

Trabajos presentados en el XLII Congreso Venezolano de Gastroenterología

RESÚMENES DE TRABAJOS ORALES

1- MANEJO ENDOSCÓPICO DE LAS ESTENOSIS DE LA VÍA BILIAR POST-QUIRÚRGICAS

Claudia V. Soto, Randy Rojas, Roselyn Arroyo, Hugo Gori.
Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo".

Resumen:

Este estudio presenta los hallazgos y conducta a través de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en el manejo de estenosis postquirúrgica de la vía biliar. **Métodos:** El tipo de estudio fue retrospectivo, descriptivo y de corte transversal. El período de estudio fue desde enero 2009 a diciembre 2019. Estuvo constituido por 3.250 pacientes, cuyos datos fueron tabulados con SPSS 26. **Resultados:** Se incluyeron 97 pacientes que representan 2.8% de la muestra, con una edad media de 41 ± 15 años, la mayoría de sexo femenino (56%). La mayoría tuvo 2 sesiones (39%) de CPRE. El 74% de los procedimientos se consideró exitoso. Hubo 7% de casos complicados, siendo éstas: pancreatitis (3%), colangitis (3%) y hemorragia (1%). El 17% de los pacientes con CPRE ameritó cirugía después del procedimiento por no resolverse vía endoscópica. Falleció el 3% de los pacientes. **Conclusiones:** El tratamiento endoscópico es seguro y eficaz en el manejo de las estenosis biliares postoperatorias, siendo la CPRE una opción más favorable.

2- TRÁNSITO COLÓNICO DURANTE EL CICLO MENSTRUAL.

Ana Elisa Giménez, Keyner Dario Rico, César Louis Pérez.
Hospital Universitario de Caracas.

Resumen

Objetivo: evaluar la variabilidad del tránsito colónico (TC) durante las fases: folicular y luteínica del ciclo ovárico, en mujeres adultas sanas que laboran en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas, durante: enero-noviembre de 2018. **Métodos:** la investigación fue del tipo evaluativa, observacional, descriptiva, comparativa, prospectiva y transversal. La población fue de 41 mujeres de las cuales se extrajo una muestra no probabilística de 16 participantes que cumplieron los criterios preestablecidos. El procedimiento consistió en seis fases: 1) Inclusión de voluntarios; 2) Administración de marcadores radiopacos (MRO) artesanales durante el 2º día de la menstruación; 3) Valoración del TC durante la fase folicular mediante una radiografía de abdomen simple de pie realizada al quinto día de la ingestión del MRO artesanal, se identificaron los segmentos colónicos y se contabilizaron los

marcadores eliminados y retenidos; 4) Administración de marcadores radiopacos el 16º día del ciclo menstrual; 5) Valoración del TC durante la fase luteínica al quinto día de la segunda ingestión del MRO artesanal, siguiendo el mismo proceso de la fase folicular; 6) Comparación del TC en cada fase del ciclo ovárico. **Resultados:** la edad promedio fue de $31,56 \pm 4,63$ años; no presentaron antecedentes pertinentes. La menstruación fue regular. El 56,25 % de la muestra refirió excretar heces Bristol 3; 13 mujeres (81,25 %) mostraron TC normal en la fase folicular, mientras que, en la fase luteínica, 9 (56,25 %) tuvieron TC lento. **Conclusiones:** en la fase lútea el TC resultó más lento que en la fase folicular.

3.- EXPERIENCIA DE LA TÉCNICA COMBINADA PERCUTÁNEA-ENDOSCÓPICA DE RENDEZVOUS EN PATOLOGÍA BILIAR OBSTRUCTIVA CON FRACASO DE ABORDAJE ENDOSCÓPICO.

Landaeta Jorge, Dias Carla, Armas Virginia, Manzo Carolina, Roizenthal Moises, Peña Laura.
Policlínica Metropolitana
Grupo Médico Santa Paula

Resumen

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica terapéutica (CPRET) es el procedimiento estandarizado para patología biliar. Muchos factores anatómicos, pueden conducir al fracaso terapéutico. La técnica combinada percutánea-endoscópica de Rendezvous (TPERV) es una alternativa de rescate en esos pacientes. **Objetivo:** Describir la experiencia y utilidad de la técnica de Rendezvous como técnica de rescate en pacientes con patología biliar obstructiva donde ha fallado el abordaje endoscópico terapéutico. **Pacientes y métodos:** Revisión retrospectiva de una base de datos de 10 años diseñada prospectivamente de CPRET, CPRET-ESB (enteroscopia un solo balón) fallidas donde se realizó (TPERV) como procedimiento de rescate. Se incluyeron 39 pacientes, (19) femenino, (20) masculino, edad media 66,9 años. Indicaciones: tumor Klatskin (12), estenosis benigna iatrogénica post biopsia de tumor renal metastásico (1), tumor confluyente bilio-pancreático-duodenal (10), anatomía modificada (12), tubo Kehr con alto gasto (2), divertículo (2). La tasa de éxito técnico de canulación fue del 97,4% (38/39), drenaje biliar del 100 % (39/39) .1(2,6%) con catéter externo percutáneo y 38(97,4%) con técnica de Rendezvous. Se obtuvo paso de guía al conducto biliar en 100% (39/39), y al duodeno o asa enteral 97,4% (38/39). La tasa de éxito terapéutica total retrógrada fue del 97,4% (38/39). En 12 pacientes (30.7%) colocación de prótesis biliar plástica, 11 pacientes (28.2%) stent metálico,

dilatación 11 (28.2%) y en 9 (23.1%) extracción de cálculos, esfinterotomía 17 (43.6%). Tasa de complicaciones fue del 7.7%: (3/39): colangitis (1) y sangrado (2) resuelto endoscópicamente APC (1), esclerosis endoscópica (1). No hubo perforaciones. Tasa mortalidad no fue reportada.

Conclusión: La técnica combinada percutánea-endoscópica Rendezvous es una técnica de rescate útil, segura y eficaz para el tratamiento de la obstrucción biliar cuando el abordaje endoscópico es fallido.

4.- POLIPECTOMÍA CON TÉCNICA DE ASA FRÍA: ASA CONVENCIONAL VERSUS ASA FRÍA PARA PÓLIPOS COLORECTALES NO MAYOR DE 10 MM.

Landaeta Jorge, Dias Carla, Armas Virginia, Peña Laura.
Policlínica Metropolitana
Grupo Médico Santa Paula

Resumen:

La polipectomía es la base de la prevención del cáncer de colon y sus técnicas deben enfatizar seguridad, eficiencia y efectividad. Las técnicas de polipectomía de asa fría son técnicas validadas para la resección de pólipos colorectales pequeños. **Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad de la técnica de polipectomía de asa fría en pólipos colorectales no mayores de 10 mm con asa convencional y asa fría. **Métodos:** Estudio prospectivo (mayo 2014-enero 2021), Policlínica Metropolitana. Se utilizó videocolonoscopia Olympus180®, bomba hidrojet ERBE, AcuSnare® Exacto®Snare. Se incluyeron pacientes con pólipos colorectales pequeños (<10 mm). Cada pólipo detectado fue caracterizado: luz blanca-NBI y se les adjudicó su patrón NICE(NICE 1 hiperplásicos/NICE 2 adenomatosos). Técnica realizada: resección del pólipo con asa convencional/asa fría, evaluación del área con NBI e irrigación con bomba hidrojet; completar resección en caso tal que fuese necesario con asa. Se evaluó: tasa de resección completa post-polipectomía, tasa de sangrado inmediato y tardío (hasta los 14 días), tasa de perforación y recurrencia. **Resultados:** Un total (120) pólipos pequeños(85pacientes) (43 asa convencional/42 asa fría). De los 120 pólipos, 58 pólipos (48.4%) polipectomía asa convencional, 62 pólipos (51.6%) polipectomía asa fría. Se realizó segunda resección con asa en 6 pólipos (4 asa convencional/2asa fría) verificando márgenes libres lesión. La tasa de resección completa fue estadísticamente no significativa entre asa convencional vs asa fría (93.1% [54/58] vs 96.8% [60/62], Fisher=0.8966/p< 0.05). La tasa de sangrado inmediato fue estadísticamente mayor asa convencional vs asa fría (11.6% [5/43] vs 7.1% [3/42], Fisher<0.00001/p< 0.05. No se presentó sangrado tardío ni perforación. No hubo recurrencia al año de seguimiento. **Conclusión:** La polipectomía de asa fría con asa convencional o asa fría es una técnica eficaz y segura para la resección endoscópica completa de pólipos colorectales pequeños menores de 10 mm.

5- PARÁMETROS HEMATOLÓGICOS EN CIRROSIS HEPÁTICA, COMPENSADA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS, JULIO-SEPTIEMBRE 2019.

Ramos, María Isabel; Quero Eusely; García-González Alberto José; Saturnino Fernández.
Hospital Universitario de Caracas.
Instituto Anatómico José Izquierdo. Universidad Central de Venezuela.
Instituto de Medicina Experimental. Universidad Central de Venezuela.
Hospital Carlos J Bello. Cruz Roja Venezolana.

Resumen:

Las alteraciones hematológicas son asociadas con mortalidad atribuible a cirrosis hepática. En población venezolana estas no han sido referenciadas. **Objetivo:** Establecer las características de parámetros hematológicos en pacientes con cirrosis hepática compensada. **Métodos:** estudio epidemiológico de corte transversal. Muestra evaluada 29 pacientes cirróticos, compensados, de ambos sexos. Se determinaron parámetros hematológicos por hematimetría automatizada. **Resultados:** La concentración promedio de hemoglobina fue de $10,21 \pm 1,96$ g/dL (IC 95% de 9,50 a 10,93 g/dL); de eritrocitos $3,67 \pm 0,75 \times 10^6$ cel/ μ l (IC 95% de 3,40 a 3,94 $\times 10^6$ cel/ μ l); de leucocitos $5,64 \pm 1,99 \times 10^3$ cel/ μ l (IC 95% de 4,91 a 6,36 $\times 10^3$ cel/ μ l), y plaquetas $132,59 \pm 73,46 \times 10^3$ cel/ μ l (IC 95% de 105,84 a 159,33 $\times 10^3$ cel/ μ l). El promedio de hematocrito fue de $31,94 \pm 5,82\%$ (IC 95% de 29,82 a 34,06 %) y de INR $1,34 \pm 0,21$ (IC 95% de 1,26 a 1,42). No hubo diferencias estadísticas según sexo ($p > 0,05$, Prueba t de Student, alfa = 0,05). El 86 % presentó anemia, el 68,97% hipocromía, el 62,07% normocitosis y el 24,14% microcitosis. El 28% presentó leucopenia. El 45 % linfocitopenia, siendo significativamente mayor la frecuencia en hombres (78 % vs 13 % en mujeres, $p=0,002$, Prueba exacta de Fisher. alfa = 0,05). La frecuencia de trombocitopenia fue de 68% siendo la mas frecuente la moderada (38%); sin diferencias en la tendencia de proporciones según sexo ($p = 0,425$, Prueba de tendencias de Cochran-Armitage. alfa = 0,05). El 97 % de la muestra presentó al menos una citopenia y el 45% pancitopenia. **Conclusión:** Se muestra evidencia de las características hematológicas que podrían ser de utilidad para la evaluación pronóstica de pacientes cirróticos en la población venezolana.

6.- ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS SEGÚN LA ETIOLOGÍA DE LA CIRROSIS HEPÁTICA.

García-González Alberto Jose, María Isabel Ramos, Quero Eusely, Saturnino Fernández.
Catedra de Fisiología. Escuela de Medicina Luis Razetti. Universidad Central de Venezuela.
Hospital Carlos J Bello. Cruz Roja Venezolana.
Laboratorio de Inmunoquímica, Instituto Anatómico José Izquierdo. Universidad Central de Venezuela.
Hospital Universitario de Caracas.

Resumen:

La cirrosis se presenta con anomalías hematológicas, de origen multifactorial. Las características diferenciales según la etiología de cirrosis han sido poco referenciadas. **Objetivo:** Determinar las alteraciones hematológicas en pacientes con cirrosis hepática compensada según la etiología. **Métodos:** Estudio epidemiológico de tipo corte transversal. Se evaluaron 29 pacientes cirróticos compensados. Se determinaron los parámetros hematológicos. **Resultados:** el análisis de la serie eritroide, no mostró diferencias estadísticamente significativas según la etiología de cirrosis ($p > 0,05$, Prueba ANOVA, alfa 0,05). En la serie leucoide, la subpoblación linfocida el análisis de varianza resultó en diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,011$, prueba ANOVA, alfa = 0,05), dado por una concentración de linfocitos que fue significativamente mayor en el grupo de etiología por hepatitis autoinmune al compararlo con los grupos de etiología por Alcohol y virus de hepatitis B ($p < 0,05$, Prueba de comparación Múltiple de Tukey, alfa = 0,05). Respecto a los parámetros relacionados con la coagulación, se evidenció que la concentración promedio de la plaqueta, fue menor en los grupos de NASH y ND ($108,00 \pm 21,00$ y $70,00 \pm 37,24$ cel x $10^3/uL$) y el valor promedio del PT ($16,82 \pm 5,32$ seg) fue mayor en la etiología alcohólica al igual que el dPTT ($6,95 \pm 4,97$ seg). **Conclusión:** Se muestra evidenció que la etiología de la cirrosis hepática, puede ejercer un efecto supresor, sobre algunas de las subpoblaciones de la serie blanca y modificaciones en la concentración de las plaquetas, a si también como, alteración en los parámetros PT, dPTT. Estos resultados podrían ser de gran utilidad al evaluar el pronóstico de pacientes cirróticos en la población venezolana.

7.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y BIOQUÍMICAS DE CIRROSIS HEPÁTICA COMPENSADA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS, JULIO-SEPTIEMBRE 2019

Quero Eusely; María Isabel Ramos-Morillo; García-González Alberto; Saturnino Fernández.
Hospital Universitario de Caracas.
Laboratorio de Inmunoquímica, Instituto Anatómico José Izquierdo. Universidad Central de Venezuela.
Catedra de Fisiología Normal. Universidad Central de Venezuela.
Hospital Carlos J Bello. Cruz Roja Venezolana.

Resumen:

Para 2017 la prevalencia de cirrosis hepática compensada en Venezuela fue de 1726,8/100000 hab. **Objetivo:** Establecer las características clínicas de los pacientes cirróticos compensados. **Métodos:** Estudio epidemiológico de tipo corte transversal. Se evaluaron 29 pacientes cirróticos compensados. Se registraron datos clínicos, ecosonográficos, analítica sérica y del puntaje de las escalas de puntos Child Pugh, MELD y APRI. **Resultados:** La edad promedio fue de $60,17 \pm 10,49$ años. El 52% fueron de sexo masculino. El 62,07 % refirió consumo de alcohol y el 41,38 % hábito tabáquico. La frecuencia de consumo de tabaco y alcohol fue significativamente mayor en los hombres que las mujeres ($p < 0,001$ y $p < 0,008$; respectivamente, prueba exacta de Fisher). El 31,03 % presento hipertensión arterial y 27,58 % enfermedad hepática. La etiología más frecuente fue la hepatitis autoinmune (24 %). El valor promedio de parámetros cardiovasculares fue: Presión arterial sistólica y sistólica $106,55 \pm 7,69$ mmHg

(IC95%: 103,75 a 109,35 mmHg) y $60,24 \pm 7,21$ mmHg (IC95%: 57,62 a 62,87 mmHg), respectivamente; frecuencia cardiaca $70,52 \pm 8,72$ ppm (IC95%: 67,34 a 73,69 ppm). El promedio de glicemia promedio fue $106,03 \pm 30,18$ mg/dL (IC95%: 95,05 a 117,02 mg/dL); Bilirrubina total $3,59 \pm 5,05$ mg/dL (IC 95% de 1,75 a 5,43), proteínas totales $6,52 \pm 0,86$ g/dL (IC 95%: 6,21 a 6,84 g/dL); albumina $3,08 \pm 0,79$ g/dL (IC95%: 2,80 a 3,37 g/dL). La actividad promedio de Aspartatoaminotrasferasas fue $87,45 \pm 9,38$ U/L (IC95%: 52,73 a 122,16 U/L) y de Alaninoaminotrasferasas $54,72 \pm 66,20$ U/L (IC95%: 30,63 a 78,82 U/L). La media aritmética de la Tasa de filtración glomerular estimada fue $73,70 \pm 28,03$ ml/min/m²; (IC95%: 63,49 a 83,90 ml/min/m²); la de puntaje de la escala de Child – Pugh $7,31 \pm 1,34$ puntos (IC 95%: 6,82 a 7,80 puntos) y del índice APRI $3,30 \pm 5,28$ puntos (IC95%: 1,37 a 5,22 puntos). El promedio del puntaje de la escala MELD fue significativamente mayor en hombres [$13,43 \pm 6,62$ puntos (IC 95%: 10,08 a 16,78 puntos)]. El 72% presentaron puntaje de escala Child- Pugh, grado B. La frecuencia de esplenomegalia y dilatación portal fue de 76 %, Ascitis 48,27% y varices periesplénicas de 34,48%, estas fueron más frecuentes en los hombres. **Conclusión:** Se muestra evidencia por primera vez de las características clínicas de pacientes con cirrosis hepática compensada en Venezuela.

8.- PARÁMETROS HEMATOLÓGICOS EN CIRROSIS HEPÁTICA, COMPENSADA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS, JULIO-SEPTIEMBRE 2019.

Ramos, María Isabel; Quero Eusely; García-González Alberto José ; Saturnino Fernández
Hospital Universitario de Caracas.
Laboratorio de Inmunoquímica, Instituto Anatómico José Izquierdo. Universidad Central de Venezuela.
Catedra de Fisiología Normal. Escuela de Medicina Luis Razetti. Universidad Central de Venezuela.
Hospital Carlos J Bello. Cruz Roja Venezolana.

Resumen:

Las alteraciones hematológicas son asociadas con mortalidad atribuible a cirrosis hepática. En población venezolana estas no han sido referenciadas. **Objetivo:** Establecer las características de parámetros hematológicos en pacientes con cirrosis hepática compensada. **Métodos:** estudio epidemiológico de corte transversal. Muestra evaluada 29 pacientes cirróticos, compensados, de ambos sexos. Se determinaron parámetros hematológicos por hematimetría automatizada. **Resultados:** La concentración promedio de hemoglobina fue de $10,21 \pm 1,96$ g/dL (IC 95% de 9,50 a 10,93 g/dL); de eritrocitos $3,67 \pm 0,75 \times 10^6$ cel/ μ l (IC 95% de 3,40 a $3,94 \times 10^6$ cel/ μ l); de leucocitos $5,64 \pm 1,99 \times 10^3$ cel/ μ l (IC 95% de 4,91 a $6,36 \times 10^3$ cel/ μ l), y plaquetas $132,59 \pm 73,46 \times 10^3$ cel/ μ l (IC 95% de 105,84 a $159,33 \times 10^3$ cel/ μ l). El promedio de hematocrito fue de $31,94 \pm 5,82\%$ (IC 95% de 29,82 a 34,06 %) y de INR $1,34 \pm 0,21$ (IC 95% de 1,26 a 1,42). No hubo diferencias estadísticas según sexo ($p > 0,05$, Prueba t de Student, alfa = 0,05). El 86 % presento anemia, el 68,97% hipocromía, el 62,07% normocitosis y el 24,14% microcitosis. El 28% presento

leucopenia. El 45 % linfocitopenia, siendo significativamente mayor la frecuencia en hombres (78 % vs 13 % en mujeres, $p=0,002$, Prueba exacta de Fisher. $\alpha = 0,05$). La frecuencia de trombocitopenia fue de 68% siendo la más frecuente la moderada (38%); sin diferencias en la tendencia de proporciones según sexo ($p = 0,425$, Prueba de tendencias de Cochran-Armitage. $\alpha = 0,05$). El 97 % de la muestra presentó al menos una citopenia y el 45% pancitopenia. **Conclusión:** Se muestra evidencia de las características hematológicas que podrían ser de utilidad para la evaluación pronóstica de pacientes cirróticos en la población venezolana.

9.- SÍNDROME ICTÉRICO OBSTRUCTIVO: FRECUENCIA, EPIDEMIOLOGÍA, ETIOLOGÍA, MÉTODOS DIAGNÓSTICOS-TERAPEÚTICOS EN PACIENTES DE CONSULTA DE VIAS BILIARES

Lourdes Márquez, Denny Castro, Jorge Vivas, Alejandra Lizcano.

Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr. Luis E. Anderson" San Cristóbal, Estado Táchira- Venezuela.

Resumen:

El síndrome icterico obstructivo expresa las manifestaciones clínicas relacionadas con la retención de componentes biliares.

Objetivo: Determinar en el Síndrome Ictérico Obstructivo: Frecuencia, Epidemiología, Etiología, Métodos Diagnósticos-Terapéuticos en pacientes de consulta de Vías Biliares.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal, en los usuarios que acuden a consulta de vías biliares del Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr. Luis E. Anderson", en el primer semestre del año 2019. **Resultados:** el síndrome icterico obstructivo predominó en el sexo femenino (51,67%), con un tiempo de evolución promedio de 56,76 días. Los síntomas y signos predominantes son dolor abdominal y coluria. La evaluación paraclínica más utilizada fue el perfil hepático y el ultrasonido abdominal en 91,67%; observando dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas en 80 y 85%. Las principales etiologías determinadas son coledocolitiasis (36,6%) y cáncer de páncreas (15%). La mayoría de los pacientes ameritaron Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (C.P.R.E.) (93,3%). **Conclusiones:** La frecuencia S.I.O. fue similar al de la literatura, sin embargo, se observa una mayor relación con las enfermedades neoplásicas en nuestro entorno.

RESÚMENES DE POSTERS

1- PUNCIÓN Y ASPIRACIÓN CON AGUJA PARA BIOPSIA POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO EN LINFOMA DE CÉLULAS B CON AFECTACIÓN SECUNDARIA DE PÁNCREAS.

Junior Bastidas, Dervis Bandres, Rojas.
Centro Médico Docente la Trinidad

Resumen:

El ultrasonido endoscópico (USE) es la modalidad imagenológica más sensible para la evaluación del páncreas y sigue siendo crucial para la evaluación de tumores sólidos en este órgano, el USE permite entre otras funciones, la adquisición de citología mediante aspiración con aguja fina o punción con aguja fina para biopsia (1), con una precisión diagnóstica en 88%. La afectación del páncreas secundaria por tumores suele darse en un 6 % por linfomas. Ante esto Presentamos el caso de una Paciente femenina de 55 años de edad quien presentar dolor abdominal de moderada intensidad, en ecosonograma abdominal tiene hallazgo LOE retroperitoneal, se realiza TAC abdomen que observa afectación secundaria del páncreas y se realiza biopsia guiada, no logrando el diagnóstico citológico, acude a nuestra consulta ya presentando ictericia y se realiza USE + PAAF y PAAB, reportando la citología e Inmunoquímica linfoma de células B, se realiza CPRE fallida por compresión extrínseca; posteriormente se aplica abordaje transparietohepático y drenaje de la vía biliar. La punción con aguja para biopsia es superior a la punción con aguja fina para el diagnóstico de masas pancreáticas.

2- ESFINTEROPLASTIA CON BALÓN POR LITIASIS COLEDOCIANA EN PAPILA INTRA DIVERTICULAR MEDIANTE RENDEZ VOUS.

Junior Bastidas, Dervis Bandres, Dagher, Malavé.
Centro Médico Docente la Trinidad.

Resumen:

El tratamiento de 1 línea para los pacientes con coledocolitiasis es la esfinterotomía endoscópica (EE) con retirada de cálculos, sin embargo, un abordaje alternativo es la dilatación con balón endoscópico de la papila o Esfinteroplastia, además reduce el riesgo de sangrado y mantiene la función del esfínter de Oddí. En ese contexto tenemos una paciente femenina quien presenta antecedente de síndrome mental orgánico por duelo familiar y parkinsonismo, asiste a consulta con su internista presentando ictericia sin dolor abdominal y alteración de pruebas hepáticas, es referida a hepatólogo observando en el Ultrasonido abdominal dilatación de vías biliares intra y extra hepáticas, litiasis vesicular sin otro hallazgo. plantea Tumor de páncreas y solicitan TAC abdomen con doble contraste y no diagnostican la causa, acude a nuestro centro donde es evaluada y se realiza Ultrasonido Endoscópico observando litiasis coledociana así como divertículo intra papilar, realizan CPRE en un primer momento y es infructuosa por papila inadmisibles, y se aborda en segundo tiempo con transparietohepática y al no poder realizar EE por riesgo de perforación se realiza dilatación endoscópica con balón de la papila y extracción de los cálculos, resolviendo el cuadro clínico. Esto demuestra la utilidad de la técnica DBEP en casos donde la anatomía esta alterada así como el porcentaje de éxito es igual a la esfinterotomía endoscópica en manos expertas.

3- CANDIDIASIS ESOFÁGICA: UNA CAUSA NO FRECUENTE DE DISFAGIA EN EL ANCIANO. REPORTE DE UN CASO.

Yennifer Socorro, Claudia Soto, Hugo Gori
Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo".

Resumen:

La disfagia es una causa frecuente de motivos de consulta por el anciano, sin embargo dentro de las etiologías esofágicas de disfagia las causas infecciosas no son las más prevalentes. Se ha descrito que la candidiasis esofágica se presenta en el 1,8% de los pacientes no HIV, siendo algunos factores de riesgo asociados la edad mayor de 65 años, la diabetes mellitus tipo 2, el uso de corticoides, entre otros. Por lo que nos llama a indagar como clínicos que factores asociados se presentan en los casos de disfagia en el anciano para optimizar el manejo y la pronta actuación en nuestra consulta y salas de endoscopias. Se presenta caso de masculino de 80 años con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 y clínica de disfagia progresiva, concomitante pérdida de peso de un año de evolución. Se realiza Endoscopia digestiva superior observando candidiasis esofágica grado IV por clasificación de KODSI. Se inicia tratamiento antimicótico EV con resolución completa posterior a 21 días de iniciado el mismo.

4.- FISTULA BILIOPLEURAL COMO COMPLICACIÓN DE ABSCESO HEPÁTICO EN PACIENTE CON TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rafael Montero, Hugo Gori, Claudia Soto, Roselyn Arroyo, Nancy Ramirez, Randy Rojas
Hospital Militar Universitario Carlos Arvelo

Resumen:

La fistula biliopleural es una patología poco común descripta como una complicación de diversas causas incluyendo fistulas congénitas, secundarias a enfermedad hepática hidatídica o absceso hepático, obstrucción del tracto biliar, postraumáticas y iatrogénicas como en la resección hepática, ablación por radiofrecuencia, estenosis biliar, irradiación, drenaje biliar, entre otras. La clínica es variada caracterizada por síntomas gastrointestinales, respiratorios y fiebre basándose el diagnóstico en la sospecha clínica y la relación bilirrubina pleural/sérica > 1 mg/dl apoyado en técnicas de imagen y destacando el uso de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Se describen varias opciones terapéuticas que deben adaptarse a las características de cada paciente. Se presenta caso de masculino de 39 años de edad con historia de fiebre de 6 meses de evolución y disnea de instauración progresiva con evidencia de absceso hepático y fistula biliopleural que se asoció posteriormente a infección por M. tuberculosis con resolución posterior a inicio de tratamiento específico y colocación de prótesis biliar sin precisar resolución quirúrgica.

5.- CÁNCER COLORECTAL ASOCIADO AL EMBARAZO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Querales O, García A, Hernández A, Castillo R, Mora O, Guillermo B, Machado A, Cruz Y.
Hospital Carlos J Bello. Cruz Roja Venezolana.
Policlinica Santiago de Leon.
Laboratorio Biotecnovid.Hospital Universitario de Caracas.
Cátedra de Fisiología Escuela de Medicina Luis Razetti. UCV.

Resumen:

Se presenta caso de paciente, femenino, de 38 años de edad, con 32 semanas de gestación, quien ingreso al hospital Carlos J Bello, Cruz Roja Venezolana. Con cambios en patrón evacuatorio, proctalgia y pérdida de peso de 4 meses de evolución, en quien la colonoscopia evidencio lesión exofítica de bordes irregulares, ulcerada, con centro necrótico, friable desde 3 cm del margen anal hasta 15 cm, que ocupa el 90% de la luz; compatible con carcinoma poco diferenciado, con rasgos neuroendocrinos, positivo para citoqueratina 20 con KI 67 con índice de proliferación 50%. Sin evidencias de malignidad en útero, ovario y anexos. El cáncer colorrectal durante el embarazo es raro, con mayor frecuencia en mujeres de la cuarta década de la vida. El diagnóstico es más frecuente en el tercer trimestre y generalmente en etapa avanzada, con una supervivencia menor de 1 año.

6.- APENDAGITIS: ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO MÉDICO.

Dias Carla, Manzo Carolina, Gutierrez José.
Grupo Médico Santa Paula.
Clínica Santiago de León

Resumen:

El dolor abdominal agudo es un motivo de consulta frecuente en la práctica médica general y en gastroenterología, siendo necesario un diagnóstico diferencial preciso con el objetivo de determinar un adecuado tratamiento, médico o quirúrgico. Existen causas poco frecuentes como la apendagitis aguda (apendicitis epiploica) entidad benigna y autolimitada de los apéndices epiploicos del colon secundaria a la torsión del pedículo vascular o trombosis espontánea del drenaje venoso de estos. El contar con la disponibilidad de la realización de la tomografía abdominopélvica computarizada (TAC) en el estudio del abdomen agudo en emergencia ha permitido evidenciar y diagnosticar procesos inusuales de tratamiento no quirúrgico; como es el caso de la apendagitis epiploica primaria.

7.- DE LA ANANNESIS AL INTERVENCIONISMO ENDOSCÓPICO, TRATAR LO ORGÁNICO SIN OLVIDAR LO FUNCIONAL.

Dias Carla, Louis César.
Grupo Médico Santa Paula.
Hospital de Clínicas Caracas, Centro Médico Docente la Trinidad.

Resumen:

La disfagia se define objetivamente como un retraso anormal en el tránsito del bolo alimentario a través de la orofaringe y/o esófago durante la deglución. Las causas de la disfagia se dividen básicamente en dos grupos: enfermedades estructurales y funcionales. Sin embargo, es importante resaltar, que las 2 causas puedan presentarse simultáneamente en el mismo paciente; y a veces es necesario estudiar el funcionalismo esofágico sobre todo cuando el tratamiento de la causa orgánica es insuficiente para aliviar los síntomas. Es por ello que decidimos presentar 2 casos clínicos con enfermedades esofágicas sincrónicas (orgánicas y funcionales).

8.- TRATAMIENTO COMBINADO PERCUTÁNEO - COLANGIOSCÓPICO DE COLEDOCOLITIASIS GIGANTE EN PACIENTE CON ASCENSO COLÓNICO

Jorge Landaeta, Virginia Armas, Carolina Manzo, Laura Peña, Carla Dias
Policlínica Metropolitana,
Policlínica Metropolitana – GastroExpress,
Grupo Médico Santa Paula

Resumen:

Aproximadamente el 90% de los cálculos biliares pueden tratarse con colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Existen situaciones como: obstrucción tumoral, alteraciones anatómicas y pacientes con anatomía alterada quirúrgicamente en las que no es posible el tratamiento endoscópico. En estos casos el tratamiento puede ser endoscópico (Enteroscopia), quirúrgico, radiológico o combinado. Presentamos el caso de una mujer de 60 años, con antecedente de ingestión de cáustico, con quemadura de esófago y estómago, ameritando esófago-coloplastia retroesternal; presenta desde noviembre 2020, cuadros ictero-obstrutivo, colangitis a repetición y dolor refractario a tratamiento, es referida a nuestro centro con diagnóstico de síndrome ictero-obstrutivo secundario a litiasis coledociana y litiasis vesicular múltiple, se realiza discusión multidisciplinaria (cirugía – radiología intervencionista – gastroenterología) y se decide abordaje combinado transparietohepático - colangioscópico. Primero se realiza colangiografía transparietohepática previo acceso percutáneo con introductor corto de 12Fr, observando litiasis coledociana gigante y litiasis vesicular múltiple con salida de bilis espesa, se avanza catéter de drenaje externo – interno, hasta asa intestinal. En segundo tiempo se realiza dilatación a 14Fr, colocando catéter de drenaje externo - interno de 14Fr. En tercer tiempo se accede a la vía biliar de forma percutánea con coledoscopia, observando en vía biliar principal defecto de plenificación gigante, se realiza esfinteroplastia. Seguidamente radiología intervencionista realiza cambio a introductor peelway 14Fr para facilitar paso del coledoscopia, a través del cual se pasa sonda laser, realizando litotripsia laser-mecánica. Seguidamente se introduce cesta de Dormia para avance de restos de litos hacia duodeno a través de papila duodenal.

9.- DERIVACIÓN COLÉDOCO-DUODENAL GUIADA POR TÉCNICA DE RENDEZVOUS COMBINADA (PERCUTÁNEA – ENDOSCÓPICA): A PROPÓSITO DE UN CASO

Jorge Landaeta, Carolina Manzo, Virginia Armas, Laura Peña, Carla Dias

Policlínica Metropolitana
Policlínica Metropolitana –GastroExpress
Grupo Médico Santa Paula

Resumen:

El procedimiento de RendezVous (RV) es una técnica de rescate después del fracaso de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). En algunas circunstancias, se prefiere el RV combinado endoscópico percutáneo (PE-RV). Se presenta caso clínico de una mujer de 67ª con diagnóstico de cáncer de mama en tratamiento inmunosupresor, con metástasis retroperitoneal, y antecedente de toma de biopsia por laparoscopia de la lesión retroperitoneal, durante el procedimiento por sangrado es aplicada coagulación para controlar el mismo; luego debido a la injuria térmica se complica con fuga biliar la cual fue resuelta quirúrgicamente. Posteriormente la paciente presenta ictericia, dolor abdominal e hipertermia no medida, por lo que es ingresada, evidenciando alteración del perfil hematológico (elevación glóbulos blancos con neutrofilia y perfil hepático de colestasis) diagnosticándose colangitis. Se realiza colangiografía donde se evidencia dilatación leve de la vía biliar intrahepática derecha e izquierda y del hepático común con estenosis severa del tercio proximal-medio del colédoco. Se realiza procedimiento combinado cateterizando la vía biliar con éxito a través de acceso colédoco-duodenal, logrando drenaje exitoso de la vía biliar posterior a la colocación de prótesis metálica autoexpansible. El drenaje biliar combinado PE-RV utiliza una tecnología única y a pesar del avance tecnológico todavía puede ser considerada una técnica de rescate útil para el tratamiento de la obstrucción biliar después de la falla de la CPRE.

10.-MEGACOLON TÓXICO SECUNDARIO A CLOSTRIDIUMDIFFICILE: REPORTE DE UN CASO

Virginia Armas, Laura Peña, Alejandro González, Jorge Landaeta, Carla Dias
Policlínica Metropolitana –GastroExpress
Policlínica Metropolitana
Grupo Médico Santa Paula

Resumen:

El megacolon tóxico es una afección potencialmente mortal caracterizada por dilatación segmentaria o pancolónica no obstructiva de al menos 5 cm asociado a toxicidad sistémica. Aunque la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es la causa más común de megacolon tóxico, otras etiologías como infecciones, inflamación, isquemia intestinal, radiación y ciertos medicamentos pueden desencadenar megacolon tóxico. El megacolon tóxico es una complicación grave de la colitis por *Clostridium difficile* (*C. difficile*). Presentamos un caso de megacolon tóxico secundario a colitis por *C. difficile* y revisamos la literatura actual sobre diagnóstico y manejo. Identificamos criterios tanto clínicos como radiológicos para el diagnóstico y

discutimos opciones de manejo tanto médicos como quirúrgicas. Recordando que el tratamiento médico agresivo que utiliza medidas de apoyo y antibióticos debe seguir siendo el pilar del tratamiento y el tratamiento quirúrgico debe considerarse si no se evidencia mejoría clínica en 2-3 días después del tratamiento inicial.

biliar, la vesícula y cístico, que son los lugares en donde el Mirizzi se localiza. Es de hacer notar que es el primer trabajo que se publica en Venezuela con revisión de la literatura.

11.- COLITIS EOSINOFÍLICA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Virginia Armas, Laura Peña, Carla Dias, Jorge Landaeta
Policlínica Metropolitana - GastroExpress Caracas
Policlínica Metropolitana
Grupo Médico Santa Paula

Resumen:

La colitis eosinofílica (CE) es una entidad rara, que afecta principalmente a neonatos y adultos jóvenes, se caracteriza por infiltración eosinofílica de la pared del colon, dolor abdominal, diarrea y elevación de los eosinófilos en sangre, en los pacientes sintomáticos. Estas características diferencian la CE de la eosinofilia primaria de colon, la cual es asintomática y no requiere tratamiento. Además, la CE es un diagnóstico de exclusión, otras causas de eosinofilia colon deben ser descartadas (Alergias, infecciones, drogas). El tratamiento inicial consiste en la dieta de restricción de alérgenos y dentro del arsenal farmacológico, se emplea prednisona, así como la budesonida y los inmunomoduladores en los casos refractarios, con lo cual se logra una adecuada respuesta. Presentamos el caso de un paciente femenino con diarrea crónica, dolor abdominal y eosinofilia que posterior a evaluación se diagnostica CE.

12.- ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO EN EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE MIRIZZI

Clavo Maria L, Quijada O, Level L. Luis, Alayon J, García L.
Insausti C, Ardiles A.
Hospital Miguel Pérez Carreño. IVSS

Resumen:

El síndrome de Mirizzi es una entidad clínica rara y difícil de manejar. Sin embargo, los avances tecnológicos recientes proporcionan nuevas opciones para un diagnóstico y tratamiento más efectivos de esta condición. En este reporte de caso, se describen las modalidades diagnósticas más utilizadas como son ecografía, TAC, CPRM, CPRE. Queremos resaltar el uso del ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO, como herramienta diagnóstica, muy poco descrita en esta patología (según bibliografía revisada) y en este caso particular determinó la conducta quirúrgica a seguir, conociéndose que estadísticamente éste diagnóstico preoperatorio es muy bajo (0,06 a 5.7%) y en 1.07% en las PCRE realizadas. Por lo tanto las grandes dificultades que se tiene para realizar un diagnóstico pre quirúrgico, y además de conocer que esta patología está asociada con incremento en la iatrogenia quirúrgica de los conductos biliares, relacionadas a las dificultades técnicas que aumenta el riesgo de complicaciones como fístulas e injuria a los ductos biliares. Por lo tanto, consideramos el USE un método diagnóstico a utilizar de primera línea ya que permite la evaluación completa del ducto