVA: ANÁLISIS DE LA CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR-INTRA OBSERVADOR.

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

DE LOS RÍOS, Anahí Ayelén | OLMOS, Juan Ignacio | SANGUINETTI, José María | WONAGA, Andres | BORTOT GASTÓN, Lorena | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban

Hospital de Clínica José de San Martín UBA

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico es una patología frecuente cuya prevalencia en países occidentales es del 10 a 20%. La Clasificación de Los Ángeles constituye el sistema endoscópico de referencia para categorizar la esofagitis erosiva.

Objetivos: Evaluar la concordancia intraobservador e interobservador en médicos residentes y especialistas en gastroenterología para clasificar la severidad de la esofagitis erosiva por reflujo usando la Clasificación de Los Ángeles.

Material y Métodos: Estudio de corte transversal, con 59 participantes (25 especialistas y 34 residentes) que clasificaron 40 imágenes endoscópicas según la clasificación Los Ángeles. Diez imágenes se duplicaron para el análisis intraobservador. La concordancia interobservador se analizó mediante el índice Kappa de Fleiss y la intraobservador con el Kappa de Cohen. Se aplicó remuestreo Bootstrap (1000 iteraciones) para estimar intervalos de confianza robustos y comparar grupos.

Resultados: La concordancia interobservador fue moderada en los especialistas ($\kappa = 0,425$; IC 95%; 0,39 – 0,46), aceptable en los residentes ($\kappa = 0,297$; IC 95%; 0,26 – 0,33), y la diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$). La concordancia intraobservador global fue moderada ($\kappa = 0,525$; IC 95%; 0,47 – 0,58).

Conclusiones: Se observó una escasa concordancia interobservador-intraobservador al utilizar la Clasificación de Los Ángeles para esofagitis, con diferencias significativas al comparar grupos con diferente experiencia. Se recomienda la elaboración y aplicación de protocolos clínico-endoscópicos locales, que permitan uniformar cri-

terios diagnósticos y terapéuticos, optimizar recursos y contribuir a la formación de especialistas en gastroenterología.

POSTERS

Código: 0353

VALIDACIÓN PROSPECTIVA DE UN SOFTWARE MULTIHILLO PARA LA DETECCIÓN, CLASIFICACIÓN Y MEDICIÓN AUTOMATIZADA DEL TAMAÑO DE PÓLIPOS COLÓNICOS EN TIEMPO REAL

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

ROBLES-MEDRANDA, Carlos | PUGA-TEJADA, Miguel | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge | AREVALO-MORA, Martha | ALCIVAR-VASQUEZ, Juan | DEL VALLE, Raquel

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: La videocolonoscopía (VCC) es el estándar de oro para tamizaje, diagnóstico y tratamiento de lesiones colorrectales, pero la destreza del operador, la anatomía del paciente y la visibilidad limitada pueden aumentar las lesiones no detectadas. La IA puede mejorar el reconocimiento (detección asistida por computadora) y el diagnóstico óptico (diagnóstico asistido por computadora) de lesiones.

Objetivos: Evaluar el rendimiento diagnóstico de un software multihilo integrado de asistencia por computadora para la detección de pólipos, la clasificación NICE y la medición del tamaño durante la VCC asistida por IA en tiempo real.

Material y Métodos: Se desarrolló un novedoso software multihilo de IA que combina dos redes neuronales convolucionales y un algoritmo de visión por computadora (VC) para detectar lesiones polipoides (detección asistida por computadora, CADe), clasificar la lesión mediante la clasificación NICE (diagnóstico asistido por computadora, CADx) y proporcionar una medición estimada de la lesión (VC). Se incluyeron pacientes adultos consecutivos sometidos a VCC de tamizaje. Se obtuvo la precisión diagnóstica por fotograma y por caso.

Resultados: Se incluyeron 28 participantes distribuidos en dos grupos (presencia o ausencia de pólipos). La edad media fue mayor en aquellos con pólipos que en los libres de pólipos ($60,1 \pm 14,6$ vs $39,9 \pm 15,8$, $p < 0,05$); el 82,1% eran mujeres ($p = 0,621$). El tiempo de retirada fue más corto en el segundo grupo ($7,4 \pm 1,8$ vs $8,1 \pm 1,0$, $p = 0,063$). La mayoría de los pólipos se identificaron en el ciego (35,7%), todos los pólipos identificados fueron sésiles con un tamaño medio de $4,7 \pm 1,9$ mm. El 92,9% se clasificaron como NICE tipo I, un caso como NICE tipo 2 (correspondiente a una lesión hiperplásica) y un adenoma tubular. En la precisión diagnóstica por caso, el CADe resultó en una sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo (VPP, VPN) y concordancia observada (CO) del 100%, 86%, 88%, 100% y 93%, respectivamente. Se evaluó un total de 20044 fotogramas, distribuidos como verdaderos positivos, falsos positivos, falsos negativos y verdaderos negativos, correspondientes a 2571, 89, 41 y 17343 fotogramas, respectivamente. La precisión diagnóstica por fotograma tuvo una sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y CO del 98%, 99%, 97%, 100% y 99%, respectivamente. El CADx clasificó correctamente las lesiones, con 2 casos normales mal clasificados como lesión tipo I ($p < 0,01$). La medición media de pólipos proporcionada por la VC fue menor que la medición de los endoscopistas ($2,5 \pm 0,7$ vs $4,7 \pm 1,9$, $p < 0,05$).

Conclusiones: El sistema de IA multihilo integrado demostró un excelente rendimiento diagnóstico en tiempo real para la detección y caracterización de pólipos durante la VCC de tamizaje, con alta sensibilidad, especificidad y concordancia global tanto a nivel por caso como por fotograma. El módulo CADx clasificó con precisión la histología de los pólipos según el sistema NICE, con mínimas clasificaciones falsas positivas. Sin embargo, el algoritmo automatizado de estimación del tamaño subestimó significativamente las dimensiones de los pólipos en comparación con las mediciones de los endoscopistas, lo que resalta un área importante para su perfeccionamiento.