

Trabajos libres presentados en calidad poster en el XLIV congreso venezolano de gastroenterología y XXV congreso venezolano de gastroenterología pediátrica

RESÚMENES DE TRABAJOS (POSTERS)

1- PEM003 LINFOMA DE HODGKIN NODULAR ESCLEROSANTE COMO CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA INFERIOR HOSPITAL VARGAS DE CARACAS, VENEZUELA.

Rafael Montero, Gabriela Abreu, Floranyer Gonzalez, Massiel Flores

Resumen

Introducción: La hemorragia digestiva inferior (HDI) es la pérdida de sangre de aparición reciente originada en un sitio distal al ligamento de Treitz, de etiología multifactorial y en ocasiones de difícil diagnóstico se presenta el caso clínico de paciente femenina de 18 años de edad sin comórbidos conocidos quien 48 horas previo a su consulta presento hematoquecia de abundante cantidad, intermitente y asociada a astenia, adinamia y somnolencia evaluando paciente en malas condiciones generales con taquipnea e hipotensión sin lesiones demostrativas de sangrado gastrointestinal en gastroscopia y colonoscopia realizada por lo que es llevada a mesa operatoria con evidencia de plastrón ganglionar retroperitoneal de 10 cm adosado a íleon ameritando resección quirúrgica con resolución del sangrado y recibiendo posteriormente resultado de inmunohistoquímica que se concluyen como linfoma de Hodgkin nodular esclerosante grado I. **Discusión:** La HDI es frecuentemente asociado en pacientes jóvenes a divertículo de Meckel, pólipos juveniles y Enfermedad inflamatoria intestinal, las causas de origen neoplásico son poco frecuentes en este grupo etario siendo la enfermedad de Hodgkin una causa poco reportada y de los cuales el Linfoma de Hodgkin con esclerosis nodular es el tipo más común en países desarrollados siendo más frecuentes en adolescentes y adultos jóvenes con tendencia a originarse en los ganglios linfáticos del cuello o el tórax. **Conclusión:** El abordaje de un paciente con HDI puede resultar una tarea difícil ameritando por el médico no solo una atención rápida si no un planteamiento amplio de las posibles etiologías involucradas para garantizar una adecuada atención

2- PE008 CIERRE DE FISTULA URETEROINTESTINAL POR VIA ENDOSCÓPICA (PARCHE MUCOSO).

Estyvaes Curbata, José Soto. CMDLT

Resumen

Introducción: Las fistulas son comunicaciones anormales entre dos superficies epitelizadas. Debido a la proximidad entre el tracto digestivo y el urinario, no es infrecuente la afectación del tracto urinario por enfermedades digestivas y viceversa. La literatura con respecto a este punto es escasa lo cual representa un reto en cuanto a diagnósticos y tratamiento de estas situaciones. se presenta el caso de paciente femenino de 79 años de edad, con diagnóstico de adenocarcinoma de unión rectosigmoidea (neoplasia mucosa), donde se realiza resección anterior baja más coloproctostomía más confección de ileostomía protectora con lesión incidental de uréter izquierdo porción media que amerito colocación de catéter doble J complicada con infecciones urinarias recurrentes. Se planificó retiro de catéter doble jota izquierdo solicitándose urotomografía donde se observa paso del contraste iodado de uréter izquierdo a colon y recto, estableciendo el diagnóstico de fístula ureterointestinal, resolviendo dicha fistula por vía endoscópica realizándose cierre mucoso con argón plasma y hemo clips lo cual se realiza sin complicaciones observando cierre completo del orificio. **Palabras Claves:** adenocarcinoma de unión rectosigmoideas, fistulas, fistula ureterointestinal

3- PE011 GASTROVENT: UN NUEVO DISPOSITIVO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS ENDOSCÓPICOS.

Carla Dias, Yuruary Guerra, Fabiola Ferreri

Resumen

Introducción: El uso de boquilla es requerido para introducir el endoscopio y evitar mordedura del equipo. La hipoxemia puede presentarse intraprocedimiento para lo cual el anestesiólogo introduce la cánula de Mayo (Guedel) evitando por su forma anatómica que la lengua caiga hacia atrás y obstruya la vía aérea, permitiendo introducir sondas de aspiración y ventilación. **Objetivo:** Evaluar la aplicabilidad y seguridad de GastroVent durante la endoscopia. **Métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo (mayo-julio 2023). Se diseñó un dispositivo (GastroVent) que fusiona la funcionalidad de la boquilla y la cánula de Mayo. Se incluyeron (32 pacientes) (52 procedimientos). Todos los procedimientos fueron realizados en suite endoscópica bajo sedación con ropofol asistida por

anestesiología. Se evaluó apertura bucal y distancia esternomentoniana, IMC y saturación oxígeno (Sat O₂) pre, durante y post endoscopias. Se evaluó el confort del paciente con la escala de Likert. **Resultados:** 32 pacientes (52 estudios). Apertura bucal clase I(100%) y distancia esternomentoniana clase II (6.25%). IMC: 14.3-37.1(X=26.47), 7pacientes obesidad tipo I (X= 32.48), 2 pacientes obesidad Tipo II (X= 36.25). Sat O₂ previa EDS (sinO₂): (X=98%), durante (X=97%) y final (X=99%). EDS + EDI: SatO₂pre (X=98%), durante (X=98%), post(X=100%). Escala de Likert:cómodo 100% casos. Se logró posicionamiento de la lengua por debajo de GastroVent, protección de comisuras labiales y de mordedura del equipo (100% casos). Se evitó expulsión del dispositivo con el bostezo durante la inducción anestésica y pérdida de piezas dentarias durante el retiro (100% casos). **Conclusión:** el uso de GASTROVENT pareciera ser seguro y confortable. Pudiese ser una alternativa válida durante la realización de endoscopias. Se necesitarán estudios comparativos.

4- PE039 RESECCIÓN MUCOSAL ENDOSCOPICA DE TUMOR DE EXTENSIÓN LATERAL EN VÁLVULA ILEOCECAL QUE INVOLUCRA ÍLEON TERMINAL

Estyvaes Curbata, Dervis Bandres

Resumen:

Introducción: Los tumores de extensión lateral (LST) son lesiones de crecimiento predominantemente en extensión superficial de forma exofítica, sésiles, planas o levemente deprimidas, con un tamaño superior a los 10mm. La polipectomía endoscópica es considerada una técnica fundamental para todos los endoscopistas que realicen colonoscopia, existiendo una gran variedad de técnicas endoscópicas que permite que a día de hoy la gran mayoría de pólipos colonicos sean resecables endoscópicamente. Así, los pólipos de dos o más centímetros de diámetro son actualmente abordables mediante técnicas avanzadas de polipectomía como la resección mucosa endoscópica (RME) por endoscopistas avanzados. Se presenta el caso de paciente femenino de 52 años de edad, quien acude por presentar tumor de extensión lateral de 2cmx1cm a nivel de válvula ileocecal que involucraba íleon terminal, la cual fue extraída mediante resección mucosal endoscópica (RME) de forma satisfactoria. El reporte histopatológico reveló adenoma tubular con displasia de alto grado. Actualmente el paciente en buenas condiciones generales con seguimiento endoscópico anual.

5- PE016 PLICATURA ENDOSCÓPICA PER ORAL ESOFÁGICA (POPE)

Alberto Baptista, Evelyn Richards, Isabella Zuloaga

Resumen:

Trabajos libres presentados en calidad poster en El XLIV Congreso Venezolano de Gastroenterología y XXV Congreso Venezolano de Gastroenterología Pediátrica. Resúmenes de trabajos (Posters). Revista GEN. 2023; 77(3):126-138.

Introducción: Como alternativa a procedimientos más radicales se describe la Plicatura Per-Oral del esófago como una técnica mínimamente invasiva para plegar, estrechar y enderezar el esófago en casos donde la terapéutica tradicional no haya brindado los resultados esperados. **Material y Método:** Se realizó plicatura endoscópica en paciente femenino de 51 años con antecedente de Acalasia de larga data, que requirió múltiples dilataciones y fue sometida a Miotomía Endoscópica Per-Oral en marzo 2023 con adecuada liberación de presión en el esfínter pero con persistencia de retención de alimentos en esófago sigmoideo cuyo tercio inferior persiste horizontalizado. Se realizó disección submucosal de las zonas saculares que presentaban retención y se realizó Plicatura Endoscópica con sutura endoscópica, Clips Metálicos y Dispositivos Tipo DAT. **Resultados:** En controles clínicos y radiológicos posteriores se evidencio tanto mejoría de los síntomas como un esófago más estrecho y recto sin un sumidero residual. La paciente tolera alimentos blandos sin disfagia o regurgitación. **Discusión y Comentario:** los resultados de este procedimiento lo posicionan como una opción valiosa y una alternativa a la cirugía, permitiendo a los pacientes mantener calidad de vida y mejorando el pronostico para pacientes con acalasia. **Conclusiones:** El POPE es una técnica novedosa y prometedora para la acalasia con formación de sumidero en pacientes que no son candidatos para una esofagectomía. El seguimiento a largo plazo determinará la durabilidad y eficacia sostenida del procedimiento.

6- PGP017 ESTRICTUROTOMÍA ESOFÁGICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Karolin Alexandra Blanco Ruiz, Jose Di Giorgio Franco, Nina Del Valle Colina Rodriguez, Osmar Del Valle Duran Arreaga, Arianna Jose Barreto Marcano, Ana Karina Rodriguez Pineda

Resumen:

Introducción: La estenosis esofágica es una condición clínica caracterizada por un estrechamiento intrínseco del esófago. La esofagitis post cáustica y la corrección de atresia esofágica, son las causas más frecuentes de estenosis esofágica cicatricial. La estricturotomía consiste en hacer incisiones electroquirúrgicas de forma radial alrededor de los bordes de la estenosis, con la finalidad de romper el tejido fibrótico, ampliar la luz esofágica, mejorar la disfagia y optimizar la calidad de vida del paciente. **Caso Clínico:** Escolar de 6 años de edad, femenino, con antecedente de estenosis esofágica compleja, post corrección de atresia esofágica grado III, disfagia grado 2-3 según escala de Kynrim, esofagograma donde se evidencia área estenosis de 90% en 1/3 proximal y distal de esófago, filiforme, >2cm de longitud. Endoscopia digestiva superior con área de estenosis a 15cm de arcada dental, no franqueable con equipo 8,6mm, puntiforme, excéntrica, con dilatación esofágica convencional con Savary, fallida bajo visión fluoroscópica. En vista de abordaje endoscópico complejo, se realizó terapia alternativa de estricturotomía, con 5 sesiones sucesivas de dilatación esofágica con balón, logrando ampliar el lumen esofágico sin complicaciones, mejorando la disfagia grado 1 y espaciando controles periódicos a intervalos anuales. Actualmente disfagia grado 0. **Conclusiones:** La estenosis esofágica compleja simboliza un desafío para el endoscopista, donde la estricturotomía representa una alternativa terapéutica eficaz en

pro de disminuir el grado de disfagia y el número de sesiones de dilatación, mejorando la calidad de vida del paciente y familiares.

7- PGP019 STENT DINAMICO ESOFAGICO: UTILIDAD EN ESTENOSIS ESOFAGICA COMPLEJA

Vanessa Saavedra, Nina Colina, Jose Di Giorgio, Jorge Amil, Isabel Dimas

Resumen:

Introducción: La estenosis esofágica refractaria se define como aquella donde no se puede garantizar una ingesta y un estado nutricional óptimo según la edad del paciente luego de un máximo de 5 sesiones de dilataciones con un intervalo de 4 semanas entre ellas. El manejo de la estenosis esofágica ha evolucionado desde dilatación endoscópica, tratamiento quirúrgico, y más recientemente colocación de stent dinámico siendo este un dispositivo de silicona construido coaxialmente en una sonda nasogástrica para alcanzar la longitud y el diámetro deseado, con el fin de crear un área más amplia adaptada para colocarse a lo largo de la estenosis permitiendo el paso de alimentos entre el stent y la pared esofágica, mejorando la motilidad esofágica, previniendo la recurrencia de la estenosis. **Caso clínico:** Preescolar de 5 años de edad, masculino, quien presenta estenosis esofágica compleja refractaria, posterior a ingesta de sustancia cáustica en 2019, con inadecuada respuesta a múltiples terapias convencionales, tipo bujías Savary y balón esofágico. Cumplió terapia alternativa con Estricturotomía persistiendo disfagia a sólidos. Último esofagograma reportó 80-90% de estenosis en esófago medio. Se realiza colocación de stent dinámico, diámetro: 10.5mm, longitud del tubo: 710mm, longitud stent: 60mm, desarrollado por la unidad de cirugía digestiva y endoscópica del Hospital Bambino Gesù de Roma actualmente con adecuada tolerancia, ingiriendo alimentos vía oral, logrando dilatación constante de la estenosis con bolo alimenticio de forma ambulatoria, reduciendo los costos económicos en la asistencia hospitalaria regular, siendo el primer stent dinámico esofágico en Venezuela con evolución en curso.

8- PGP021 FIBROSIS QUÍSTICA: MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES EN LA EDAD PEDIÁTRICA.

Yauribel Martinez, Magaly Rodriguez, Luisa Monagas, Milagros Miquilena, Ayerim Higuera

Resumen:

Introducción: La Fibrosis Quística es una enfermedad autosómica recesiva, en la cual hay una mutación de un gen ubicado en el cromosoma 7, codificador de la proteína CFTR ("cystic fibrosis transmembrane regulator"), ubicada en la porción apical de las células epiteliales de múltiples órganos; principalmente el tracto respiratorio y gastrointestinal. **Objetivo:** Estudiar las manifestaciones gastrointestinales más frecuentes en pacientes con Fibrosis Quística que consultan la Unidad de Fibrosis Quística. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, ambispectivo y de corte longitudinal con muestreo no

probabilístico intencional. Se estudiaron los pacientes con diagnóstico de Fibrosis Quística que acudieron a la Unidad de Fibrosis Quística del Hospital de Niños "JM de los Ríos" durante el período mayo 2006 - mayo 2023. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva y la prueba de X² de Pearson. Resultados: 181 pacientes con diagnóstico de Fibrosis Quística, el sexo más frecuente fue el masculino con 120/181 (66,3%), las manifestaciones gastrointestinales fueron: Sobrecrecimiento bacteriano 67/181 (37,02%), Estreñimiento 45/181 (24,8%), Prolapso rectal 34/181 (18,7%), Alergia alimentaria 22/181 (12,15%), Reflujo gastroesofágico 13/181 (7,18%). **Conclusiones:** la Fibrosis Quística es una patología multisistémica, que requiere un enfoque multidisciplinario, el diagnóstico y tratamiento precoz de cuadros gastrointestinales deben ser detectados y manejados de manera oportuna, lo que finalmente redundara en la salud de estos pacientes. **Palabras claves:** Fibrosis quística, mutación, manifestaciones gastrointestinales, niños.

9- PH022 HEPATITIS POR SALMONELLA. UNA COMPLICACIÓN HEPÁTICA POCO COMÚN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Neydi Nathaly Barrera Bermúdez, Saturnino José Fernández Bermúdez

Resumen:

Introducción: La infección por salmonella es reconocida como un problema de salud pública en países tropicales y en vías de desarrollo por su alta prevalencia. Aun cuando las manifestaciones más frecuentes son gastrointestinales múltiples órganos pueden verse afectados. El compromiso hepático puede relacionarse con una mayor tasa de recaída, si bien el perfil hepático se encuentra levemente alterado en el 21-60% de los casos; un cuadro clínico de hepatitis aguda es una complicación rara que solo se encuentra en el 1-26% de estos. **Caso Clínico:** Paciente femenino de 25 años de edad quien consultó por presentar dolor abdominal de aparición súbita, localizado en flanco izquierdo de leve intensidad, constrictivo e intermitente, sin irradiación, atenuantes ni exacerbantes acompañado de evacuaciones diarreicas, en cuatro oportunidades, con moco, sin sangre. Realiza coproanálisis que reporta heces normales. En paraclínicos se evidencia aumento de AST: 461.5 U/L Y ALT: 843.2 U/L por lo que se solicitan serologías para hepatitis, coprocultivo, antitransglutaminasas, patógenos emergentes, y pcr cuantificada. Se reciben resultados de serologías para hepatitis negativos y coprocultivo que reporta salmonella spp sensible a levofloxacin. **Discusión:** La hepatitis por Salmonella es una complicación poco frecuente, cuyas manifestaciones clínicas y bioquímicas pueden ser indistinguibles de otras causas de hepatitis, frecuentes en países tropicales. **Conclusión:** Aun cuando suele ser una entidad de buen pronóstico, el curso clínico puede ser grave con una tasa de mortalidad de hasta el 20%, en particular con

tratamiento tardío de allí la importancia de ser reconocida de forma temprana como una complicación

10- PH025 TROMBOSIS DEL EJE ESPLENOPORTAL COMO MANIFESTACIÓN EXTRAINTestinal DE ENFERMEDAD CELIACA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Rosmar Del C. Fama M, Saturnino J Fernández B . Carlina C Castellano V, Nairé C Sánchez, César E Louis Pérez, Leyda Aldana, Ramón Castillo, José A Escaray, Gabriel Delgado, Silvana Sarabia, Carmen Teresa Vásquez, María T Urdaneta

Resumen:

Introducción: La enfermedad celíaca es una enteropatía crónica, inmunomediada, precipitada por la exposición al gluten en individuos genéticamente susceptibles, con una edad media del diagnóstico de 45 años. Suele cursar asintomática durante años, a menudo surge la sospecha diagnóstica ante manifestaciones extraintestinales, entre las que se describen casos de enfermedad tromboembólica venosa asociados a fenómenos de hipercoagulabilidad relacionados con ella. **Caso clínico:** Masculino de 45 años de edad, inicia enfermedad actual en diciembre del 2022 caracterizado por presentar dolor abdominal de aparición súbita, localizado en epigastrio, moderada intensidad, carácter punzante, exacerba post-prandial, concomitante saciedad precoz y episodio de hematemesis, evidenciándose en endoscopia digestiva superior várices esofágicas. Se realiza tomografía abdomino-pélvica contrastada observándose trombosis de la vena porta, esplénica y mesentérica superior, determinándose mutación del factor V de Leiden. Se asocian vómitos, post-prandiales tempranos, pérdida de peso y signos, obstrucción intestinal secundario a estenosis de yeyuno, constatándose hallazgos histopatológicos compatibles con enfermedad celíaca. **Discusión:** La enfermedad celíaca comprende un espectro de manifestaciones extraintestinales, entre las que se describen casos de trombosis del eje esplenoportal como primera manifestación de la enfermedad, aumentando el riesgo de eventos trombóticos ante la asociación de trombofilias primarias y secundarias. **Conclusión:** La enfermedad celíaca se debe considerar como posible etiología ante pacientes con manifestaciones trombóticas, aun cuando no se tenga evidencia previa de síntomas gastrointestinales típicos.

11- PH026 TUMOR NEUROENDOCRINO HEPÁTICO PRIMARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

kira leon, Rosalia Perazzo, Libia Pinto, Anny Sandoval

Resumen:

Introducción: El Tumor neuroendocrino hepático primario, es una lesión rara del hígado, con incidencia de 1/500.000, representado menos del 1% de los tumores malignos, ligeramente frecuente en mujeres, de etiología aún

desconocida. Puede manifestarse con dolor abdominal o plenitud, diarrea y pérdida de peso, 90%son asintomáticos, en casos raros se presenta como un síndrome carcinoide. **Presentación de caso:** Femenino de 66 años, hipertensa, con evolución de 1 año, dado por pérdida de peso significativa, evacuaciones líquidas, aumento de volumen en hipocondrio derecho. Abdomen globoso, se palpa masa que abarca epigastrio, hipocondrio derecho y flanco derecho de 20x13 cm, duro, fijo, doloroso a la palpación. Laboratorios: anemia leve, hipokalemia leve. Ecografía abdominal: hepatomegalia, LOE hepático, hígado MT, derrame pleural bilateral. Citología líquido pleural negativo para malignidad. Biopsia hepática: Tumor maligno de células redondas pequeñas. Inmunohistoquímica: Cromogranina (+++) Positiva, Citoqueratinas 7 y 20 Negativas, CA negativo, Heppart Negativo, Antígeno leucocitario negativo, compatibles con tumor neuroendocrino hepático primario. **Discusión:** el carcinoma neuroendocrino hepático primario, es raro, puede cursar con síntomas inespecíficos, asintomáticos o con sensación de plenitud y evacuaciones líquidas. El diagnóstico se basa en AFP, ca 125 y ca 19-9 negativos, TC con evidencia de masa de baja densidad de componente quístico y estudio inmunohistoquímico. **Conclusiones:** En vista de tratarse de una lesión primaria y rara es primordial realizar diagnóstico diferencial con hepatocarcinoma, colangiocarcinoma o metástasis. El pronóstico depende de la detección y tratamiento a tiempo, dependiendo del tipo histológico, tamaño de la lesión y presencia de metástasis. **Palabras claves:** Tumor neuroendocrino hepático primario.

12- PH028 ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON HÍGADO GRASO

Evelyn Almanzar, luysamaria ovalle, Rosalia Perazzo

Resumen:

Introducción: la enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA) es una patología crónica, debida a acumulación de triglicéridos en el hepatocito, comprende un amplio rango de lesiones hepáticas, que va desde esteatosis hepática simple hasta esteatohepatitis, cirrosis y cáncer de hígado. **Objetivos:** describir el estilo de vida en pacientes con hígado graso que acudan a la consulta externa de la unidad de gastroenterología del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño en el período de abril - noviembre del año 2022. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y de corte transversal. Se incluyeron 52 pacientes que acudieron en este periodo, con diagnóstico de esteatosis hepática por ecografía. Parámetros evaluados peso, IMC, cintura abdominal, AST, ALT, colesterol, triglicéridos, glicemia, FIB 4 y LAP para valoración de fibrosis y grasa respectivamente. Así mismo se indicó régimen alimenticio a seguir durante la investigación. **Resultados:** se observó pérdida de peso, disminución de AST, ALT, circunferencia abdominal, colesterol, triglicéridos y glicemia, mejoría FIB 4 e índice LAP estos cambios fueron significativos

posterior a la modificación del estilo de vida, el parámetro con menos cambios fue grado de esteatosis a la ecografía.

Discusión: la EHGNA se relaciona significativamente con HTA, DM, dislipidemias, sobrepeso y obesidad. Las personas sedentarias o con niveles bajos de actividad física tuvieron mayor predisposición a tener valores elevados de ALT y AST, existe relación entre EHGNA cirrosis y HCC. **Conclusiones:** solo el cambio de estilo de vida ha demostrado que con la pérdida de peso se puede revertir la esteatosis y la fibrosis hepática. La EHGNA es una enfermedad que debe ser considerada un problema de salud pública, la creación de un equipo multidisciplinario para prevenir la cirrosis y el cáncer de hígado debe ser prioritario en los centros de salud. **Palabras claves:** hígado graso, obesidad, cambio estilo de vida, cirrosis. HCC.

13- PUI033 TRATAMIENTO COMPASIVO DE LESIÓN QUISTICA RETROPERITONEAL POST PANCREATECTOMIA TOTAL

Rosghelen Delgado, Dervis Bandres

Resumen:

Introducción: La neoplasia papilar intraductal mucinosa (IPMN) es una de las neoplasias quísticas del páncreas, su tratamiento puede resultar complejo. Presentamos un caso con distintas complicaciones. **Caso clínico:** Paciente femenino de 64 años con diagnóstico de lesión de cabeza de páncreas en el 2018, realizaron pancreatoduodenectomía con preservación de píloro. Histopatología: Adenocarcinoma. Recibió 6 ciclos de Gemcitabina. En el 2019 presentó dolor abdominal en banda, se realizó TC de abdomen y Endosonografía + biopsia por punción del remanente pancreático. Diagnóstico: Neoplasia mucinosa papilar intraductal con displasia de grado intermedio tipo intestinal. Se realizó Pancreatectomía total + Esplenectomía. Recibió esquema con Folfirinox cada 21 días por 12 ciclos. En 2020 TC abdomen muestra posible recidiva en la raíz de la arteria mesentérica superior (AMS), es referida para endosonografía que demostró masa de 18,5 mm en la proximidad a la AMS, impidiendo toma de biopsia. Oncología inició ciclos de Gemcitabina + Erlotinib. Respuesta al tratamiento hasta el 2022 cuando presentó epigastralgia irradiada en banda y masa palpable en epigastrio. TC de abdomen con angiografía demostró LOE quístico bilobulado de 9 x 8 cm sobre la AMS. Evaluación multidisciplinaria descartó posibilidad quirúrgica, se planteó tratamiento compasivo con ablación química guiado por endosonografía con Gemcitabina 190 mg + Placlitaxel 30 mg, concurrente quimioterapia + radioterapia. Presenta evolución clínica e imagenológica satisfactoria con reducción del 90% del tamaño de la lesión tras seguimiento de 10 meses. **Conclusiones:** Reportamos un caso exitoso de ablación química como tratamiento compasivo de recidiva de IPMN posterior a pancreatectomía total.

TRABAJOS LIBRES MODALIDAD DE POSTERS

1- PEM001 HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR COMO PRESENTACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA DE MORGAGNI: A PROPOSITO DE UN CASO

Yendys Bolívar, Alfredo J., HUMNT

Resumen:

Introducción: La hernia de Morgagni, es una de las hernias diafragmáticas congénitas más raras, representando solo el 2-5% de los casos. Por lo general, se encuentra en la región paraesternal y es más frecuente en el lado derecho debido a la protección que ofrece el saco pericárdico en el lado izquierdo. A menudo, se diagnostica de manera incidental en la edad adulta y no suele presentar síntomas, excepto en situaciones de aumento de la presión abdominal o si se produce la herniación de nuevas vísceras. El contenido de la hernia puede ser epiplón, colon, estómago, hígado e intestino delgado, dependiendo de la frecuencia. El objetivo de este trabajo fue presentar un caso clínico como ejemplo de las características de presentación en un paciente con una Hernia Diafragmática. **Caso clínico:** masculino de 47 años de edad con inicio de enfermedad actual el 05/08/2022 cuando presenta dolor de aparición progresiva localizado en epigastrio, irradiado a hemiabdomen inferior de carácter urente de intensidad moderada sin atenuantes, hematemesis en 4 oportunidades, se realizan estudios de imagen, rayos x contrastado y tomografía, evidenciando imagen de condensación y contenido intestinal en hemitórax derecho, posteriormente EDS no satisfactoria evidenciando UGE a 25cm de la arcada dentaria, se deriva a servicio de cirugía general para resolución quirúrgica por diagnóstico de estómago Out Cell, por hernia diafragmática. **Conclusiones:** se analizaron varios estudios que evalúan la presencia de hernias diafragmáticas y su presentación en el adulto, encontrando que en la mayoría de los casos su curso es asintomático en ausencia.

2- PEM004 TU SINCRÓNICO DE COLON Y RECTO EN PACIENTE DE 78 AÑOS. EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA.

Maria Gabriela Oviedo Aguilar, Venus Villegas. Paola Contreras. Richard Uzcátegui HJMJCR

Resumen:

Introducción: Los CCR sincrónicos, definidos como dos o más cánceres de colon primarios detectados simultáneamente en el momento del diagnóstico inicial. Cornelius A, at. Ocurre en el 4% de los casos de cáncer de colon esporádico. Brian K, at. Presentamos caso de Masculino de 78 años. **Motivo de consulta:** rectorragia. **Antecedentes:** DM tipo 2 sin tratamiento, fumador por 25 años IPA:50. Inicio de enfermedad actual en 09/2022 caracterizado por presentar rectorragia de leve cuantía, que persiste, por lo cual consulta en 12/2022. **Pertinente positivo:** cambios en consistencia y frecuencia del patrón evacuatorio. **Pertinente negativo:** pérdida de peso, sudoración, fiebre y dolor abdominal. Se realizó videocolonoscopía, que arroja: tu sincrónico de colon (recto medio-colon ascendente), lesión de extensión lateral en ángulo

hepático, diverticulosis universal, pólipos sésiles en colon descendente. Se toman Biopsias, y ambas revelan adenocarcinoma moderadamente diferenciado ulcerado. Se da seguimiento por cirugía oncológica., RM de pelvis c/c 02/23 que reporta: pared lateral izquierda del recto superior: imagen de bordes irregulares que condicionan disminución de la luz, sugiere carcinoma de recto superior ST2 e imágenes sugestivas de divertículos en recto-sigmoides. Posterior a 28 sesiones de radioterapia y 2 meses de quimioterapia, finalizando en 04/23. Se realiza videocolonoscopia control y biopsias en colon ascendente y recto medio, evidenciándose: lesión poliposa en ángulo hepático adenomatoso con displasia de bajo grado y en Recto: mucosa con inflamación crónica severa, ulcerada, no se observa lesión neoplásica. Por hallazgos, coloproctólogo sugiere hemicolectomía radical derecha, en la actualidad aún sin resolución. El CCR sincrónico se observa con mayor frecuencia en hombres con una proporción de hombre a mujer de 1,8.

3- PEM005 TUBERCULOSIS PERITONEAL A PROPÓSITO DE UN CASO

Uslar Diaz, Maria Chauran, Edgar Marcano

Resumen:

Introducción: la tuberculosis abdominal es una enfermedad re-emergente. la primera referencia de posible tuberculosis pulmonar fue en 1643 cuando la autopsia de Luis XIII mostró unas lesiones intestinales ulcerativas asociadas con una gran cavidad pulmonar. con el paso de los años y el uso de medicamentos efectivos contra el mycobacterium tuberculosis, en los países desarrollados cambió el patrón de presentación a una mayor prevalencia de las formas extrapulmonares que incluían la tuberculosis abdominal. aproximadamente 1 a 3% del total de casos son extrapulmonares, de los cuales 11 a 16% son de tuberculosis abdominal, que ocurre por la reactivación de los focos tuberculosos peritoneales latentes, establecidos por diseminación hematológica, linfática o contiguo de un foco primario. es menos frecuente que las infecciones por micobacterias (mycobacterium bovis) entren a la cavidad peritoneal por vía transmural desde el intestino delgado infectado (por ingestión de leche no pasteurizada o carne mal cocida). la TB abdominal puede presentarse en cualquiera de los siguientes sitios: peritoneo, esófago, estómago, tracto intestinal, árbol hepatobiliar, páncreas, área perianal y ganglios linfáticos. las formas más comunes se localizan en el peritoneo, intestino o hígado. la TB abdominal puede producirse como consecuencia de la reactivación de una infección latente de tuberculosis o por ingestión de micobacterias tuberculosas (como ocurre con la ingestión de leche no pasteurizada o de carne mal cocida). en el contexto de TB pulmonar activa o TB miliar, la afectación abdominal puede ocurrir por diseminación hematológica mediante la propagación contigua de la TB de órganos adyacentes (v.gr.: propagación retrógrada de las trompas de falopio) o a través de los canales linfáticos. en general, las manifestaciones sintomáticas de la TB abdominal dependen de la forma de la enfermedad y pueden incluir fiebre, pérdida de peso, dolor abdominal y/o distensión, ascitis, hepatomegalia, diarrea y masa abdominal. la tb peritoneal ocurre con mayor frecuencia después de la reactivación de los focos tuberculosos latentes

en el peritoneo mediante la diseminación hematológica de un foco primario pulmonar. **Metodología:** se presenta historia clínica de paciente femenino de 55 años de edad, refiere distensión abdominal, flatos, dolor abdominal aparición progresiva, localizado en mesogastrio, con irradiación difusa, leve a moderada intensidad, náuseas que evolucionan a episodios eméticos de contenido alimentario, astenia, fiebre cuantificada en 39 grados centígrados a predominio matutino, hiporexia, aumento progresiva de circunferencia abdominal, motivo por el cual acude a valoración. se realiza ecografía abdominal en la cual se evidencia ascitis moderada, engrosamiento de asas intestinales delgadas y engrosamiento de pared a nivel de marco cólonico derecho. Se realiza TAC abdomino-pelvica con doble contraste, derrame pleural derecho, ascitis, engrosamiento mesentérico en su porción anterior de la cavidad abdomino-pélvica, adenopatías inguinales, marcadores Tu negativos, ADA negativo en líquido ascítico, citoquímico de líquido ascítico con características de exudado, citomorfológico negativo para células neoplásicas. Se remite a evaluación por cirugía general, realizan exploración vía laparoscópica, evidenciando líquido ascítico, múltiples lesiones granulomatosas en peritoneo parietal y visceral, epiplón mayor, hígado, múltiples adherencias firmes y laxas interesas y hacia peritoneo parietal, se toman muestras de epiplón mayor y peritoneo parietal. Se recibe biopsia compatible con Tuberculosis Peritoneal, se remite a epidemiología, para iniciar protocolo de tratamiento antituberculosis.

4- PEM039 RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN ESTUDIANTES DEL 11mo Y 12do SEMESTRE DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE NÚCLEO BOLÍVAR.

César Santodomingo, Dioni Ródiz, Rodríguez Gabriella, Elizabeth Granado

Resumen:

Introducción: La ansiedad es uno de los trastornos más comunes que se observan en los estudiantes, esta se describe como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta. La disfunción en el eje microbiota-intestino-cerebro se ha correlacionado, por ejemplo, con el desarrollo de trastornos intestinales importantes como Síndrome del Intestino Irritable (SII), que se caracterizan por una comorbilidad psiquiátrica elevada. **Objetivo:** Determinar relación entre la ansiedad y síndrome de intestino irritable en estudiantes del 11mo y 12do semestre de medicina de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar. **Metodología:** La estrategia que será empleada para el desarrollo de este trabajo de investigación corresponderá al tipo descriptiva, cuantitativa, transversal de campo y no experimental. **Resultados:** En este estudio se evidencia que más de la mitad de los estudiantes que participaron presentan ansiedad severa la cual conlleva a una mayor predisposición a la presencia de síndrome de intestino irritable, y que existe una relación entre ambas variables, sin embargo, en esta población no hubo un predominio patológico en las características de las heces lo que nos hace notar una baja asociación de las variables. **Conclusiones:** Se pudo constatar que a pesar de la baja asociación entre las variables (ansiedad

y síndrome de intestino irritable) si existe una relación significativa.

5- PE006 ABSCESOS HEPÁTICOS MÚLTIPLES POSTERIOR A CPRE. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL GENERAL DEL OESTE.

Yudexi Aponte, Gabriel Echeverría, Beatriz Linares, William Folkmanas, Ruben Naddaf

Resumen:

La CPRE es una técnica estandarizada para el manejo de los trastornos biliares y pancreáticos, realizada ampliamente a nivel mundial. Esta no está exenta de riesgo y complicaciones graves, las principales complicaciones descritas son pancreatitis, colangitis, perforaciones; también se ha informado de complicaciones poco frecuentes como íleo biliar y absceso hepático. Dentro de las complicaciones infecciosas (frecuentemente causadas por bacterias entéricas), la complicación séptica más común es la colangitis ascendente que se presenta dentro de las 24 a 72 horas posterior a la CPRE; la causa suele ser el drenaje incompleto de un sistema biliar infectado, la clínica puede incluir la triada de Charcot y puede estar asociada con la formación de microabscesos hepáticos. El absceso hepático piógeno es una complicación potencialmente mortal de la infección del árbol biliar posterior a la CPRE, con una tasa de mortalidad de 1 al 2%. La diseminación vía hematogena a otros órganos o espacios incluye absceso epidural, del Psoas o pleuro-pulmonar. Presentamos el caso de un paciente femenino de 72 años de edad con colecistectomía abierta por litiasis vesicular que hace abscesos hepáticos múltiples más diseminación pulmonar posterior a procedimiento de CPRE. **Palabras claves:** colangiopancreatografía retrograda endoscópica, colangitis, absceso hepático múltiples, pulmón.

6- PE007 CARCINOMA ESOFAGICO CON COLOCACIÓN DE PRÓTESIS AUTOEXPANSIBLE: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Yudith Díaz, Pedro Sivira, Gabriel Echeverría, Beatriz Linares, Yudexi Aponte, Rosmary Mendoza, HGO

Resumen:

El cáncer de esófago constituye la sexta causa de muerte por cáncer en el mundo. El tipo histológico lo constituyen en un 95% de los casos el escamoso y el adenocarcinoma. Ambos tumores poseen un mal pronóstico, ya que suelen diagnosticarse en estadios avanzados en los que, a pesar de las opciones terapéuticas disponibles, sólo se logra una supervivencia de un 10-15% a los 5 años. El síntoma principal es la disfagia, que suele ser constante y progresiva, comenzando por disfagia a sólidos y progresando a líquidos. El tratamiento endoscópico paliativo merece una consideración aparte ya que está indicado cuando existe una gran afectación locorregional (T4) o metástasis a distancia, y sólo para paliar la disfagia, el dolor torácico, las complicaciones de una fístula traqueoesofágica o la desnutrición del paciente. En este sentido, la mejor aportación de la endoscopia se centra en la colocación de una prótesis metálica autoexpandible que asegure la permeabilidad del segmento estenótico. Describiremos la clínica, diagnóstico y tratamiento paliativo de

un paciente femenino de 69 años con Carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado de esófago. **Palabras Claves:** Carcinoma de esófago, disfagia, dilatación, prótesis.

7- PE009 DIVERTÍCULO DE MECKEL COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Grecia Mejias, Kira León, Libia Pinto, Rosalia Perazzo

Resumen:

Introducción: El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más prevalente del tracto gastrointestinal, es un desafío diagnosticarlo ya que puede permanecer asintomático, o manifestarse como sangrado gastrointestinal inexplicable, obstrucción, inflamación o perforación. **Presentación de caso:** Paciente masculino de 20 años de edad, quien presenta dolor abdominal súbito, intenso, a predominio de mesogastrio sin atenuantes concomitante hematoquecia vinosa, abundante cuantía con coágulos, diaforesis y mareos; al examen físico hipotenso, taquicárdico, palidez cutánea mucosa acentuada con signos de ortostatismo, abdomen plano blando doloroso en epigastrio y mesogastrio. tacto rectal: presencia de hematoquecia vinosa. Gastroscopia normal; en la colonoscopia se logra franquear hasta 25 cm de la válvula ileocecal donde se observa contenido hemático hasta ciego sin evidencia de lugar de sangrado. Se solicita cápsula endoscópica concluyendo divertículo de Meckel y enteritis duodenoyeyunal. Se planifica resección quirúrgica laparoscópica concluyendo Divertículo de Meckel tamaño aproximado de 4x3cm base ancha a 70 cm de la válvula ileocecal. **Discusión:** Aunque el divertículo de Meckel se presenta por igual en ambos sexos, presenta complicaciones con mayor frecuencia en varones. Entre 4 a 6% desarrolla una complicación como hemorragia, obstrucción, intususcepción, diverticulitis y perforación. El sangrado como presentación más común, típicamente se expresa en hematoquecia como resultado de una mucosa gástrica heterotópica que conduce a la ulceración. **Conclusiones:** La hemorragia en el adulto, es una presentación clínica infrecuente. El divertículo de Meckel complicado con hemorragia digestiva debe realizarse una resección ileal segmentaria, ya que la hemorragia generalmente se localiza en el íleon contiguo.

8- PE010 ESTENOSIS ESOFÁGICA POR INGESTA DE CÁUSTICO, TERAPIA CON TRIANCINOLONA Y DILATACIONES CON SAVARY. A PROPÓSITO DE UN CASO

Carlos Anchundia, Pedro Sivira, Gabriel Echeverría, Rosmary Mendoza, Yudexi Aponte, Samaria Marcano

Resumen:

La estenosis esofágica secundaria a esofagitis cáustica es una complicación grave posterior a la ingesta accidental o premeditada de agentes cáusticos, que con relativa frecuencia acuden a los servicios médicos especializados de gastroenterología. Dependiendo del tipo de ingestión, el

evento puede resultar en una emergencia médica que requiere intervención inmediata. Diferentes mecanismos de daño se han descrito a mencionar la licuefacción, necrosis, trombosis, invasión bacteriana y edema severo entre otros que pueden extenderse hasta el plano muscular. Las complicaciones tales como hemorragia, perforación, fístula aorto-entérica o fístula gástrica pueden ocurrir durante las primeras 2 a 3 semanas después de la ingestión. A largo plazo, el desarrollo de estenosis faríngea, esofágica o gástrica pueden comprometer el estado nutricional. Las esofagitis grado II y III son las que más frecuentemente van a la estenosis. Las dilataciones seriadas y corticoterapia se mencionan como parte del abordaje terapéutico combinado en casos seleccionados. Presentamos el caso de paciente femenino de 19 años de edad que en intento de autólisis ingiere lejía y posteriormente presenta diagnóstico de estenosis esofágica cáustica (Zargar IIb) y es tratada con terapia combinada de triancinolona mas dilataciones.

9- PE011 LINFOMA DE ESOFAGO. PRESENTACION DE UN CASO CLINICO Y REVISION DE LA LITERATURA

Angelica Pinto, Lilibeth Torrealba SOH

Resumen:

Introducción: El linfoma esofágico difuso de células grandes tipo B (DLBCL) es una entidad clínico patológica extremadamente rara, representa menos del 1% de todos los casos de linfomas gastrointestinales. Dada su poca frecuencia se busca determinar la importancia de su enfoque diagnóstico ya que los hallazgos endoscópicos y radiológicos mayormente no suelen ser concluyentes. **Material y método:** Se presenta un caso institucional y se realiza búsqueda bibliográfica sistemática, accesible, de las bases de datos médicas PubMed con revisión de casos publicados previamente en los últimos 5 años. Los criterios de inclusión para el análisis comparativo final comprenden artículos que describan DLBCL esofágico y la disponibilidad del contenido referente a las características clínico-epidemiológicas, antecedentes patológicos y ubicación de la lesión esofágica. **Resultados:** Se demostró que la edad media de los pacientes en el momento del diagnóstico era mayormente entre quinta y sexta década de la vida, predominó el género masculino, la presentación clínica estuvo dominada por disfagia progresiva y pérdida de peso involuntaria con 2 meses de evolución, negaron en su totalidad antecedentes de infección por VIH, la afectación esofágica media y distal fueron la más común. **Discusión:** Esta revisión permite comprender la epidemiología actual y los factores riesgos más frecuentes encontrados en DLBCL esofágico. **Conclusión:** A pesar de ser un diagnóstico poco frecuente no debemos excluir a la población que se sale del parámetro de su frecuencia como el caso presentado perteneciente a la tercera década de la vida y género femenino.

10- PE012 PÓLIPO CLOACOGÉNICO INFLAMATORIO, COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA INFERIOR. REPORTE DE CASO

Maria Chauran, Uslar Diaz. Biogastrohealth

Resumen:

Trabajos libres presentados en calidad poster en El XLIV Congreso Venezolano de Gastroenterología y XXV Congreso Venezolano de Gastroenterología Pediátrica. Resúmenes de trabajos (Posters). Revista GEN. 2023; 77(3):126-138.

Introducción: Los pólipos cloacogénicos inflamatorios son lesiones polipoideas benignas muy poco frecuentes. Se encuentran clasificados dentro de los pólipos colónicos no adenomatosos (inflamatorios) y se denominan cloacogénicos por estar localizados en la región de transición ano-rectal. Su principal forma de presentación es el sangrado rectal (macro o microscópico). **Caso clínico:** Paciente femenino de 73 años, diabética tipo 2, presenta rectorragia, con cifras de hemoglobina dentro de límites normales, al examen físico, prolapso mucosa rectal grado I, presenta tumoración palpable a 1 cm del margen anal, endoscópicamente aspecto de pólipo sésil, mucosa eritematosa, con áreas congestivas y signos de sangrado reciente, superficie no irregular, de aproximadamente 1.5 cm, al cual se realizó polipectomía endoscópica, que por histopatología reportó pólipo cloacogénico inflamatorio. Se constató además divertículos en Colon Sigmoides, sin signos de sangrado reciente, ni activo para el momento de la evaluación. **Conclusión:** a pesar de ser lesiones muy poco frecuentes deben ser tenidas en cuenta como diagnóstico diferencial de todo pólipo en la región anorrectal. Como tratamiento se plantea la polipectomía endoscópica cuando produzcan síntomas o no se pueda excluir un proceso maligno. **Palabras clave:** pólipos intestinales, pólipos del colon, enfermedades del recto.

11- PE013 RESECCIÓN MUCOSAL ENDOSCOPICA DE TUMOR DE EXTENSIÓN LATERAL EN VÁLVULA ILEOCECAL QUE INVOLUCRA ÍLEON TERMINAL

Estyvaes Curbata, Dervis Bandres

Resumen:

Introducción: Los tumores de extensión lateral (LST) son lesiones de crecimiento predominantemente en extensión superficial de forma exofítica, sésiles, planas o levemente deprimidas, con un tamaño superior a los 10mm. La polipectomía endoscópica es considerada una técnica fundamental para todos los endoscopistas que realicen colonoscopia, existiendo una gran variedad de técnicas endoscópicas que permite que a día de hoy la gran mayoría de pólipos colonicos sean resecables endoscópicamente. Así, los pólipos de dos o más centímetros de diámetro son actualmente abordables mediante técnicas avanzadas de polipectomía como la resección mucosa endoscópica (RME) por endoscopistas avanzados. Se presenta el caso de paciente femenino de 52 años de edad, quien acude por presentar tumor de extensión lateral de 2cmx1cm a nivel de válvula ileocecal que involucraba íleon terminal, la cual fue extraída mediante resección mucosal endoscópica (RME) de forma satisfactoria. El reporte histopatológico reveló adenoma tubular con displasia de alto grado. Actualmente el paciente en buenas condiciones generales con seguimiento endoscópico anual.

12- PE014 SARCINA VENTRICULI COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE GASTRODUODENITIS: A PROPOSITO DE UN CASO

Neiry Magdaleno, Leyda Aldana, Sandra Romero

Resumen:

La Sarcina Ventriculi es un coco gram positivo anaeróbico (Clostridium Ventriculi) la cual afecta adultos de mediana edad,

principalmente mujeres en un 55%. Su mayor incidencia histológica se ha reportado en estomago 36%, Esófago 15% y Duodeno 13%. Se ha detectado en pacientes con antecedentes de retraso del vaciamiento gástrico, diabetes mellitus, cirugía gástrica, inmunosupresión o co-infecciones por *Candida*. Clínicamente está asociada a gastritis enfisematosa, estenosis esofágica y perforación gástrica. Desde el punto de vista terapéutico se recomienda: Dieta libre en carbohidratos, antibioticoterapia (Fluoroquinolonas, Vancomicina, Metronidazol), IBP y procinéticos (Para un 88% de erradicación).

13- PE015 TUMOR GÁSTRICO NEUROENDOCRINO ASOCIADO A DERMATOMIOSITIS COMO SÍNTOMA INICIAL, REPORTE DE UN CASO.

Astrid Mendez, Cono Gumina, Mario Marruffo, Maxvi Marcano, Ana María Saenz

Resumen:

Las neoplasias neuroendocrinas son tumores raros que se desarrollan a partir de las células neuroendocrinas, que se encuentran en todo el cuerpo, se pueden desarrollar en cualquier parte del cuerpo, pero son más comunes en el tracto gastrointestinal y el sistema respiratorio, suelen ser de crecimiento lento y a menudo no causan síntomas hasta que han crecido un tamaño considerable, se diagnostican mediante una combinación de pruebas, que pueden incluir: Endoscopia, Biopsia, Tomografía computarizada. El pronóstico de una Neoplasia neuroendocrina depende de su tamaño, ubicación, grado de agresividad y respuesta al tratamiento. La asociación entre los tumores neuroendocrinos y la dermatomiositis es rara y solo se han reportado unos pocos casos en la literatura médica, por lo que presentamos a una paciente de 82 años que debuto en el 2021 con eritema en región cervical y dorsal, en 2023 diagnostican dermatomiositis, se realiza endoscopia digestiva superior donde se observa gastropatía congestiva e hipotrófica en cuerpo y fundus. Gastropatía congestiva antral. Pólipos gástricos cuya anatomía patológica reporta tumor neuroendocrino. Es importante estar al tanto de esta asociación para que se pueda realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado

14- PGP018 REFLUJO GASTROESOFAGICO COMO MANIFESTACION DE MALFORMACION PULMONAR CONGÉNITA: A PROPOSITO DE UN CASO

Maritza Malavé, Nina Colina, Nazareth Mosquera, Dayana Fajardo, Osmar Duran, Maygreg Ruiz

Resumen:

Introducción: Las malformaciones pulmonares representan el 7,5-18,7% de todas las malformaciones congénitas. Las variantes anatómicas bronquiales son displásicas, ausentes o supernumerarias. Pueden presentar síntomas intrapulmonares y extrapulmonares principalmente cardiacos y gastrointestinales, siendo el reflujo gastroesofágico síntoma predominante. **Caso Clínico:** Lactante menor de 6 meses de edad, femenino, quien presentó regurgitaciones y emesis

postprandiales frecuentes con afectación de peso, a pesar tratamiento médico. Es referido a la Unidad de Gastropediatria del Hospital Militar Universitario Dr Carlos Arvelo, con esofagograma donde se describe estrechez esofágica medial y endoscopia digestiva superior, con hallazgo en esófago de bezoar lácteo y estrechez concéntrica de aspecto mural, no franqueable. En 2 oportunidades durante la sedación para estudio endoscópico terapéutico presenta desaturación limitando la realización del estudio. Además de antecedentes de neumonía reciente. Se hace evaluación por cardiología: cardiopatía congénita tipo CIA y CIV y se hace TAC de Tórax con contraste con reconstrucción 3D, donde se constata indemnidad del sistema arteriovenoso, malformación pulmonar congénita tipo traqueo-bronquial sin repercusión pulmonar. Actualmente paciente eutrófica, sin clínica gastrointestinal, ni pulmonar, con adecuada tolerancia de vía oral **Conclusión:** El reflujo gastroesofágico puede presentarse como síntoma extrapulmonar de malformaciones traqueo bronquiales. Debido a la baja prevalencia de esta presentación clínica, debe incluirse el manejo multidisciplinario como protocolo en pacientes con reflujo gastroesofágico sin mejoría.

15- PGP020 DILACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON DILATACIÓN QUISTICA DE LA VÍA BILIAR PRINCIPAL Y UNIÓN PANCREATO-BILIAR ANÓMALA.

Freddy Pereira Graterol, Francisco Salazar, Yajaira Venales

Resumen:

Antecedentes: la dilatación quística de la vía biliar (DQVB) y/o la unión pancreato-biliar anómala (UPBA) son patologías congénitas asociadas al desarrollo de litiasis, colangitis, pancreatitis aguda y neoplasias de vías biliares. El tratamiento quirúrgico está indicado tanto en la UBPC, como en algunos tipos de DQVB y el desconocimiento en su indicación podría retrasar el tratamiento definitivo e incrementar los riesgos de morbilidad preoperatoria. **Objetivos:** describir y analizar dos casos clínicos de pacientes con diagnósticos de DQVB (Todani 1) y UPBA, en quienes observamos retraso en la indicación quirúrgica. **Métodos:** Descripción de casos, detallando el manejo pre, trans y postoperatorio y su seguimiento a largo plazo. **Resultados:** En ambos pacientes observamos dilación en la indicación quirúrgica de 6 y 14 años para la DQVB y la UPBA, respectivamente. En cada caso se realizaron, al menos, tres colangio-RMN y dos CPRE antes de la cirugía definitiva. Ambos pacientes desarrollaron pancreatitis aguda y colangitis aguda a repetición, entre otras complicaciones preoperatorias. El tratamiento quirúrgico consistió en resección de la vía biliar extrahepática, incluyendo la dilatación quística y hepático-yeyuno anastomosis en "Y" de Roux. A 45 y 60 meses de seguimiento, se mantienen asintomáticos. **Conclusiones:** la DQVB Todani 1 y la UPBA deben ser tratadas en forma quirúrgica. La sobreindicación de estudios o procedimientos no terapéuticos implican el incremento en costos y riesgos de morbilidad preoperatoria. **Palabras clave:** dilatación quística de la vía biliar, unión pancreato-biliar anómala, pancreatitis, colangitis.

16- PH023 INFECCIÓN CRÓNICA POR VHC Y HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA VARIANTE H63D. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gabriel Echeverría, Saturnino Fernández

Resumen:

En los últimos años se ha estudiado la posible relación entre infección por virus de hepatitis C y la sobrecarga de hierro, sin embargo, el impacto real de esta relación no ha sido completamente dilucidada, reciente literatura científica revela que la infección crónica por VHC puede conducir a una sobrecarga de hierro, con afectación del ciclo vital del virus; aunque resultados contradictorios a este planteamiento también se hacen presentes en las revisiones. Otras condiciones como por ejemplo la cirrosis hepática, hemocromatosis, hemoglobinopatías, anemias hemolíticas, pueden generar sobrecarga férrica; sin dejar a un lado el escenario clínico cuando más de una entidad patológica puede estar simultáneamente en un individuo. En el presente trabajo se presenta un caso clínico con revisión de la literatura, de paciente femenino con síntomas de hepatopatía, en la cual se realiza diagnóstico de infección crónica por virus de hepatitis C, hemocromatosis hereditaria y cirrosis hepática. **Palabras Claves:** virus de hepatitis C, hemocromatosis hereditaria, cirrosis, hígado.

17- PH024 INFECCION POR VIRUS DE HEPATITIS C EN PACIENTE CON LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA. A PROPOSITO DE UN CASO.

Samaria Marcano, Gabriel Echeverría, Beatriz Linares, Rosmary Mendoza, Yudexi Aponte, Pedro Sivira

Resumen:

La infección aguda por el virus de la hepatitis C puede pasar clínicamente desapercibida en el 70-75 %, siendo muy infrecuente su diagnóstico sobre todo en las formas anictérica. El 55-85% de los pacientes con infección aguda por el VHC no aclaran el virus y desarrollan una infección crónica con riesgo de evolución a cirrosis y hepatocarcinoma. El diagnóstico específico de la hepatitis aguda por virus C se basa en la detección en sangre del RNA-VHC mediante una técnica de reacción en cadena de la polimerasa cuyo resultado será positivo a partir de 1-2 semanas tras el contacto inicial con el virus y alteraciones bioquímicas elevación de las transaminasas habitualmente 20-40 veces por encima de la normalidad, siendo ALT (alanino aminotransferasa) más que AST (aspartato aminotransferasa), el mejor indicador de daño hepático agudo por VHC. Las aminotransferasas suelen elevarse durante la fase prodrómica. La fracción de IgG de las inmunoglobulinas séricas suele estar aumentada sin que haya cambios significativos en la fracción IgM; esta última se eleva inicialmente más que la IgG en otras formas de hepatitis víricas agudas. En pacientes oncohematológicos, el déficit inmunitario predispone al desarrollo de enfermedades infecciosas que aumentarán la morbimortalidad de estos pacientes. Presentamos el caso de una probable infección aguda por VHC en paciente masculino con diagnóstico

conocido de Leucemia mieloide crónica en tratamiento y remisión.

18- PH026 TUMOR NEUROENDOCRINO HEPÁTICO PRIMARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

kira leon, Rosalia Perazzo, Libia Pinto, Anny Sandoval

Resumen:

Introducción: El Tumor neuroendocrino hepático primario, es una lesión rara del hígado, con incidencia de 1/500.000, representado menos del 1% de los tumores malignos, ligeramente frecuente en mujeres, de etiología aún desconocida. Puede manifestarse con dolor abdominal o plenitud, diarrea y pérdida de peso, 90%son asintomáticos, en casos raros se presenta como un síndrome carcinoide. **Presentación de caso:** Femenino de 66 años, hipertensa, con evolución de 1 año, dado por pérdida de peso significativa, evacuaciones líquidas, aumento de volumen en hipocondrio derecho. Abdomen globoso, se palpa masa que abarca epigastrio, hipocondrio derecho y flanco derecho de 20x13 cm, duro, fijo, doloroso a la palpación. Laboratorios: anemia leve, hipokalemia leve. Ecografía abdominal: hepatomegalia, LOE hepático, hígado MT, derrame pleural bilateral. Citología líquido pleural negativo para malignidad. Biopsia hepática: Tumor maligno de células redondas pequeñas. Inmunohistoquímica: Cromogranina (+++) Positiva, Citoqueratinas 7 y 20 Negativas, CA negativo, Heppart Negativo, Antígeno leucocitario negativo, compatibles con tumor neuroendocrino hepático primario. **Discusión:** el carcinoma neuroendocrino hepático primario, es raro, puede cursar con síntomas inespecíficos, asintomáticos o con sensación de plenitud y evacuaciones líquidas. El diagnóstico se basa en AFP, ca 125 y ca 19-9 negativos, TC con evidencia de masa de baja densidad de componente quístico y estudio inmunohistoquímico. **Conclusiones:** En vista de tratarse de una lesión primaria y rara es primordial realizar diagnóstico diferencial con hepatocarcinoma, colangiocarcinoma o metástasis. El pronóstico depende de la detección y tratamiento a tiempo, dependiendo del tipo histológico, tamaño de la lesión y presencia de metástasis. **Palabras claves:** Tumor neuroendocrino hepático primario.

19- PH027 USO DE SILIBINA EN PACIENTES CON MAFLD ¿UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA?

Yormery Blanco, Hector Gonzalez, Norma Torrealba

Resumen:

Introducción: La enfermedad del hígado graso asociado a disfunción metabólica (MAFLD), por sus siglas en inglés, es la enfermedad hepática crónica más común. El tratamiento temprano es fundamental para prevenir la mortalidad y su progresión a fibrosis y cirrosis hepática, siendo determinantes al hepatocarcinoma. El extracto de Silibina reacciona con los radicales libres de oxígeno, inducidos por peroxidación lipídica el cual es demostrado in vitro. **Objetivo:** Determinar la efectividad del uso de Silibina en pacientes con MAFLD, que acudieron a la consulta del servicio de Gastroenterología del Hospital "Carlos J. Bello" Cruz Roja Venezolana, en el período agosto 2022 a Julio 2023. **Métodos:** Estudio unicéntrico,

prospectivo, aleatorio. **Resultados:** Muestra de 83 pacientes, constituida por el sexo femenino en un 60.2% y 39.8% masculino. Edad media de 46 años. 38% presentó sobrepeso, 26% obesidad grado I, 28% obesidad grado II. 51% esteatosis hepática grado II, 46% esteatosis grado I. 47 % presentó elevación de ALT y AST, a quienes se les indicó tratamiento con extracto de Silibina a dosis de 120 mg VO cada 8 horas, realizando control de aminotransferasas en 4 semanas, obteniéndose descenso significativo en un 57% de la muestra, respecto al valor de inicio. **Discusión:** la variabilidad de resultados depende de la continuidad y cumplimiento de la terapéutica. **Conclusión:** Se determinó el descenso de aminotransferasas en estudio control, posterior a 4 semanas de tratamiento, identificando su eficacia en el tratamiento de MAFLD.

20- PH036 MEDIDA DE RIGIDEZ HEPÁTICA DETERMINADA POR DIFERENTES TÉCNICAS DE ELASTOGRAFÍA: ANÁLISIS COMPARATIVO PRELIMINAR

Pandolfo Raffaele, León Robert

Resumen:

Introducción: la Medida de Rigidez Hepática (MRH) como expresión de la fibrosis hepática, puede ser medida por técnicas como Elastografía Transitoria 1D (ET), pSWE (Point Shear Wave Elastography) y 2D-SWE. Materiales-Métodos: estudio descriptivo, corte transversal, doble ciego en pacientes portadores de enfermedad hepática con diagnóstico etiológico establecido, ET (iLiv Touch® FT-100) y pSWE y 2D-SWE (FujiFilm Arietta™ 850). Se obtuvo MRH (kPa), relacionándola con la fibrosis según la etiología.

Resultados: 12 pacientes, distribuyéndose:

Paciente	MRH (1D) kPa	MRH pSWE kPa	MRH 2D SWE kPa	Fibrosis 1D	Fibrosis pSWE	Fibrosis 2D-SWE
1	10,6	4,34	4,25	F2	F1	F1
2	21,6	****	26,19	F4	****	F4
3	13	7,05	5,76	F3	F3	F3
4	8,2	4,61	4,66	F2	F1	F1
5	22,2	23,47	25,16	F4	F4	F4
6	5,9	6,19	6,83	FO	F2	F2
7	6	6,77	6,56	F1	F2	F2
8	17,2	19,34	17,01	F4	F4	F4
9	10,5	8,36	8,37	F2	F2	F2
10	15,2	5,48	5,58	F3	F3	F3
11	12,8	6,14	7,49	F3	F3	F3
12	23,3	17,9	23,92	F4	F4	F4

Discusión y comentario: la fibrosis tuvo una concordancia global entre los métodos del 67%, siendo del 100 % para estadios F3 y F4. **Conclusiones:** estudios con mayor número de pacientes son necesarios para establecer de manera definitiva la correlación entre estas técnicas de Elastografía.

21- PH037 REVERSIBILIDAD DE FIBROSIS HEPATICA AVANZADA (FHA) E HIPERTENSION PORTAL (HTP): A PROPOSITO DE UN CASO

Romero Jenny, León Robert, Fernández Saturnino, Guzmán Amador, De Andrade Yuraima.

Resumen:

Introducción: en hepatopatía crónica la identificación de la etiología y su tratamiento oportuno pueden llevar a la reversión parcial o completa de la FHA, se presenta un caso que ilustra esta posibilidad. **Caso Clínico:** femenina 68 años con Artritis Reumatoide, tratamiento con metotrexate, dosis acumulada aproximada 7 grs, consulta por dispepsia persistente, se practica EDS con hallazgo: Varices Gástricas Tipo II - VGA1, practicándose por esto:

- Laboratorio: pruebas hepáticas normales, plaquetas 160.000/mL, FIB-4 2,66, HBV(-), HCV(-), autoinmunidad hepática(-).
- Elastografía Transitoria-1D: LSM 16,2 kPa (F3-F4).
- AngioTAC con gran shunt espleno-renal, hilio esplénico con colaterales y varices perifundicas

Luego de 9 meses de omitido metotrexate: LSM 7,5 kPa (F2), EDS con ausencia de varices esófago-gástricas, plaquetas 140.000/mL, pruebas hepáticas normales, FIB-4: 3,34. **Conclusiones:** Reversión parcial o completa de FHA e incluso de HTP es factible al identificar y tratar la etiología. Los shunts porto-sistémicos pueden subestimar el LSM, por lo cual seguramente en nuestro caso, la "regla de los 5" (Baveno VII) no identifico la posibilidad de presentar varices esófago-gástricas. FIB-4 subestimo la fibrosis previamente a suspensión del metotrexate y la sobrevaloración luego de resuelta parcialmente la misma tras omisión de metotrexate. En pacientes en metotrexate, la Elastografía Transitoria es una herramienta fundamental para valorar fibrosis hepática luego de superada la dosis acumulada de 2,5 grs.

22- PH038 ELASTOGRAFÍA TRANSITORIA 1D iLivTouch® (ET): EXPERIENCIA INICIAL EN CENTRO DE REFERENCIA DE HEPATOLOGÍA, CARACAS-VENEZUELA

Andrade Yuraima P, Fernández Saturnino; Guzmán Amador; Romero Jenny, León Roberto

Resumen:

Introducción: en hepatopatía crónica la identificación de la etiología y su tratamiento oportuno pueden llevar a la reversión parcial o completa de la FHA, se presenta un caso que ilustra esta posibilidad. **Caso Clínico:** femenina 68 años con Artritis Reumatoide, tratamiento con metotrexate, dosis acumulada aproximada 7 grs, consulta por dispepsia persistente, se practica EDS con hallazgo: Varices Gástricas Tipo II - VGA1, practicándose por esto:

- Laboratorio: pruebas hepáticas normales, plaquetas 160.000/mL, FIB-4 2,66, HBV(-), HCV(-), autoinmunidad hepática(-).
- Elastografía Transitoria-1D: LSM 16,2 kPa (F3-F4).
- AngioTAC con gran shunt espleno-renal, hilio esplénico con colaterales y varices perifundicas.

Luego de 9 meses de omitido metotrexate: LSM 7,5 kPa (F2), EDS con ausencia de varices esófago-gástricas, plaquetas 140.000/mL, pruebas hepáticas normales, FIB-4: 3,34. **Conclusiones:** Reversión parcial o completa de FHA e incluso de HTP es factible al identificar y tratar la etiología. Los shunts porto-sistémicos pueden subestimar el LSM, por lo cual seguramente en nuestro caso, la "regla de los 5" (Baveno VII) no identificó la posibilidad de presentar varices esófago-gástricas. FIB-4 subestimó la fibrosis previamente a suspensión del metotrexate y la sobrevaloró luego de resuelta parcialmente la misma tras omisión de metotrexate. En pacientes en metotrexate, la Elastografía Transitoria es una herramienta fundamental para valorar fibrosis hepática luego de superada la dosis acumulada de 2,5 grs.

23- PUI029 ÍLEO BILIAR COMO FORMA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. A PROPOSITO DE UN CASO.

Ioannis Giannopoulos, Anny Sandoval

Resumen:

Introducción: El íleo biliar es una emergencia quirúrgica infrecuente de abdomen agudo en pacientes de edad avanzada, con alto índice de morbimortalidad. Presentación de caso: Femenino de 60 años, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y vesícula escleroatrófica, consulta por dolor abdominal, emesis y ausencia de evacuaciones; al examen físico abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, ruidos hidroaéreos disminuidos, doloroso a la palpación en hemiabdomen derecho; ecografía abdominal: Vesícula escleroatrófica, líquido libre peripancreático y asas delgadas dilatadas; laboratorios: leucocitosis sin alteración en la fórmula leucocitaria, lesión renal aguda, hipokalemia leve, retención de azoados e hiperglucemia, Rx de abdomen simple de pie con niveles hidroaéreos. Cuadro clínico se exacerba, realizando laparotomía exploradora con hallazgo de asas delgadas dilatadas, cálculo biliar de 5x3 cm intraluminal a 150 cm de asa fija y Plastrón vesicular, posterior enterotomía de 5 a 150 cm de asa fija, extrae cálculo biliar, con mejoría clínica. Discusión: El íleo biliar es una complicación infrecuente del 0,5%, grave, con retraso diagnóstico y terapéutico, ocasionado por oclusión intestinal mecánica por cálculo biliar hacia la luz intestinal a través de una fístula colecistointestinal, predomina en sexo femenino, edad avanzada, antecedente de colecistopatía. El tratamiento tiene como objetivo extracción del cálculo y superar la obstrucción intestinal. **Conclusiones:** El manejo del íleo biliar debe ser individual y considerarse en pacientes con colecistopatías para disminuir morbimortalidad, prevenir recurrencias y complicaciones.

24- PUI030 INTUSUSCEPCION POR ADENOCARCINOMA MUCINOSO DEL APENDICE CECAL. A PROPOSITO DE UN CASO.

Uslar Diaz, Maria Chauran, Edgar Marcano, Vanessa Rodríguez

Resumen:

Antecedentes: La intususcepción apendicular es una entidad poco frecuente. Representa únicamente el 0,01% de las indicaciones de apendicetomía, siendo un reto diagnóstico. se

define como la invaginación de una porción del apéndice dentro su propia luz o de la del ciego. Es secundaria a movimientos peristálticos anormales causados por la inflamación del apéndice y favorecida por mesoapéndices laxos con la luz apendicular ancha o por apéndices muy móviles y finos. Aparece más frecuentemente en adultos (76%) que en niños, y en mujeres que en varones con un ratio 2 a 1. La edad más frecuente de aparición es en la cuarta década de la vida. En la edad pediátrica la causa más frecuente es la inflamación del apéndice mientras que en los adultos la etiología más habitual es la endometriosis (33%) seguida de los mucocelos apendiculares (19%) y la inflamación apendicular (19%). En el resto de los casos la etiología es tumoral, habiéndose descrito tumores de tipo carcinoides, metástasis, hamartomas o linfomas. Su clínica es muy variada, pudiendo cursar de manera aguda como un cuadro de dolor en fosa ilíaca derecha que simula una apendicitis aguda o bien con síntomas crónicos intermitentes como dolor, vómitos o rectorría o incluso cursar de manera asintomática. **Caso clínico:** Paciente femenino de 70 años de edad, presenta episodios de evacuaciones líquidas, dolor abdominal, aparición progresiva, localizado en epigastrio y ambos flancos, tipo cólico, leve moderada intensidad, asociado a distensión abdominal, episodios eméticos, aspecto en borra de café, hipo, sensación de saciedad precoz, persisten las evacuaciones líquidas, pérdida progresiva de peso, motivo por el cual acude. Se realizan paraclínicos evidenciándose leucocitosis con desviación a la izquierda, hematocrito aumentado, pcr y vsg alteradas, LDH elevada, electrolitos séricos normales. Se realiza ecografía abdominal, evidenciándose engrosamiento de pared a nivel de marco cólonico derecho, con mayor énfasis a nivel de ciego, ascitis leve. Se solicita Rx abdomen simple de pie, francamente patológica, con signos radiológicos sugestivo de Obstrucción Intestinal, motivo por lo que es remitida a servicio de Cirugía General, quienes posterior a evaluación, deciden intervenir, evidenciando TU Apendicular que condicione intususcepción, zonas hipererémicas, adherencias a epiplón, motivo por el cual realizan hemicolectomía derecha, con evolución clínica posterior favorable. Reporte de anatomía patológica Adenocarcinoma Mucinoso con células en anillo de sello.

25- PUI031 NEOPLASIA PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS (TUMOR DE FRANTZ): CASO INFRECUENTE.

Uslar Diaz, Maria Chauran, Francisco Salazar, Freddy Pereira

Resumen:

Antecedentes: El tumor pseudopapilar del páncreas (TPP) es una neoplasia sólida, epitelial, de bajo grado de malignidad y escaso poder metastásico. Se observa con poca frecuencia, predominantemente en mujeres en edad reproductiva y es de etiología imprecisa. En la mayoría de los casos, cursa en forma asintomática, por lo que su diagnóstico es a menudo un hallazgo imagenológico incidental. Su tratamiento es quirúrgico. **Caso clínico:** paciente femenino, 17 años de edad, quien consultó por dolor en hipogastrio, sin síntomas asociados. El ultrasonido y la tomografía trifásica abdominal corroboraron el diagnóstico de lesión sólida en el cuerpo del páncreas. Los exámenes de laboratorio, incluyendo marcadores tumorales, no demostraron alteraciones. Se llevó a cabo pancreatectomía distal más esplenectomía laparoscópica, mostrando evolución satisfactoria. La

histopatología de la lesión fue concluyente para TPP. Durante su seguimiento, la paciente se ha mantenido asintomática, con estudios de imagen en rango normal. **Conclusiones:** En esta paciente, el procedimiento quirúrgico con intención curativa resultó efectivo, seguro y sin morbilidad asociada. El seguimiento a largo plazo es fundamental a fin de descartar la aparición de enfermedad a distancia. Palabras clave: Tumor de páncreas, tumor pseudopapilar, exocrino, tumores benignos.

26- PUI032 SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR. SERIE DE CASOS

Estyvaes Curbata, Dervis Bandrés, José Soto, Leyda Aldana

Resumen:

En vista de la baja incidencia de diagnóstico de síndrome de arteria mesentérica superior, se decide traer estas series de reporte de casos; dada la diversidad y especificidad de la presentación clínica de este síndrome el abordaje casi siempre no es rápido, porque no se piensa en primera instancia por presentarse con manifestaciones clínicas muy inespecíficas, es una entidad si bien poco frecuente, puede considerarse un reto diagnóstico así como el abordaje terapéutico que va a depender de la condición clínica del paciente. Paciente masculino de 35 de edad con dolor abdominal, llenura postprandial, distensión abdominal e hiporexia con pérdida de peso de aproximadamente 7 kg de un mes de evolución (paciente 1). De igual manera, se evalúa paciente masculino de 60 años de edad con antecedente de ADC de recto alto operado, iniciando protocolo con QRT. Presentando por efectos colaterales pérdida de peso de 15 kg, inicia vómitos postprandiales con gran contenido biliar (paciente 2); así como paciente femenino de 41 años de edad quien consulta por presentar 3 meses de evolución, episodios de vómitos postprandiales tardíos (paciente 3) y (paciente 4) con dolor abdominal en epigastrio de moderada intensidad sin atenuantes ni exacerbantes concomitante distensión abdominal meteorismo evacuaciones diarreas sin sangre ni moco. Mencionados pacientes se confirma diagnóstico de síndrome de arteria mesentérica superior a través de AngioTAC, en los cuales paciente 1, 3 y 4, se decide tratamiento quirúrgico de duodenoyeyunoanastomosis y paciente 2 manejo conservador con evolución clínica satisfactoria.

27- PUI034 TUBERCULOSIS PERITONEAL EN PUERPERIO. A PROPOSITO DE UN CASO HOSPITAL GENERAL DEL OESTE

Marianni London, Pedro Sivira, Gabriel Echeverría, Beatriz Linares, Yudexi Aponte, Samaria Marcano

Resumen:

La tuberculosis (TBC) peritoneal es una de las formas de presentación extra pulmonar de la tuberculosis, a pesar que su incidencia epidemiológica es baja; su prevalencia ha aumentado en las últimas décadas en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo. Su diagnóstico

requiere una confirmación microbiológica o histopatológica, además de pruebas radiológicas que lo apoyen. El adenosa desaminasa (ADA) como método de diagnóstico continua altamente utilizado en zonas endémicas, es sencillo, barato y rápido que nos permite tener certeza ante la sospecha de tuberculosis extrapulmonar: SNC, en pleural, peritoneal; en el diagnóstico radiológico son útiles la ecografía y la TAC abdominal, los hallazgos característicos son el engrosamiento peritoneal difuso, la presencia de ascitis en cantidades variables, adenopatías y nódulos caseificantes. En el siguiente trabajo presentamos el caso clínico de paciente femenino en puerperio mediato que presenta ascitis, ADA positivo 150 U/L y CA 125 elevado en las pruebas de laboratorio. **Palabras clave:** Tuberculosis, peritoneal, puerperio, ascitis, ADA.

28- PUI035 ICTERICIA OBSTRUCTIVA INTERMITENTE: SÍNDROME DE LEMMEL A PROPOSITO DE UN CASO

Kira leon, Rosalia Perazzo, Ligna Alvarado, Grecia Mejias

Resumen:

Introducción: El síndrome de Lemmel o ictericia obstructiva intermitente es infrecuente, descrita por primera vez en 1.934. Es la ictericia obstructiva por divertículo duodenal periampular que comprime el conducto biliar común causando dilatación retrógrada de la vía biliar intra y extrahepática. **Presentación de Caso:** masculino de 77 años de edad, referido por servicio de cirugía bajo los diagnósticos de TU de cabeza de páncreas, 3 meses previos a su ingreso inicia dolor abdominal en epigastrio de moderada intensidad autolimitado, ictericia, sensación de plenitud postprandial, coluria y acolia. Al ingreso el ultrasonido abdominal reportó dilatación de vía biliar intra y extrahepáticas, TAC de abdomen concluye dilatación vías biliares intra y extrahepáticas, a nivel del confluente biliopancreático lesión focal de aproximadamente 2.6 cm sugiriendo origen ampular vs cabeza de páncreas, EDS: ampuloma, divertículo duodenal. Evoluciona satisfactoriamente, cede dolor y desaparece ictericia y acolia. **Discusión:** El duodeno es la segunda región anatómica, después del colon, en donde con más frecuencia se presentan los divertículos gastrointestinales con incidencia del 5-10% en la población general, su prevalencia aumenta hasta en un 15-20% a los 80 años de edad. **Conclusiones:** el síndrome de Lemmel es una entidad caracterizada por una ictericia obstructiva intermitente, debida a un divertículo duodenal periampular. Debe considerarse como diagnóstico diferencial de lesiones tumorales. Las imágenes desempeñan un papel fundamental para diagnosticar el síndrome. En pacientes asintomáticos se recomienda el tratamiento conservador. La PCRE es útil para aliviar la obstrucción biliar. **Palabras claves:** divertículo duodenal, ictericia obstructiva, síndrome de Lemmel.