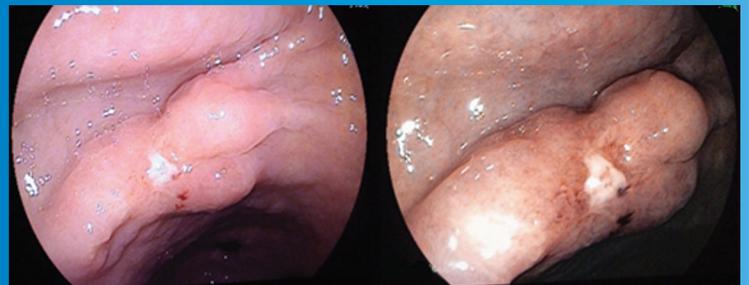


# gen

Revista de la  
Sociedad  
Venezolana de  
Gastroenterología



Ca gástrico precoz IIc + III

**PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE GASTROENTEROLOGÍA**

Fundador Dr. Joel Valencia Parparcén †  
ISSN 2477-975X Depósito Legal pp 197602CS570



**REVISTA GEN**

**Editor Director**

Juan Carlos González Durán  
Clínica El Ávila, Caracas.

**Editores Asociados**

Carlos Sánchez Sánchez  
Clínica Santiago de León, Caracas.  
Dinora Navarro  
Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, Caracas.  
Oscar González Herrada  
Clínica Santiago de León, Caracas.  
Dennys Javier Castro  
Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr  
Luis E Anderson", Táchira.

**Evaluador Metodológico**

Mariela González Tovar

**Asistente a la Redacción**

José Manuel Belisario

**Corrección de textos**

Oscar González Herrada  
Policlínica Santiago de León, Caracas.

**Comité Internacional**

Mario Anselmi (Chile)  
Víctor Arantes (Brasil)  
Celso Ardengh (Brasil)  
Andrés Cárdenas (España)  
Néstor Chopita (Argentina)  
Henry Cohen (Uruguay)  
Carolina Bolino (Argentina)  
Andrés Gelrud (USA)  
Guido Costamagna (Italia)  
Guillermo De la Mora (México)  
Oscar Frisancho (Perú)  
Anthony Kalloo (USA)  
Neyda Landaeta (España)  
Klaus Monkemuller (Alemania)  
Claudio Navarrete (Chile)  
Thierry Ponchon (Francia)  
Paulo Sakai (Brasil)  
Sergio Sobrino (México)  
Guido Villa-Gómez (Bolivia)  
Peter Vilmann (Dinamarca)

**Consejo Editorial**

Rafael Anato  
Hospital de Clínicas Caracas, Caracas.  
Virginia Armas  
Gastro Express, Caracas.  
María Teresa Arrieche  
Hospital General del Oeste Dr. José Gregorio  
Hernández, Caracas.  
Ydaly Bonilla  
Hospital de Clínicas Caracas, Caracas.

Víctor Bracho  
Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", Caracas.  
Manuel Bronstein  
Hospital Oncológico Padre Machado, Caracas.  
Manuel Carreiro  
Hospital "Dr. Domingo Luciani", Caracas.  
Rosalba Casanova  
Centro Médico Quirúrgico VidaMed, Caracas.  
Lucy Dagher  
Policlínica Metropolitana, Caracas.  
María Gabriela Delgado  
Clínica Félix Boada, Caracas.  
Carla Días  
Policlínica Santiago de León, Caracas.  
Jacobo Dib-Hernández  
Centro Médico Docente La Trinidad, Caracas.  
Marlene Domínguez  
Hospital "Dr. Domingo Luciani", Caracas.  
Alba Fonseca  
Centro Policlínico Valencia, Valencia.  
Miguel Garassini  
Centro Médico Docente La Trinidad, Caracas.  
Ioannis Giannopoulos  
Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, Caracas.  
Ileana González  
Hospital "Dr. J.M de los Ríos", Caracas.  
Celso González Marsal  
Clínica Virgen de Guadalupe, Falcón.  
Anna María Isern  
Hospital Oncológico Padre Machado, Caracas.  
Antoinette Khoury  
Centro Policlínica Valencia, Valencia.  
Maribel Lizarzabal  
Hospital Universitario de Maracaibo, Maracaibo.  
Zully Latuff  
Hospital Universitario de Maracaibo, Maracaibo.  
Yrma Linares  
Hospital de Clínicas Caracas, Caracas.  
Campo Elías Lindado  
Policlínica Paraguaná, Punto Fijo.  
Cesar Louis  
Hospital Universitario de Caracas, Caracas.  
Irma Machado  
Intediag, Caracas.  
María Nery Mazzara  
Clínica Santa Sofía, Caracas.  
Raúl Monserat  
Centro Médico de Caracas, Caracas.  
Magda Ortiz  
Centro Médico de Occidente, Maracaibo.  
Andrés Ortiz-Mendoza  
Centro Médico Quirúrgico VidaMed, Caracas.  
Reinaldo Pierre  
Clínica Luis Razetti, Barquisimeto.  
Elena Pestana  
Policlínica Metropolitana, Caracas.  
José Ramón Poleo  
Hospital de Clínicas Caracas, Caracas.  
Jenny Romero  
Policlínica Santiago de León, Caracas.  
Gisela Romero  
Hospital Universitario de Maracaibo, Maracaibo.  
José Soto  
Hospital Oncológico Padre Machado, Caracas.

Alfredo Suárez  
Clínica Acosta Ortiz, Barquisimeto.  
Doris Torres  
Hospital Miguel Pérez Carreño, Caracas.  
Alfonzo Tovar  
Instituto Médico La Floresta, Caracas.  
Antonio Vidal  
Hospital "Dr. Domingo Luciani", Caracas.  
Emerson Useche  
Hospital Central Antonio María Pineda, Barqui-  
simeto.  
Clotty Urdaneta  
Hospital Vargas de Caracas, Caracas.  
Anelsy Rivero  
Clínica Lugo, Aragua.  
Gustavo Yasin  
Centro Médico El Valle, Nueva Esparta.

**Editores Honorarios**

Atencio Morillo †  
Carmen Gioconda Zuramay  
Joel Valencia Parparcén †  
Leonardo Sosa Valencia  
Manuel Bronstein  
Marta Rodríguez  
Mercedes Alvarado  
Miguel Garassini Sierra  
Ramón Piñero  
Roberto Fogel  
Saturnino Fernández  
Simón Beker ✱  
Vicente Lecuna

**Revista indizada en:**

SCIELO Venezuela (<http://scielo.org.ve>).  
LATINDEX Directorio y Catálogo - Sistema Re-  
gional de Información en línea para Revistas  
Científicas de América Latina, El Caribe, Espa-  
ña y Portugal (<http://www.latindex.org>).  
LILACS - Literatura Latinoamericana y del Ca-  
ribe en Ciencias de la Salud (<http://www.bireme.org>).  
IMBIOMED - Índice Mexicano de Revistas Bio-  
médicas Latinoamericanas ([http://www.imbio-  
med.com](http://www.imbio-<br/>med.com)).  
LIVECS - Literatura Venezolana en Ciencias  
de la Salud (<http://www.bvs.org.ve>)  
Miembro de la Asociación de Editores de Re-  
vistas Biomédicas Venezolanas (ASEREME)  
(<http://www.asereme.org.ve/>).

**Sede:** Sociedad Venezolana de Gastroentero-  
logía. Paseo Enrique Eraso. Torre La Noria, piso  
5, oficina 5B-3. Urb. Las Mercedes. Sección San  
Román. Caracas - Venezuela. Telfs.: (58-212)  
991.67.57/26.60. E-mail: [gastrove@gmail.com](mailto:gastrove@gmail.com),  
[revistagen@gmail.com](mailto:revistagen@gmail.com)  
**Página - Web:** [www.ovegastro.org](http://www.ovegastro.org)  
**Diseño y Diagramación:** Ingrid López Mahia  
[ingridmahia@gmail.com](mailto:ingridmahia@gmail.com)



## JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE GASTROENTEROLOGÍA PERIODO 2014 - 2016

Presidente:	Cesar Louis
Vice-Presidente:	Cristóbal Betancourt
Secretario:	Jacobo Dib
Sub-secretario:	Andrés Ortiz
Tesorero:	Ramón Castillo
Vocales:	Angela La Torre Orlando Mora

J:00233997-7

### SECCIONES DE GASTROENTEROLOGÍA

#### Endoscopia

Presidente: Víctor Bracho  
Secretario: José Di Giorgio  
Vocal: Iván Malchiodi

#### Educación

Presidente: Cesar Louis  
Secretario: Ramón Castillo  
Vocal: Leyda Aldana

#### Imágenes

Presidente: Pedro García  
Secretario: Frank Figueroa  
Vocal: Lisbeth Mendosa

#### Hepatología

Presidente: Amador Guzmán  
Secretario: Roberto León  
Vocal: Héctor González

#### Neurogastroenterología

Presidente: Leonardo Villareal  
Secretario: María Antonieta Gori  
Vocal: Glenda Cedeño

#### Gastroenterología Pediátrica:

Presidente: María Teresa Artis  
Secretaria: Dianora Navarro  
Vocal: Claudio Arredondo

### CAPÍTULOS DE GASTROENTEROLOGÍA

#### Capítulo Central

Presidente: Simón Vicent  
Vicepresidente: Liliana Campos  
Secretario: José Luis Rosendo  
Tesorera: Carmen Yasmira Rojas  
Sub-tesorero: Gustavo Fernández  
Vocales: Zenaida Sánchez  
Ana Sien

#### Centro Occidental

Presidente: José Adolfo Bohórquez  
Secretario: José Ignacio Romero  
Secretario: Álvaro Ramírez  
Tesorero: Frank Figueroa  
Vocales: Marcos Mendoza  
Venus Villegas

#### Andino

Presidente: Yanett Flores  
Vicepresidente: Rossy Silva  
Secretario: José Fernando Aranguibel  
Tesorera: Zahyra Guillent  
Vocales: Alejandro De Farías  
Néstor Mora

#### Insular

Presidente: Graciliano Narváez  
Vicepresidente: Gustavo Yasin  
Secretaria: Yasmira Salazar  
Tesorera: Solangel Rodríguez  
Vocales: Noel Monsalve  
Leida Sifonte

#### Falconiano

Presidente: Laura Jiménez Rivas  
Vicepresidente: María Del Carmen Virgala  
Secretaria: Norelys Soto  
Tesorero: Celso Alejandro González  
Vocales: Eloisa Ostos de Soto  
María Cristina Hernández

#### Guayana

Presidente: Mary Clavo  
Vicepresidente: Saydeth Arredondo  
Secretaria: Yelitza Fuentes  
Tesorera: Tania Méndez  
Vocales: Judith Lozano  
Maricarmen González

#### Nor-Oriental

Presidente: Víctor González  
Vicepresidente: Juan Marichal  
Secretaria: María Teresa Artis  
Tesorera: Johanna Pillkahn  
Vocales: Claudio Arredondo  
José Gregorio García  
Iván Malchiodi

#### Zuliano

Presidente: Angela Santorsola  
Vicepresidente: Emilia Manzano  
Secretaria: Edgar Sihues  
Tesorera: María Gabriela Arteaga  
Vocales: Glenia Recio  
Irene García

#### Tachirense

Presidente: Lisbeth Mendoza  
Vicepresidente: Aroldo Chiquillo  
Secretaria: Lorena Zambrano  
Tesorero: Carlos Casanova  
Vocales: Isabel Ochoa  
Sonia Miranda  
Mercedes Ramírez

#### COORDINADOR WEB

Carlos Sánchez Sánchez

## INFORMACIÓN GENERAL

Gen es una revista periódica, órgano oficial de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología fundada en 1946. Publica trabajos originales, comunicaciones breves, artículos de revisión y casos clínicos, relacionados con todas las áreas de la Gastroenterología y afines. La aceptación y escogencia de los artículos a ser publicados se realiza mediante un sistema de arbitraje. El Comité de Redacción no se hace responsable por el contenido expresado en el trabajo publicado.

Toda comunicación referente a la revista debe ser remitida a GEN, e-mail: [revistagen@gmail.com](mailto:revistagen@gmail.com) o directamente en sus oficinas, Paseo Enrique Erazo, Torre La Noria, piso 5, oficina 5B-3, Urbanización Las Mercedes Sección San Román Caracas. Teléfonos: (0212) 991.67.57/991.26.60. Fax: 992.78.79  
Página Web: [www.sovegastro.com](http://www.sovegastro.com)

## INFORMACIÓN A LOS SUSCRIPTORES

Gen se publica trimestralmente, un volumen por año. Cada volumen consta de cuatro números y algunos suplementos adicionales.

## INFORMACIÓN A LOS AUTORES

Los trabajos remitidos para su publicación deben ser inéditos. No serán aceptados como artículos originales aquellos que contengan material que haya sido publicado previamente en otras publicaciones, a menos que hayan sido publicados en forma de resumen de menos de 400 palabras. Es necesario que junto con el manuscrito, el autor envíe una comunicación escrita haciendo constar que el artículo no ha sido publicado previamente ni ha sido enviado para publicación a otra revista. Los manuscritos serán evaluados independientemente por dos árbitros expertos en la materia, a través de un sistema doble ciego (se mantiene en confidencialidad y anonimato los autores y los árbitros). Los autores pueden sugerir el nombre de los expertos en el campo, cuya experiencia los califique para evaluar el trabajo. La aceptación del artículo estará basada en sus méritos y en la política editorial de la revista, y será tomada por el Comité de Redacción basándose en la opinión de los árbitros. Si el trabajo remitido involucra investigaciones en humanos, esta deberá haber sido realizada de conformidad con lo estipulado en la Declaración de Helsinki de 1975, y deberá contar con el consentimiento informado de los pacientes o voluntarios. Es necesario remitir junto con el manuscrito la aprobación del Comité de Ética de la institución en que fue realizada, o en su defecto de la sociedad científica correspondiente. Los trabajos pueden ser escritos en castellano, o en inglés. Deberá enviarse un Disco Compacto especificando el nombre del archivo y tres copias manuscritas, si existiesen ilustraciones enviar un solo juego. Es indispensable enviar el artículo en formato electrónico en el programa Word para Windows, tamaño carta, a doble espacio, con páginas numeradas.

## INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

Cada autor debe clasificar su trabajo en una de las siguientes categorías: artículos originales, comunicaciones breves, artículos de revisión, y casos clínicos. Las siguientes instrucciones siguen los lineamientos del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)) y de la Asociación de Editores de Revistas Biomédicas Venezolanas (ASEREME).

### 1. ARTÍCULOS ORIGINALES

Los artículos originales deben constituir un aporte significativo en el campo de la investigación clínica. No pueden exceder las 4.000 palabras y deben ordenarse de la siguiente manera:

**Título:** debe ser breve y preciso con un máximo de 15 palabras, sin abreviaturas; ordenado de lo general a lo particular que exprese el contenido del texto y que sea concordante con la Nomenclatura Internacional de las Enfermedades (OMS) para poder ser registrado en índices nacionales e internacionales. Se puede incluir un subtítulo corto (no más de 40 letras). El nombre completo particular de los autores y las instituciones a las cuales pertenecen se especificaran debajo del título.

**Resumen:** no debe tener más de 200 palabras y debe estar organizado en cuatro secciones: Introducción, Pacientes y Métodos, Resultados y Conclusiones. No debe contener abreviaturas ni referencias bibliográficas y su contenido se debe poder entender sin recurrir a ningún otro texto, tabla o figura. Se deben incluir no menos de 3 y no más de 10 palabras claves utilizando para ello los Descriptores en Ciencias de la Salud.

**Resumen en Inglés (SUMMARY):** constituye una parte indispensable del manuscrito Inglés. Tiene que ir precedido por título del trabajo en inglés, y debe tener el mismo contenido que el resumen en castellano; al final deben colocarse las palabras claves.

**Introducción:** debe exponer en forma concisa el problema y los intentos que han hecho otros autores para resolverlo, citando las referencias bibliográficas correspondientes. Debe establecer claramente los objetivos del estudio, así como la hipótesis que se pretende probar. No es necesario hacer una revisión extensa del tema.

**Pacientes y Métodos:** debe ser breve pero suficientemente claro para permitir que otro investigador pueda repetir el trabajo y/o validar las conclusiones del mismo. Se deben describir claramente los criterios de selección de los pacientes estudiados. Es recomendable que los procedimientos usados o los ya publicados sólo sean citados como referencia bibliográfica. Se debe describir los métodos estadísticos con detalle suficiente para que el lector pueda verificar los datos reportados.

**Resultados:** deben exponerse de forma clara y concisa, destacando los más relevantes. Siempre que sea posible, es recomendable el uso de las tablas que resuman hallazgos los cuales se harán referencia en el texto. Las medidas expresadas en el trabajo deben seguir el Sistema Internacional (SI) de unidades. Las cifras decimales deben colocarse con coma (,) y no con punto (.).

**Discusión:** no se debe repetir los datos expresados en la sección de Resultados. Evaluar los hallazgos y establecer en que grado contribuye a la solución del problema planteado en la introducción. Exponer los aspectos novedosos e importantes derivados del estudio, así como explicar las implicaciones de los resultados y relacionarlos con los datos de otros trabajos. Cuando sea prudente se pueden establecer hipótesis, identificándolas claramente como tales.

**Conclusiones:** deben mencionarse las conclusiones del estudio y las recomendaciones cuando ello sea pertinente.

**Cuadros y Figuras:** se presentarán en hojas individuales, numeradas consecutivamente en el orden en que debe aparecer en el texto utilizando números arábigos. Se considera figura todo lo que contenga dibujos, diagramas y fotografías. Siempre debe haber una referencia en el texto para cada una de los cuadros o figuras. Cada cuadro o figura debe ir acompañada de una leyenda que explique su contenido de tal forma que pueda ser entendida sin que sea necesario leer el cuerpo del trabajo. Las fotografías deberán ser enviadas preferiblemente en formato digital (.jpg, .tif, .gif, .bmp) o en papel brillante, contrastadas y nítidas, identificadas al dorso con una etiqueta precisando nombre del autor y número de la figura. Se debe señalar claramente con una flecha la parte superior de la misma. Cada trabajo tiene derecho a un máximo de 5 cuadros y 5 figuras. Los gráficos deben presentarse en 2D y no en 3D.

**Referencias Bibliográficas:** deben estar incluidas en el texto y numeradas en el orden consecutivo en que aparezcan, con números arábigos y entre paréntesis; mencione todos los autores cuando sean 6 o menos, y si son más de 6, mencione los tres primeros y añada "et al". No están incluidas dentro de las 4.000 palabras. El estilo de la cita debe ser el siguiente:

### a. Artículo de revista

Apellido del autor e inicial de los nombres. Título completo del artículo.

Nombre de la revista abreviado (según la International List of Periodical Title Word Abbreviations, usado en el Index Medicus Internacional). Año de la publicación seguido de punto y coma, volumen, número entre paréntesis, seguido de dos puntos: primera guión y última página del artículo citado. Ej: Unión Escamo Columnar y Metaplasia Intestinal en Esófago: Magnificación y FICE, GEN 2012; volumen 66(2):20-24.

### b. Referencia de libro

Autores en la forma indicada en el párrafo anterior. Título del libro. Casa editorial. Entre paréntesis, ciudad donde se editó el libro. Número de la edición. Año de la edición. Número de páginas del libro (p.) o primera y última página (pp.) del capítulo citado precedida del número del capítulo. Ej: Domínguez GH. El hepatocito. Editorial artística (Caracas). 2da edición. 1960:357-364.

No se pueden utilizar los resúmenes como referencias bibliográficas; así como tampoco las observaciones inéditas o comunicaciones personales. Los artículos aceptados para publicación deben llevar el nombre de la revista y añadir "en prensa".

## 2. ARTÍCULO ORIGINAL BREVE

Los artículos originales breves deben contener nueva información, su estructura es similar a la de los trabajos originales, pero no pueden exceder un máximo de 3000 palabras.

## 3. CASOS CLÍNICOS

Los casos clínicos no pueden exceder de 2.500 palabras y deben estructurarse de la siguiente manera: título, nombre de los autores, resumen, summary, palabras clave (en español y en inglés), introducción, presentación de los casos, discusión breve y 20 referencias bibliográficas.

## 4. ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Los artículos de revisión serán solicitados al autor directamente por los Editores Asociados, no deben exceder un máximo de 3.500 palabras, y estarán organizados de la siguiente manera: título y nombres de los autores, resumen y palabras clave (en español y en inglés), cuerpo del artículo (subdividido en títulos y subtítulos de acuerdo con los requerimientos del tema y del autor), y 50 referencias bibliográficas.

## 5. REVISIÓN DE ARTÍCULOS

Todo lo referente a la revisión de artículos deberá tramitarse directamente con GEN, es necesaria que la solicitud sea hecha antes o durante la impresión del número correspondiente. No podrán ser satisfechos los requerimientos de artículos recibidos posterior a la publicación de la revista. Resumen e interpretación de un Artículo de Investigación, el cual no debe exceder de 500 palabras y debe colocarse la referencia bibliográfica según las normas de Vancouver.

## CONTENIDO

### EDITORIAL

- 54** **Cáncer gástrico**  
Denny Javier Castro

### ARTÍCULOS ORIGINALES

- 55** **Calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable. Un estudio cualitativo**  
Mariela González

- 64** **Expresión de mucinas: MUC1, MUC2, MUC5AC, MUC6, HGM y CD10 en carcinomas gástricos y lesiones pre-neoplásicas adyacentes**  
Simón Peraza, Yraima Gutiérrez, Angélica Castillo, Rita Márquez, Akiko Shimizu, Gladys López, Juan Carlos Becker, Dennys Castro

- 71** **Prevalencia comparativa entre cáncer gástrico y colorrectal avanzado en una zona geográfica de alto riesgo**  
Akiko Shimizu, Denny Castro, Olga Silva, Simón Peraza

### CASO CLÍNICO

- 74** **Adenocarcinoma gástrico primario concomitante con tumor del estroma gastrointestinal (gist): reporte de dos casos**  
Akiko Shimizu, Denny Castro, Olga Silva, Simón Peraza, Juan Becker

- 78** **Trabajos presentados en el XXXVI Congreso Venezolano de Gastroenterología 2015**

### GENERALIDADES

- VIII** **Imagen del trimestre**  
Juan Carlos González Durán

## CONTENTS

### EDITORIAL

- 54** **Gastric cancer**  
Denny Javier Castro

### ORIGINAL ARTICLES

- 55** **Quality of life in patients with irritable bowel syndrome. A qualitative study**  
Mariela González

- 64** **Mucin expression: MUC1, MUC2, MUC5AC, MUC6, HGM and CD10 in gastric carcinomas and adjacent pre-neoplastic lesions**  
Simón Peraza, Yraima Gutiérrez, Angélica Castillo, Rita Márquez, Akiko Shimizu, Gladys López, Juan Carlos Becker, Dennys Castro

- 71** **Comparative prevalence between advanced gastric cancer and colorectal cancer in high risk population for gastric cancer**  
Akiko Shimizu, Denny Castro, Olga Silva, Simón Peraza

### CLINICAL CASE

- 74** **Primary gastric adenocarcinoma concomitant with gastrointestinal stromal tumor (gist): report of two cases**  
Akiko Shimizu, Denny Castro, Olga Silva, Simón Peraza, Juan Becker

- 78** **Papers presented at the XXXVI Congress Venezuelan Gastroenterology 2015**

### MICELLANEOUS

- VIII** **Images of the issue**  
Juan Carlos González Durán

WWW.SOVEGASTRO.ORG  
revistagen@gmail.com

Para consultar GEN puede  
hacerlo a través de:  
[www.imbiomed.com.mx](http://www.imbiomed.com.mx)  
[www.scielo.com](http://www.scielo.com)  
[www.bireme.br](http://www.bireme.br)  
[www.latindex.unam.mx](http://www.latindex.unam.mx)

Síguenos!



@RevistaGEN



Sociedad Venezolana  
de Gastroenterología

**gen** Revista de la  
Sociedad  
Venezolana de  
Gastroenterología

# Cáncer Gástrico

## Dr. Denny Javier Castro

Director del Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr Luis E Anderson". Expresidente de La Sociedad Venezolana de Endoscopia Digestiva (SOVED). Ex vicepresidente de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología (SVG). Expresidente de la Sección de Endoscopia de la SVG

El Cáncer Gástrico es un cáncer de alta letalidad. Ha ido disminuyendo su frecuencia a nivel mundial sin embargo todavía tiene un lugar preeminente en cuanto a mortalidad. Nuestro país tiene una tasa intermedia en cuanto a prevalencia en el mundo. No obstante debemos decir que los estados andinos (Táchira, Mérida y Trujillo) son zonas con alta prevalencia y alta mortalidad con respecto a esta funesta enfermedad. La tasa de sobrevivencia a cinco años en el estado Táchira hasta el año 1980 era del 0%.

Esta triste realidad condujo a los Dres. Luis E. Anderson y Walter Oliver a implementar un programa de tamizaje para cáncer gástrico en el estado Táchira con el fin de detectar lesiones en fase temprana y lesiones pre malignas que pudieran ser tratadas endoscópicamente y quirúrgicamente con fines curativos y por lo tanto modificar la historia natural de la enfermedad.

Este programa se implantó siguiendo el modelo Japonés que para esa fecha consistía en fluorofotografía con doble contraste y posterior endoscopia digestiva para aquellos que la ameritaban en función de los hallazgos obtenidos en la fluo-

rografía. Se estableció un convenio de cooperación técnica con el Japón la cual permitió el entrenamiento de nuestros gastroenterólogos, la donación de equipos endoscópicos y de radiología y lo más trascendente, la construcción del Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal, el cual fue inaugurado en el año 1984 en la ciudad de San Cristóbal. Nuestra experiencia ha sido presentada en múltiples congresos nacionales e internacionales. Nuestra Institución es pionera en nuestro País en el Tratamiento endoscópico del cáncer gástrico precoz tanto en la técnica de RME como la DSE.

Seguimos trabajando con ahínco a pesar de las dificultades. Hoy somos un Instituto de Gastroenterología con mucho énfasis en el área de oncología gastrointestinal. También nos hemos dedicados con mucha pasión a la formación de nuevos gastroenterólogos combinada con los trabajos de investigación clínica.

Nuestra institución ya tiene 32 años de trabajo ininterrumpido en la búsqueda del cáncer gástrico y otros problemas inherentes al área gastrointestinal. Estamos seguros que continuaremos con la misma mística, la misma humildad y el mismo afán.

# Calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable. Un estudio cualitativo

**Autor** Mariela González<sup>1</sup>

**Afiliación** <sup>1</sup>Magíster en Psicología. Universidad Simón Bolívar, Caracas - Venezuela. Candidata a Doctor en Psicología en Pontificia Universidad Católica de Chile.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2015;69(3):55-63. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 2477-975X.

Autor correspondiente: Mariela González. Correspondencia a Pontificia Universidad Católica de Chile. Av. Vicuña Mackenna #4860. Escuela de Psicología. Secretaría de Doctorado en Psicología. Macul-Región Metropolitana. Santiago de Chile.

Correo-e: mgonzalez4@uc.cl

## Resumen

**Introducción y objetivos:** En los últimos años ha aumentado el interés de estudiar qué aspectos son los que preocupan más a las personas con Síndrome de Intestino Irritable (SII) y facilitan la percepción de deterioro de la calidad de vida. El objetivo del presente estudio consiste en analizar los ámbitos afectados en la vida de pacientes con SII que asisten a terapia, mediante la información subjetiva que ellos reportan.

**Material y métodos:** Se realizaron dos sesiones en dos grupos focales de personas con SII que estaban siendo atendidas en consulta privada. A partir de un guion establecido se valoraron un total de 6 áreas abordadas en dos grupos con diferente tiempo de diagnóstico. **Resultados:** De las categorías que previamente se diseñaron en las cuales los participantes hicieron más referencia fueron: pérdida del control de su vida, miedo al rechazo, pérdida de roles sociales, alteración de las relaciones sociales y presencia de ansiedad. **Conclusión:** Necesidad de implementar estrategias que favorezcan la reducción del deterioro de la calidad de vida de personas que padezcan SII.

**Palabras clave:** calidad de vida, síndrome de intestino irritable, ámbitos afectados.

## QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME. A QUALITATIVE STUDY

### Summary

**Introduction and Objective:** In the last years the interest about the study regard to what kind of elements are the most important to people suffering from Irritable Bowel Syndrome (IBS) and facilitate the perception of decreasing their quality of life. The goal of this study is oriented to analyze the factors that have been affected in patients' life suffering from IBS and attend to therapy, using the subjective information they are able to report. **Material and Methods:** Two sessions in two focus groups of people suffering from IBS, who were being treated in private practice, were conducted. Based on a script this study took into account a total of 6 areas addressed in two groups with different time diagnostic value. **Results:** Regarding the categories previously designed in which the people involved made further reference were: loss of control of their life, fear of rejection, loss of social roles, disturbance of social relationships and the presence of anxiety. **Conclusion:** There is a need to implement strategies in order to improve the life of people suffering from IBS, minimizing the worsening of their quality of life and giving them the possibility of a more comfortable and happy way to live their life.

**Key words:** quality of life, irritable bowel syndrome, factors affected.

## Introducción

El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno funcional del tracto gastrointestinal, caracterizado por síntomas crónicos y recurrentes tales como dolor abdominal, flatulencia y sensación de evacuación incompleta, acompañado de cambios en la frecuencia y consistencia de las heces.<sup>1</sup>

Según los criterios de Roma III, el SII se diagnostica por la presencia de dolor o molestia abdominal recurrente que debe estar presente al menos tres días por mes en los últimos 3 meses y asociarse a dos o más de los siguientes aspectos: mejora con la defecación; el comienzo está asociado con un cambio en la frecuencia o/y cambio en la consistencia de las deposiciones.<sup>2</sup> En base a estos criterios, existen tres subtipos de SII que se establecen en relación a la consistencia de las deposiciones evaluada según la escala de Bristol, los pacientes pueden quejarse de diarrea, estreñimiento o alternancia entre los dos extremos.<sup>3</sup>

El SII es un trastorno muy frecuente, las investigaciones realizadas han sugerido que lo padece más del 22% de la población occidental, siendo también la causa de consulta más frecuente en gastroenterología (entre el 40 y el 70% de las consultas).<sup>4</sup>

La distribución por género del SII en Latinoamérica es de 2 a 4 mujeres por cada hombre, afectando aproximadamente a un 15% de las mujeres y a 5% de los hombres.<sup>5</sup> Específicamente en Venezuela, la prevalencia del SII es de 16.80%, siendo el subtipo mixto el predominante con un 46.83% y el sexo femenino el más afectado con un 81.6%.<sup>3</sup> Mientras que en Estados Unidos, la prevalencia es del 8.7% en mujeres y 6.2% en hombres; y los subtipos de SII se distribuyen en subtipo estreñimiento: 37.4%, subtipo diarrea: 14.3%, subtipo mixto: 29.7%.<sup>6</sup>

La etiología del SII es aún materia de investigación, al no encontrarse causa anatómica alguna, su diagnóstico a pesar de contar con los criterios de Roma III, se hace por exclusión de patologías orgánicas. Es por ello que algunas investigaciones hablan que el desencadenamiento y el agravamiento de la elevada motilidad gastrointestinal pueden estar explicados por factores emocionales, la dieta, los fármacos, la variación en la actividad hormonal etc.<sup>7</sup>

Por otra parte, el SII además de ser considerado como una alteración del intestino, es visto igualmente como una alteración biopsicosocial. Siguiendo esta línea, son muchos los autores que han encontrado importantes correlaciones entre la sintomatología del SII y factores psicosociales;<sup>8-10</sup> esto dado al desarrollo de una serie de conductas relacionadas con los síntomas en los diversos sistemas de respuesta, no sólo el fisiológico sino, por supuesto, el cognitivo y también conductual.<sup>11-13</sup>

Esta serie de conductas trae como consecuencias la afectación de la calidad de vida de los pacientes con SII, principalmente porque se alteran sus percepciones de salud y enfermedad, y el estado funcional con relación a su padecimiento.<sup>4,14-17</sup>

Las percepciones que tiene el paciente con SII acerca de cómo su condición afecta su cotidianidad y desenvolvimiento en diversas áreas ha sido abordado en algunos estudios. Un

ejemplo es el trabajo de González & De Ascencio<sup>7</sup> quienes exploraron la relación entre algunos factores psicosociales y el SII, realizando una entrevista en la que se describía la sintomatología experimentada, los hábitos alimenticios, eliminatorios, laborales, sexuales y su manejo emocional.

Estos autores encontraron que en los hábitos de alimentación, las variaciones estaban asociadas con realizar dietas ricas en fibra y líquidos que se vieron obligados a adoptar a consecuencia del trastorno. Los hábitos de eliminación se afectaron debido a que los pacientes presentaban síntomas tales como ardor, picazón y malestar general al evacuar. Los hábitos sexuales variaron debido a que los malestares disminuyeron la frecuencia, duración de las relaciones, así como las posiciones llevadas a cabo por éstos. Con respecto al manejo de las emociones, encontraron que los indicadores más relevantes en los pacientes con SII fueron irritabilidad y deseos de llorar.

A partir de esto, según lo planteado por Tobon et al.<sup>17</sup> se señala que la calidad de vida no se ve deteriorada solamente por la severidad de los síntomas, sino por su relación con otros factores que están presentes en el paciente con SII y que podrían a su vez ser los predictores más importantes de la calidad de vida de éstos.

En relación a esto, se han diseñado estudios con el objetivo de determinar si el deterioro en la calidad de vida en estos pacientes depende de la severidad de los síntomas o del estrés psicológico.<sup>18</sup> Un estudio pionero en pacientes con SII atendidos en centros clínicos sugirió que la calidad de vida está más relacionada con el estatus psicológico que con la severidad de los síntomas del SII.<sup>19</sup>

Mientras que otros trabajos plantean que tanto la severidad de los síntomas como el estado psicológico, afectan distintos aspectos de la calidad de vida.<sup>20-23</sup> Severidad que se determina por la intensidad, frecuencia, grado de dificultad para realizar ciertas actividades y frecuencia de utilización de los servicios de salud por parte del paciente con SII; permitiendo así clasificar al síndrome en algunos niveles: en leve (síntomas infrecuentes con poca discapacidad), moderado (puede interferir ocasionalmente con las actividades diarias), y severo (con síntomas que afectan considerablemente las actividades cotidianas y la calidad de vida).<sup>18</sup>

Sea un tipo u otro de alteración, el paciente con SII aprende un comportamiento enfermizo que en terapia se trata de modificar para de esa forma mejorar la competencia de la persona para amortiguar así, la activación fisiológica y manejar las situaciones de estrés que se exacerban con los índices de ansiedad que manifiesta en el 40 a 60% de estos pacientes.<sup>24</sup> El hecho de identificar qué aspectos son los que preocupan más a las personas con SII y facilitan la percepción de deterioro de la calidad de vida, resulta de utilidad para implementar estrategias que favorezcan la reducción del comportamiento enfermizo que pueden desplegar estas personas en sus diferentes ámbitos de vida. Es por ello, que el objetivo planteado en este estudio es analizar los ámbitos afectados en la vida de las personas con SII que asisten a terapia, mediante la información subjetiva que ellos reportan.

## Pacientes y Métodos

Se trata de un estudio cualitativo realizado a partir de la información adquirida en grupos focales realizados en la ciudad de Caracas - Venezuela.

Los sujetos que participaron fueron 20 pacientes diagnosticados con SII, con edades comprendidas entre 25 y 55 años, predominantemente del género femenino (**Cuadro 1**).

**Cuadro 1** Datos Participantes

Edad / Sexo	Edo. Civil	Profesión u Ocupación	Tiempo de Diagnóstico
40/F	Divorciada	Lic. Educación	3 años
55/F	Divorciada	Médico	6 años
51/F	Casada	Ama de Casa	7 años
30/F	Soltera	Ingeniero	1 año
32/F	Casada	Ingeniero	11 meses
26/M	Soltero	Diseñador Gráfico	1 año
33/F	Soltera	Lic. Geografía	4 años
35/F	Casada	Ingeniero	5 años
40/F	Divorciada	Veterinario	9 años
36/M	Soltero	Ingeniero	6 años
41/F	Divorciada	Odontólogo	1 año
35/M	Soltera	Ingeniero	7 días
41/F	Casada	Recepcionista	6 años
55/F	Casada	Ama de Casa	1 año
32/M	Soltera	Lic. Turismo	7 años
46/M	Casado	Lic. Informática	10 años
34/F	Casada	Ingeniero	7 años
38/F	Casada	Administrador	8 años
42/F	Casada	Odontólogo	4 años
39/F	Casada	Lic. Historia	7 años

El estudio se realizó en la sala de terapia donde se realiza la atención terapéutica a pacientes con enfermedades digestivas funcionales, que son remitidos por médicos gastroenterólogos. Previamente, a cada una de estas personas, se les informó sobre el estudio y se verificó con la historia clínica que cumplieran con el diagnóstico de SII; posteriormente, se les solicitó su colaboración para participar en el estudio.

La bibliografía indica que el tiempo de diagnóstico resulta ser un factor diferencial en la valoración de los síntomas y sus consecuencias en la rutina diaria de la persona, por este motivo se clasificaron al total de pacientes en dos grupos: pacientes que tuvieran el diagnóstico desde más de 5 años, y pacientes que tuvieran el diagnóstico con menos de 5 años.

## Procedimiento

El grupo focal es una técnica que se utiliza en investigación cualitativa la cual permite ponerse en contacto con las ideas de las personas que participan en la actividad. La técnica consiste en hacer grupos homogéneos y no dirigidos en los que los participantes pueden conversar sobre el tema indicado dentro de un ambiente informal.

Aunque no son dirigidos, el coordinador de cada uno de los grupos focales contaba con un guion temático para estructurar la sesión y sugerir los temas que se considerarían relevantes para la evaluación del objeto de estudio (**Cuadro 2**).

Este guion temático fue elaborado a partir de la bibliografía sobre el tema y de la propia experiencia, y fue revisado por un experto en el área de la gastroenterología que recomendó hacerle algunos cambios.

Se llevaron a cabo dos sesiones en cada uno de los dos grupos. A los cuales asistieron un terapeuta que guiaba la sesión y un pasante que se encargaba de anotar las observaciones de las conductas de cada uno de los miembros del grupo. La duración de las sesiones fue de aproximadamente una hora y media. Cada una de ellas se grabó y fueron, posteriormente, transcritas.

## Análisis de datos

Se realizó una categorización a partir de los comentarios de los participantes en las siguientes categorías y temáticas incluidas en el guion de los grupos focales: pérdida del control de su vida, miedo al rechazo, pérdida de roles sociales, alteración de las relaciones sociales, SII visto como un cáncer, sensación de ansiedad.

**Cuadro 2** Guion de Entrevista

Partes	Temática	Contenido/Actividad/Preguntas
Introducción	Breve presentación del moderador.	Entrega del consentimiento para participar en la actividad. Agradecimiento por la participación.
	Presentación del trabajo: Explicación del objetivo del estudio, de la actividad a realizar, y de la forma de realización.	Explicación de los objetivos y de las normas para participar en la actividad.
Desarrollo de las categorías	Pérdida del control de su vida	¿Cómo percibe que es su vida desde que fue diagnosticado? ¿Cree que controla su vida y sus síntomas? ¿Ha notado algún cambio en dicho control?
	Miedo al rechazo	¿Cómo ha afectado el SII su contacto con otras personas? ¿Desde que fue diagnosticado las demás personas lo tratan diferente? ¿Se relaciona de la misma manera desde que fue diagnosticado? ¿Les ha dicho a las demás personas que tiene SII?
	Pérdida de roles sociales	¿Actualmente trabaja/ tiene pareja/tiene amistades? ¿Ha perdido su trabajo/pareja/amigos por tener SII? ¿Cómo es su rutina o vida en el trabajo/con la pareja/con amigos? ¿Ha tenido algún problema en el trabajo/con la pareja/con amigos desde que padece SII?
	Alteración de las relaciones sociales	¿Cómo actuaron tus amigos/ familiares/ compañeros de trabajo, cuando supieron tu diagnóstico? ¿Cómo se portan tus familiares/ compañeros de trabajo/amigos cuando tienes un síntoma? ¿Has perdido amigos/pareja desde que tienes SII?
	El SII es un cáncer	¿Sabes lo que es el SII? ¿Sabes cómo se trata el SII? ¿El SII tiene cura? ¿La persona puede perder su vida por el SII?
	Sensación de ansiedad	¿Ha notado si su corazón late algunas veces más deprisa de lo habitual? ¿Ha estado usted ansioso o preocupado por muchas cosas en la mayoría de los días/por sus síntomas? ¿Ha manifestado inquietudes o sobresaltos? ¿Ha experimentado dolor o contractura muscular? ¿Se considera demasiado atento a los sucesos que ocurren a su alrededor y en su propio cuerpo? ¿Se siente por momentos agitado?
Despedida	Despedida y agradecimientos	Se les da las gracias a los participantes por tomarse el tiempo de formar parte del estudio.

## Resultados

Los pacientes que participaron en los grupos focales fueron un total de 10 personas para el primer grupo (que tuvieron el

diagnóstico desde más de 5 años) y 10 para el segundo (que tuvieron el diagnóstico con menos de 5 años).

El total de mujeres de la muestra fue de 15 (75%), 8 mujeres en el primer grupo y 7 en el segundo, respectivamente.

Para analizar los comentarios registrado durante la realización de los grupos focales, se realizaron reuniones de trabajo. De las categorías que previamente se diseñaron en las cuales los participantes hicieron más referencia fueron: pérdida del control de su vida, miedo al rechazo, pérdida de roles sociales, alteración de las relaciones sociales y presencia de ansiedad. A partir de las cuales, se detallaron los comentarios que se relacionaron con el deterioro en la calidad de vida que surgieron en los grupos para cada una de las categorías que se comentaron.

La categoría pérdida del control en su vida, los comentarios generados en los grupos se relacionan con la pérdida de la confianza en sí mismo y en sus capacidades ("yo no controlo ya mi cuerpo", "no puedo hacer nada", "quién puede vivir con esto" (**Cuadro 3**). Asimismo, se observa que los participantes reportan sentir que logran tener cierto control de su cuerpo siempre y cuando se tomen el medicamento ("he visto mejorías desde que inicié este último tratamiento pero tengo que tomármelas", "las pastillas me ayudan pero siento que soy un enfermo") (**Cuadro 3**).

**Cuadro 3** Comentarios en la categoría pérdida de control

Subcategoría	Algunos comentarios de los participantes
Pérdida de confianza en sí mismo	"yo no controlo ya mi cuerpo" "siento que no puedo" "me siento que he retomado algunas cosas de mi pero pero no..." "quién puede vivir con esto"
Pérdida de confianza en sus capacidades	"no puedo hacer nada" "puedo tu me entiendes pero a veces mi cuerpo no me ayuda"
Pérdida de control (medicación)	"si no me tomo mis pastillas no tengo control de mi cuerpo" "he visto mejorías desde que inicié este último tratamiento pero tengo que tomármelas" "las pastillas me ayudan pero siento que soy un enfermo" "he mejorado con lo que me recomendó el médico pero al dejarlo de tomar empieza la cruz".

Con relación a la categoría de miedo al rechazo, aparece la tendencia a plantear que la sociedad no lograría entender los síntomas que la persona por tener el diagnóstico, debe de afrontar cada día ("cómo le puedes hablar que vas otra vez al baño", "qué harían si te escuchan un gas"); y por otra parte,

la tendencia de no hablar de su diagnóstico ("si yo mismo aun no entiendo lo que tengo, cómo se lo voy a explicar a los otros", "les hablo del síndrome y empiezan las preguntas", "prefiero no decir nada y decir que tengo gastritis en vez de decir la verdad") (**Cuadro 4**).

**Cuadro 4** Comentarios en la categoría miedo al rechazo

Subcategoría	Algunos comentarios de los participantes
Tendencia a la discriminación	"cómo le puedes hablar que vas otra vez al baño" "qué harían si te escuchan un gas" "al principio dejé de comer y me puse muy flaco y me veían como extraño, tu sabes" "estoy enfermo pero no me trates como enfermo"
Tendencia a ocultar el diagnóstico	"si yo mismo aun no entiendo lo que tengo, cómo se lo voy a explicar a los otros" "les hablo del síndrome y empiezan las preguntas" "prefiero no decir nada y decir que tengo gastritis en vez de decir la verdad" "tengo más de 6 años con estoy y a casi nadie se lo he dicho... según ellos vivo en dieta"

El **Cuadro 5**, contiene algunos comentarios relacionados a la pérdida de roles sociales. Se observa que la pérdida de roles sociales se fundamenta en la pérdida de amistades ("ya no tengo amigos porque no salgo", "mis amigos me decían que vivía enferma"); relaciones de pareja ("no puedes involucrarte con alguien", "qué persona va a querer estar conmigo", "ya no puedo tener buenas relaciones sexuales"). Igualmente,

hicieron referencia a la pérdida de empleo ("no puedo tener un trabajo", "muchas veces no puedo asistir al trabajo", "no completo la jornada de trabajo", "no puedo permitirme compartir el baño con mis compañeros de trabajo"). Además, se destacan los comentarios de las personas evaluadas en relación a una percepción de sí mismo antes y después del diagnóstico ("después de tener esto ya no eres la misma").

**Cuadro 5** Comentarios en la categoría pérdida de roles sociales

Subcategoría	Algunos comentarios de los participantes
Trabajo	"no puedo tener un trabajo", "muchas veces no puedo asistir al trabajo" "no completo la jornada de trabajo" "no puedo permitirme compartir el baño con mis compañeros de trabajo"
Pareja	"no puedes involucrarte con alguien" "qué persona va a querer estar conmigo" "ya no puedo tener buenas relaciones sexuales" "no somos la misma pareja pero hacemos otras cosas" "él me dice que no importa pero a veces no quiero que me toque" "terminó la relación porque no me entendía... yo cambié... él cambió"
Amigos	"ya no tengo amigos porque no salgo" "mis amigos me decían que vivía enferma" "hay amigos que saben y te ayudan pero otros que que son otro problema"

Por otra parte, los comentarios recogidos en la categoría de las relaciones sociales, tiene relación con lo mencionado en la categoría anterior, dado que en ésta se recogen más observaciones en cuanto a cómo los pacientes han dejado de

tener amistades ("me alejé para no ser un problema", "mis amigos me decían que ya no era el mismo", "hay amigos que saben y te ayudan pero otros que que son otro problema") (**Cuadro 6**).

**Cuadro 6** Comentarios en la categoría pérdida de roles sociales

Subcategoría	Algunos comentarios de los participantes
Amistades	"me alejé para no ser un problema" "mis amigos me decían que ya no era el mismo" "hay amigos que saben y te ayudan pero otros que son otro problema" "yo salgo pero ya no bebo ni como... he cambiado... ellos cambian" "hay amigos que si y otros que no, yo he aprendido a elegir a los amigos"

La categoría de sensación de ansiedad recoge observaciones centradas en haber experimentado agitación, preocupación y ansiedad en exceso, inquietudes y sobresaltos, además de dolores de cabeza y contractura muscular ("uno se siente ansioso cuando te da la crisis", "yo al menos estoy inquieta porque al no conseguir todo el tratamiento uno

siente que que que como vas a ir para atrás", "ayer fue uno de esos días... no me pude para por los dolores, caminaba lento porque casi (risas) no podía ni eso", "antes sentía que el corazón se me salió de la boca pero ya después de tanto aprendes a llevarlo... o él te lleva a ti (risas)", "si he sentido pero va pasando") (**Cuadro 7**).

**Cuadro 7** Comentarios en la categoría sensación de ansiedad

Subcategoría	Algunos comentarios de los participantes
Ansiedad	<p>“uno se siente ansioso cuando te da la crisis”</p> <p>“yo al menos estoy inquieta porque al no conseguir todo el tratamiento uno siente que como vas a ir para atrás”</p> <p>“ayer fue uno de esos días... no me pude para por los dolores, caminaba lento porque casi (risas) no podía ni eso”</p> <p>“antes sentía que el corazón se me salió de la boca pero ya después de tanto aprendes a llevarlo... o él te lleva a ti (risas)”, “si he sentido pero va pasando”</p> <p>“si, si, así me siento”</p> <p>“tuve días que sentía eso pero ya no”</p> <p>“necesito respirar a veces y a dejar la apuradera”</p>

Para finalizar, cabe mencionar que en la categoría del SII visto como un cáncer, se registró que la totalidad de los participantes manifestaron tener conocimiento sobre su padecimiento y pudieron establecer las diferencias entre el SII y el cáncer.

**Discusión**

La evaluación de la calidad de vida percibida por pacientes con SII mediante la técnica de grupos focales permitió obtener información sobre los ámbitos que éstos perciben más afectados en su vida tras ser diagnosticados con el síndrome.

Los aspectos destacados de los grupos es la pérdida de roles sociales lo que hace que esto influya negativamente en aspectos como mantener un empleo, las relaciones sociales y las sentimentales.

Estos datos coinciden con los factores que se destacaron en los trabajos presentados en el Consenso Latinoamericano sobre el SII5, que plantearon que lo pacientes con SII presentaban perturbaciones de su calidad de vida dando como resultado trastornos en sus relaciones sociales, déficit funcional en trabajo, perjuicio en el entretenimiento y limitaciones en la actividad sexual.

A partir de esto, resulta importante realizar trabajos en un futuro que aborden los estilos de afrontamiento del sujeto, así como también planteen la necesidad de incluir en la terapéutica del SII, técnicas que faciliten la incorporación de elementos distractores en la rutina del paciente, por ejemplo: actividades fuera del hogar, realización de cursos, etc., que permitan reducir la atención que el paciente puede centrar en los síntomas de su padecimiento.

Como también, resalta la necesidad de estudiar el papel del manejo de contingencias que está presente en las personas que rodean al paciente, en especial ante sus verbalizaciones de dolor o molestia, para de esa forma analizar los cambios que puede éste experimentar en sus relaciones sociales pero también en su vida sexual.<sup>7,25</sup>

En relación al miedo al rechazo por padecer SII, resulta importante destacar la visión que tienen en especial las personas con SII de lo cree la sociedad sobre ellos o sobre el

diagnóstico. Para las personas que participaron en los grupos resultó relevante no aclarar lo que implica padecer SII, debido a que la sociedad según la perspectiva de ellos, no lograría entender o creer cada uno de los síntomas que puede tener la persona diagnosticada con SII. Esto hace que se plantee la necesidad de implementar campañas informativas para la comunidad, y así las personas sepan qué es el SII, qué pueden sufrir las personas que lo padecen así como también qué estrategias podrían llevarse a la práctica para promover una mejor actitud ante este padecimiento.

Ahora bien, se evidencia que la mayoría de los pacientes son personas que han experimentado fatiga, taquicardia, agitación, preocupación y ansiedad en exceso, inquietudes y sobresaltos, además de mareos, dolores de cabeza y contractura muscular. En síntesis, parecieran ser personas con elevados niveles de ansiedad, lo que subraya una vez más, la asociación entre ansiedad y trastornos digestivos, específicamente con el SII el cual es detectado en un margen del 40 a 60% de los pacientes diagnosticados.<sup>4,26-29</sup>

No obstante, aún no se sabe si esta ansiedad es la que propicia y/o mantiene la sintomatología del SII, o si más bien resulta como consecuencia de padecer del diagnóstico. Esto constituye una temática que al ser aclarada daría respuestas acertadas con relación al papel del componente psicológico en el SII, explicando de esta forma si la ansiedad impulsa al desarrollo del síndrome o si por el contrario es desencadenada por éste.

Un aspecto que resulta clave mencionar, es que la mayoría de los pacientes que participaron en el estudio fueron mujeres, las cuales pueden vivenciar una vinculación entre los períodos de ovulación y menstruación con el aumento de los síntomas del SII, lo que lograría corroborar los resultados obtenidos en un estudio presentado en el Consenso Latinoamericano sobre el SII5, en el que plantearon que el 40% de las mujeres refieren un aumento de la sintomatología durante el ciclo menstrual, acentuando con esto, la necesidad de establecer una diferencia entre los géneros, al detectarse que el género femenino llegaría a presentar discrepancias en la percepción de los síntomas del SII.

Asimismo, otro elemento que llegaría a afectar dicha percepción, sería el diagnóstico de Menopausia, quienes al no tener períodos de ovulación y menstruación, no logran percibir la relación entre estos y la exacerbación de sus síntomas, pudiéndose ver en ellas específicamente la afectación en otros aspectos de su vida como los ya mencionados anteriormente. Por otro lado, la literatura ha planteado que el compromiso en las actividades diarias del paciente con SII estaría vinculado con la severidad de los síntomas, y de que una respuesta terapéutica satisfactoria del síndrome llevaría consigo a una mejoría en éstas.<sup>14</sup> Sin embargo, llama la atención de que sin importar el tiempo desde que fueron diagnosticados los participantes del estudio, presentan reportes similares en relación al deterioro de su calidad de vida.

Los resultados de esta investigación permitieron explorar y describir qué factores son los que el paciente diagnosticado con SII, ve que se encuentran afectados por su padecimiento, y así mismo, contribuyó a subrayar la necesidad de implementar estrategias que favorezcan la reducción del deterioro de la calidad de vida de estas personas.

## Clasificación

Área: psicología y síndrome de intestino irritable.

Tipo: clínico.

Tema: calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable.

Patrocinio: sin patrocinio.

## Referencias Bibliográficas

1. Thompson W, Longstreth G, Drossman D, Heaton K, Irvine E, Müller-Lissner. Functional Bowel Disorders and Functional Abdominal Pain. *Gut*. 1999;1133-1147.
2. Hungin AP, Molloy-Bland M, Claes R, Heidelbaugh J, Cayley Jr WE, Muris J, et al. Systematic review: the perceptions, diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care - A Rome Foundation Working Team Report. *Aliment Pharmacol Ther*. 2014;40:1133-1145.
3. Veitia G, Pernalet B, Cachima L, Manuitt J, La Cruz M, Da Farias A, et al. Prevalencia del síndrome intestino irritable en la población adulta venezolana. *GEN* 2013;67(3):139-144.
4. Huerta I, Valdovinos M, Schmulson M. Irritable Bowel Syndrome in Mexico. *Digestive Diseases*. 2001;19:251-257.
5. Palsson OS, van Tilburg MA, Spiegel BM, et al. Irritable Bowel Syndrome (IBS) prevalence in the U.S. general population: results from the Rome Normative Gastrointestinal Symptoms Survey (RNGSS). *Gastroenterology*. 2014;146:S179.
6. Consenso Latinoamericano sobre Síndrome de Intestino Irritable. XXVII Congreso Panamericano de Enfermedades Digestivas. 2003; Punta del Este (Uruguay).
7. González M, De Ascencao M. Síndrome de intestino irritable. Aspectos psicológicos. *Revista de la facultad de medicina de la Universidad Central de Venezuela* 2005;28(2):139-145.
8. Corney R, Stanton R. Physical symptom severity, psychological and social dysfunction in a series of outpatients with irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*. 1990;34:169-173.
9. Sánchez V, Comeche M, Mas Hesse B. Resumen de Entrenamiento en inoculación de estrés en un caso de Síndrome de Intestino Irritable. *Acción Psicológica* 2002;1(1):71-80.
10. Whitehead W, Schuster, M. *Gastrointestinal disorders*. Londres: Academic Press; 1985.
11. Drossman D. Irritable bowel syndrome: The role of psychosocial factors. *Stress Medicine*. 1994;10:49-55.
12. Dalton C, Drossman D. Diagnostic and treatment of the irritable bowel syndrome. *American Family Physician*. 1998;5(3):140-149.
13. Fowlie S, Eastwood M, Ford M, Irritable bowel syndrome: The influence of psychological factors on the symptom complex. *Journal of Psychosomatic Research* 1992;2(36):169-173.
14. Hou X, Chen S, Zhang Y, Sha W, Yu X, Elsayah H, et al. Quality of life in patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS), assessed using the IBS-Quality of Life (IBS-QOL) measure after 4 and 8 weeks of treatment with mebeverine hydrochloride or pinaverium bromide: results of an international prospective observational cohort study in Poland, Egypt, Mexico and China. *Clin Drug Investig*. 2014;34(11):783-793. doi: 10.1007/s40261-014-0233-y.
15. Johansson PA, Farup PG, Bracco A, Vandvik PO. How does comorbidity affect cost of health care in patients with irritable bowel syndrome? A cohort study in general practice. *BMC Gastroenterol*. 2010;10:31.
16. Michalsen V.L, Vandvik P, Farup P. Predictors of health-related quality of life in patients with irritable bowel syndrome. A cross-sectional study in Norway. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2015;13:113. doi: 10.1186/s12955-015-0311-8
17. Tobon S, Sadin B, Vinaccia S. Trastornos gastrointestinales: psicopatología y tratamientos psicológicos. Madrid: Klinik; 2005.
18. Molano J. Calidad de vida en el síndrome de intestino irritable. *Asociación Colombiana de gastroenterología*. 2003;18(3):25-27.
19. Hahn BA, Kirchdoerfer LJ, Fullerton S, Mayer E. Patient-perceived severity of irritable bowel syndrome in relation to symptoms, health resource utilization and quality of life. *Aliment Pharmacol Ther*. 1997 Jun; 11(3):553-559.
20. Agarwal N, Spiegel BM. The effect of irritable bowel syndrome on health-related quality of life and health care expenditures. *Gastroenterol Clin North Am*. 2011;40(1):11-19.
21. Ringel Y, Williams RE, Kalilani L, Cook SF. Prevalence, characteristics, and impact of bloating symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2009;7(1):68-72.
22. Mearin F, Baró E, Roset M, Badía X, Zárata N, Pérez I: Clinical patterns over time in irritable bowel syndrome: symptom instability and severity variability. *Am J Gastroenterol* 2004; 99:113-121. doi: 10.1046/j.1572-0241.2003.04023.x
23. Tillisch K, Labus JS, Naliboff BD, Bolus R, Shetzline M, Mayer EA, Chang L. Characterization of the alternating bowel habit subtype in patients with irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2005; 100:896-904. doi: 10.1111/j.1572-0241.2005.41211.x.

24. Schmulson, M. Síndrome de colon irritable: ¿Hay una terapéutica eficaz? En: Valdovinos M, Milke P, Uscanga L. Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Basadas en Evidencias. México: Masson Doyma; 2002.

25. González M, García E, Fernández C. Intervención Conductual en el Síndrome de Intestino Irritable: Dos Estudios Clínicos. *Psicothema*. 1992;4(2):513-530.

26. Dumitrascu D. Anxiety is correlated with rectal hypersensitivity in irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*. 2003;55:133-145.

27. Gros D, Anthony M, McCabe R, Swinson R. Frequency and severity of the symptoms of irritable bowel syndrome across the anxiety disorders and depressions. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008;23:290-296.

28. Roy-Byrne P, Davidson K, Kessler R, Asmundson G, Goodwin R, Kubzansky L, et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry*. 2008;30:208-225.

29. Vázquez I, Romero R, Aguilar J, García I. Trastorno del afecto. ¿Factor de riesgo para padecer trastornos funcionales digestivos?. *Rev Gastroenterol Mex*. 2000;65(1).



SÍGUENOS!



@sovegastro



Sociedad Venezolana de  
Gastroenterología

o visítanos en nuestro portal Web  
[www.sovegastro.org](http://www.sovegastro.org)

**Envíanos tus sugerencias y entérate  
de nuestras más recientes actividades!**

Inscríbete en la Sociedad Venezolana de  
Gastroenterología y goza de  
innumerables beneficios:

- \* Recibe nuestros ejemplares educativos e informativos: GEN, Notigen y Notigen Digital
- \* Participa en las actividades de las secciones y los capítulos
- \* Inscríbete en el Fondo de Previsión Social
- \* Participa gratis o con descuento en nuestros congresos anuales.

Entre otros, que te mantendrán  
al día con las últimas tendencias.

# Expresión de mucinas: MUC1, MUC2, MUC5AC, MUC6, HGM y CD10 en carcinomas gástricos y lesiones pre-neoplásicas adyacentes

**Autores** Simón Peraza,<sup>1</sup> Yraima Gutiérrez,<sup>2</sup> Angélica Castillo,<sup>2</sup> Rita Márquez,<sup>3</sup> Akiko Shimizu,<sup>4</sup> Gladys López,<sup>1</sup> Juan Carlos Becker,<sup>1</sup> Dennys Castro<sup>5</sup>

**Afiliaciones** <sup>1</sup>Anatomopatólogo del Centro Control de Cáncer Gastrointestinal. Dr. Luis Anderson. <sup>2</sup>Biólogo del Centro Control de Cáncer Gastrointestinal. Dr. Luis Anderson. <sup>3</sup>Gastroenterólogo del Hospital San Giovanni di Dio di Fondi, Italia. <sup>4</sup>Gastroenterólogo adjunto del Centro Control de Cáncer Gastrointestinal. Dr. Luis Anderson. <sup>5</sup>Gastroenterólogo. Director del Centro Control de Cáncer Gastrointestinal Dr. Luis Anderson.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2015;69:(3):64-70. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 2477-975X.

Autor correspondiente: Simón Peraza. Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal. Dr. Luis E Anderson. San Cristóbal, Estado Táchira, Venezuela.

Correo-e: sidape@gmail.com

## Resumen

**Introducción:** Las mucinas son glicoproteínas y desempeñan funciones biológicas. Diversas anomalías genéticas y epi-genéticas han sido descritas en el cáncer gástrico. El objetivo de la investigación fue observar la inmun-expresión de mucinas en cánceres difusos e intestinales y las lesiones pre-neoplásicas limítrofes.

**Métodos:** Se evaluaron 18 cánceres difusos (56.3%) y 14 intestinales (43.7%) y las lesiones precursoras adyacentes al cáncer gástrico. Se realizó inmunohistoquímica para los siguientes marcadores: MUC-1, MUC-2, MUC5-AC, MUC-6, HGM y CD10.

**Resultados:** La inmun-expresión fue: MUC-1 (54.5%), de los cánceres intestinales y (45.5%) de los cánceres difusos. MUC-2 (50%) de los cánceres difusos y (50%) de los cánceres del tipo intestinal. MUC-5AC (39.3%) del tipo difuso (60.7%) del tipo intestinal. HGM (37.5%) del tipo intestinal y (62.5%) del tipo difuso. MUC-6 (57.9%) del tipo difuso (42.1%) los del tipo intestinal. CD10 (55.6%) del tipo intestinal, y (44.4%) en los difusos. En las lesiones precursoras adyacentes al cáncer gástrico la MUC-1 se inmun-expresa en metaplasia intestinal (9.7%). MUC-2 (83.9%) en metaplasia intestinal. MUC5-AC (90,6%) en foveolas MUC-6 (100%) positiva en glándulas. CD10 (54.8%) positiva en metaplasia intestinal. HGM (75%) en foveolas y el (64.5%) en metaplasia intestinal. MUC-6 (100%) en glándulas profundas y (64,5%) en metaplasia intestinal. Las displasias expresaron MUC-2 y MUC-5AC, en el 80% y 100% respectivamente.

**Conclusiones:** La inmunotipificación del cáncer gástrico permitirá una clasificación más exacta de los tumores así

como la identificación de posibles dianas terapéuticas y su relación con factores genético y epigenéticos.

**Palabras clave:** carcinoma gástrico, difuso, intestinal, metaplasia intestinal, displasia, inmun-expresión, mucina.

**MUCIN EXPRESSION: MUC1, MUC2, MUC5AC, MUC6, HGM AND CD10 IN GASTRIC CARCINOMAS AND ADJACENT PRE-NEOPLASTIC LESIONS**

## Summary

**Introduction:** Mucins are glycoproteins and has diverse biological roles. Epi-genetic abnormalities have been described in gastric cancer. The aim of the research was evaluate immun-expression of mucins in diffuse and intestinal cancers and pre-neoplastic lesions.

**Methods:** We evaluated 18 diffuse cancers (56.3%) and 14 intestinal (43.7%) and adjacent precursor lesions to gastric cancer immunohistochemical markers used was MUC-1, MUC-2-AC MUC5, MUC-6, and CD10 HGM.

**Results:** The immun-expression was: MUC-1 (54.5%), and intestinal cancers (45.5%) diffuse cancers. MUC-2 (50%) and diffuse cancers (50%) of cancers of the intestinal type. MUC-5AC (39.3%) diffuse type (60.7%) of intestinal type. HGM (37.5%) intestinal type (62.5%) in diffuse type. MUC-6 (57.9%) diffuse type (42.1%) in the intestinal type. CD10 (55.6%) in intestinal type, and (44.4%) in the diffuse type In adjacent precursor lesions to gastric cancer we observed MUC-1 in intestinal metaplasia (9.7%). MUC-2 (83.9%) in intestinal metaplasia. MUC5-AC (90.6%) in foveolas MUC-6 (100%) positive glands. CD10 (54.8%) positive in intestinal. HGM metaplasia

(75%) and in foveolae (64.5%) in metaplasia intestinal. MUC-6 (100%) deep glands (64.5%) in metaplasia intestinal. Dysplasias expressed MUC-2 and MUC-5AC, 80% and 100% respectively.

**Conclusions:** The gastric cancer immunotyping allow more accurate classification of tumors and the identification of potential therapeutic targets and its relationship with genetic and epigenetic factors.

**Key words:** gastric cancer, diffuse, intestinal, intestinal metaplasia, dysplasia, mucin expression.

## Introducción

Las mucinas gástricas son glicoproteínas de alto peso molecular, sintetizadas por células epiteliales del estómago.<sup>1</sup> Forman parte de una barrera citoprotectora y selectiva, mediante una interacción ligando - receptor, de esta manera envían información sobre las condiciones externas a través de traducción de señales.<sup>2</sup>

El conocimiento de la biología molecular y de las alteraciones a nivel de los genes que controlan los eventos moleculares relacionados con la proliferación, adhesión y progresión del cáncer gástrico, son útiles, para lograr estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento del CG.

La expresión de mucinas durante la patogénesis del cáncer ha sido bien documentada. Las mucinas producidas por epitelios enfermos son glicosiladas, modificando de esta manera su estructura normal.<sup>3</sup> Diversos estudios recientes indican que la glicosilación aberrante es el resultado de la transformación oncogénica inicial y un acontecimiento clave en la inducción de la invasión y metástasis.<sup>4</sup>

La mucosa gástrica normal muestra expresión específica de MUC1. Esta mucina está unida a la membrana celular.<sup>5</sup> En condiciones normales la MUC1, está presente en el polo apical de las células epiteliales. En carcinomas gástricos la baja regulación de MUC1 se asocia con su presencia en el lumen de la célula.<sup>6</sup>

La MUC5 está constituida por subunidades 5B y 5AC, codificada para genes diferentes. Ambas glicoproteínas presentan homología estructural con la MUC 2.5 En la mucosa gástrica normal la MUC 5AC, se expresa en el epitelio superficial, en las zonas del cardias y del cuerpo del estómago.<sup>7,8</sup> Cabe destacar adicionalmente que ha sido observada una estrecha relación entre el *Helicobacter pylori* y esta mucina, algunos autores han sugerido que podría tener un papel importante en la adhesión del *Helicobacter pylori* a la mucosa gástrica.<sup>9,10</sup>

Igualmente se ha encontrado que el acortamiento de la cadena de oligosacáridos en la MUC5AC se ha asociado al desarrollo del cáncer de estómago y de mama<sup>5,11</sup> y que su expresión es más frecuente en carcinomas precoces que en los carcinomas gástricos avanzados.<sup>7</sup>

La MUC6, es la menos caracterizada, esta mucina es expresada en las células de los cuellos de las glándulas de la zona del antro;<sup>12</sup> juega un papel importante en la protección del tracto gastrointestinal, y se ha observado también en la metaplasia intestinal, en el páncreas y el duodeno. Es una mucina secretora y se altera según los grados de inflamación

del tejido.<sup>13</sup> Su expresión se ha relacionado con el desarrollo del cáncer de mama.<sup>5</sup>

En cuanto a la MUC2 es una proteína con expresión muy baja en la mucosa gástrica normal, se utiliza como marcador de fenotipo intestinal junto con el CD10.<sup>12</sup> Entre tanto la HGM es una glicoproteína expresada por la células del epitelio de la mucosa gástrica, también se ha visto expresada en células caliciformes del feto y en células precursoras del cáncer de colon. Las expresiones de HGM y MUC6 se co-expresan en los fenotipos mixtos con las mucinas intestinales y se asocian significativamente con las atipias de alto grado.<sup>14</sup> Otro marcador inmunohistoquímico, es el CD10, peptidasa que se expresa en una gran variedad de tejidos normales tales como en el borde de cepillo de los enterocitos en el ápice de las células del tracto-gastrointestinal, en células mioepiteliales en glándulas salivales.<sup>15,16</sup>

Actualmente con el propósito de conocer la expresión de mucinas (MUC) en los tumores gástricos en nuestro medio, se realizó una investigación retrospectiva observacional, que permitió incluir marcadores en la inmunotipificación de las mucinas y su correlación con los aspectos histomorfológicos, e histogenéticos, para definir elementos adicionales en la clasificación del cáncer gástrico y establecer otros elementos de incidencia en el pronóstico de estas neoplasias y la identificación de posibles nuevas dianas terapéuticas.

## Materiales y Métodos

Se seleccionaron los cortes histológicos de mucosa gástrica de pacientes adultos, de todas las edades y de ambos sexos, que acudieron al Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr Luis Anderson" este Centro y a quienes se les había diagnosticado, mediante estudio endoscópico digestivo superior y toma de biopsia gástrica, mucosectomía, y especímenes quirúrgicos con diagnóstico patológico de carcinoma gástrico precoz o avanzado y/o lesiones adyacentes de gastritis crónica atrófica, metaplasia intestinal y displasia.

Las muestras de mucosa gástrica designadas para evaluación histológica procesadas en forma convencional, incluidas en parafina y teñidas con Hematoxilina – Eosina, fueron evaluadas por un Anatomo-patólogo experimentado en enfermedades gástricas que labora en este Centro.

Para definir y clasificar la gastritis crónica atrófica, metaplasia intestinal y displasia, se consideraron los criterios morfo-histológicos estipulados en la Clasificación del Sistema de Sydney.<sup>17</sup>

Se empleó la clasificación histológica de carcinoma gástrico y los criterios que definen el cáncer gástrico publicados por la Sociedad Japonesa de Investigación de Cáncer gástrico.<sup>18</sup> Asimismo, para los diagnósticos histológicos finales también fueron aplicados los criterios estipulados en la clasificación de Lauren.<sup>19</sup> Dentro de esta última clasificación, los adenocarcinomas pobremente diferenciados (clasificación Japonesa) fueron finalmente considerados como lesiones de tipo difuso.<sup>18</sup>

La clasificación macroscópica (endoscópica) utilizada para el cáncer gástrico avanzado fue la clasificación de Borrmann modificada.<sup>20</sup>

Las determinación inmunohistoquímica fue realizadas empleando técnica de recuperación de antígenos, bloqueo de actividad de peroxidasa y aplicación consecutiva de anticuerpo primario (NCL-MUC1. Lot 2016134 Novocastra™, NCL-MUC-2. Lot 115510 Novocastra™, NCL-MUC-5AC. Lot 130214, Novocastra™, NCL-MUC-6. Lot 130306 Novocastra™, NCL-HGM-45M, Novocastra™, NCL-L-CD10-270 Novocastra™,) y el substrato-cromógeno (DAB, Novocastra™).

Una vez seleccionadas las muestras histológicas (secciones de 4 micras de tejido), las mismas fueron desparafinadas e hidratadas. Para la recuperación de antígenos se utilizó una solución recuperadora (RE7119 Novocastra™) en un vaporizador a 95°C por 70 minutos.

La peroxidasa endógena fue bloqueada con bloqueador de peroxidasa, RE7101 (Novocastra™), se incubó durante 5 a 10 minutos y posteriormente fue lavado con solución RE7138 (Novocastra™). Una vez efectuado el bloqueo de la proteína con solución, RE7102 (Novocastra™), sin lavado, se aplicó el anticuerpo primario y se dejó en incubación. Pasados 60 minutos se aplicó el bloqueador post-primario RE711 (Novocastra™) durante 30 minutos. Posteriormente los cortes fueron incubados durante media hora en solución que contenía un Polímero de Dextrano RE 7112 (Novocastra™), y finalmente se adicione el substrato-cromógeno, RE7105 (Novocastra™) dejándolo, durante 1 a 5 minutos. Este tiempo es monitoreado al microscopio. La contra tinción se realizó con hematoxilina RE 7107 (Novocastra™).

La expresión de las mucinas objeto de esta investigación se consideró tanto a nivel extracelular, como intracelular. (Citoplasmático o membranoso), y cada uno de los anticuerpos fue evaluado en las áreas: foveolares, glandulares, metaplásicas, displásicas y en adenocarcinomas.

Se tomaron como controles positivos de las reacciones, tejidos conocidos previamente como positivos para cada uno de los marcadores y láminas como controles negativos, con PBS (Thris-Buffer), obtenidos del propio laboratorio.

Las muestras de tejido utilizado para la realización de las inmunotinciones fueron tomadas de piezas operatorias en 24 casos (66.7%), material proveniente de resecciones mucosa-

les endoscópicas (RME) en 6 casos (16.7%) y de tejido gástrico obtenido mediante biopsia endoscópica en los 6 casos restantes (16.7%).

### Análisis estadístico

Los resultados fueron procesados en una base de datos elaborada previamente en el programa EPI INFO versión 3.5.1. El análisis estadístico se realizó empleando las pruebas de Chi cuadrado- Mantel-Haenszel con Corrección de Yates y test exacto de Fisher. Los valores que se obtuvieron fueron considerados con diferencias estadísticamente significativas, cuando el valor de P fue menor de 0.05.

### Resultados

En total, fueron evaluados inmunohistoquímicamente para las mucinas 32 casos de carcinoma gástrico y 4 casos de epitelio atípico (displasia gástrica de alto grado). Las lesiones tumorales correspondieron a cáncer avanzado en 20 casos, (tipo Borrmann I: 1 caso, Borrmann II: 1 caso, Borrmann III: 13 casos, Borrmann IV: 4 casos y Borrmann V: 1 caso) y a lesiones precoces en 12 casos.

Se realizaron inmunotinción en áreas de mucosa gástrica normal y en lesiones pre malignas localizadas en áreas adyacentes al tumor como la metaplasia intestinal en 31 cortes histológicos, diferenciándose en 10 casos de metaplasia intestinal tipo intestino delgado o completa, 10 casos de metaplasia intestinal tipo colónica o incompleta, 11 casos de metaplasia tipo mixta, 8 casos de atrofia gástrica y displasia o epitelio atípico en 5 lesiones adyacentes al tumor: estas lesiones clasificadas desde el punto de vista histológico.

Histológicamente, según la clasificación Japonesa, la distribución de frecuencia de los casos de carcinoma se muestra en el **Cuadro 1**. Y tomando en cuenta, la clasificación de Lauren 18 (56.3%) de los tumores son del tipo difuso, y 14 (43.7%) son del tipo intestinal (Ver **Cuadro 2**), de los cuales el 16.7% de los casos fue reportada la presencia del *Helicobacter* en los cortes histológicos utilizados no objeto de correlación con hallazgos inmunohistoquímicos en este estudio.

**Cuadro 1** Distribución de frecuencia de cáncer gástrico según la clasificación japonesa

TIPO HISTOLÓGICO	NÚMERO	PORCENTAJE
ADC PAPILAR	1	3.1
ADC TUBULAR BIEN DIFERENCIADO	8	25
ADC TUBULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO	5	15.6
ADC TUBULAR POBREMENTE DIFERENCIADO	4	12.5
CARCINOMA CON CEL EN ANILLO DE SELLO	11	34.4
CARCINOMA MUCOSO	3	9.4
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

**Cuadro 2** Distribución de frecuencia de cancer gástrico según la clasificación de Lauren

TIPO HISTOLÓGICO	NÚMERO	PORCENTAJE
DIFUSOS	18	56.3
INTESTINAL	14	43.7
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

**RESULTADOS DE INMUNOHISTOQUIMICA**

En términos generales, el 34.4% de los casos de cáncer (n=11), resultaron positivos para la expresión de MUC1, 68.8% (n=22 casos) positivos para MUC2, 87.5% positivos para MUC5AC (28 casos), 59.4% positivos para MUC6

(n=19), 28.1% positivos para CD10 (n=9 casos) y 75% (24 casos) fueron positivos para HGM.

Los resultados obtenidos de las inmunotinciones practicadas sobre lesiones premalignas y mucosa normal adyacentes a las lesiones tumorales pueden verse en el **Cuadro 3**.

**Cuadro 3** Distribución de frecuencia de la inmunoexpresión de las mucinas evaluadas en lesiones premalignas y en mucosa normal adyacente al tumor

MARCADOR	FOVEOLAS		GLANDULAS		METAPLASIA		DISPLASIA	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
MUC 1	6	18.5	7	21.8	3	9.7	2	40
MUC 2	0	0	0	0	26	83.9	4	80
MUC 5A	29	90.6	16	50	26	83.9	5	100
MUC 6	4	12.5	32	100	20	64.5	5	100
CD 10	3	9.3	6	18.5	17	54.8	0	0
HGM	24	75	20	62.5	22	71	0	0

La coexpresión de las mucinas de acuerdo a las clasificaciones de Lauren y de la Sociedad Japonesa para el estudio de cáncer gástrico se muestra en los **Cuadros 4 y 5** respectivamente.

No se encontró diferencia estadísticamente significativa al evaluar la expresión de mucinas considerando el tipo histológico de los tumores, según la clasificación de Lauren y la clasificación de la Sociedad Japonesa. Sin embargo, llama

la atención, que la inmunoexpresión de los cánceres, por tipo histológico, siguiendo la clasificación de Lauren, tanto para los difusos como para los intestinales es de igual proporción para la MUC2 que es una mucina de origen intestinal. Con respecto a las demás mucinas observamos que los porcentajes de su expresión son similares tanto en intestinales como en difusos. A excepción de la Muc5ac y el CD10. Este resultado se aprecia en el **Cuadro 4**.

**Cuadro 4** Inmunoexpresión de mucinas en cáncer clasificados según Lauren

	HGM	MUC1	MUC2	MUC5AC	MUC6	CD10
INTESTINAL	6 (54.5%)	11 (50%)	11 (39.3%)	8 (42.1%)	5 (55,6%)	9 (37.5%)
DIFUSO	5 (45.5%)	11 (50%)	17 (60.7%)	11 (57.9%)	4 (44.4%)	15 (62.5%)
P	0.26	0.45	0.65	0.51	0.19	0.67

HGM: MUCINA GÁSTRICA HUMANA, MUC 1 MUCINA ASOCIADA A MEMBRANA CELULAR, MUC5AC: MUCINA APICAL DE CUERPO Y CARDIAS, MUC2: MUCINA DE TIPO COLÓNICA, MUC6: MUCINA DEL ANTRO, CD10: PEPTIDASA QUE SE EXPRESA EN EL BORDE EN CEPILLO DEL ENTEROCITO.

Los cánceres que forman túbulos o papilas expresan en mayor proporción la MUC1 que los mucinosos o los cánceres

con células en anillo de sello, mientras que la MUC5AC se expresa en carcinomas con células en anillo de sello y en los

adenocarcinomas tubulares pobre, mediano y bien diferenciado (Ver **Cuadro 5**).

**Cuadro 5** Inmunoexpresión de mucinas en cánceres clasificados según la sociedad japonesa para la investigación del cáncer gástrico

TIPO HISTOLÓGICO	HGM	MUC1	MUC2	MUC5AC	MUC6	CD10
ADC PAPILAR	1 (9.1%)	-	-	-	1 (11.1%)	-
ADC TUBULAR BIEN DIFERENCIADO	1 (9.1%)	7 (31.8%)	6 (21.4%)	7 (36.8%)	2 (22.2%)	5 (20.8%)
ADC TUBULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO	4 (36.4%)	4 (18.2%)	5 (17.9%)	1 (5.3%)	2 (22.2%)	4 (16.7%)
ADC TUBULAR POBREMENTE DIFERENCIADO	2 (18.2%)	3 (13.6%)	4 (14.3%)	3 (15.8%)	-	4 (16.7%)
CARCINOMA CON CEL EN ANILLO DE SELLO	2 (18.2%)	5 (22.7%)	10 (35.7%)	5 (26.3%)	3 (33.3%)	8 (33.3%)
CARCINOMA MUCOSO	1 (9.1%)	3 (13.6%)	3 (10.7%)	3 (15.8%)	1 (11.1%)	3 (12.5%)
P	0.07	0,15	0,07	0,1	0.47	0.29

## Discusión

Los hallazgos encontrados en este trabajo muestran, que no se encontró diferencia estadísticamente significativa al evaluar la expresión de mucinas considerando el tipo histológico de los tumores, según la clasificación de Lauren y la clasificación de la Sociedad Japonesa lo cual es factible ya que los tumores avanzados muestran inmunohistoquímicamente una expresión del fenotipo mixto difuso e intestinal.

En el estudio pudimos evidenciar ciertas características que han sido descritas por otros autores, en términos generales la mayoría de los carcinomas gástricos son de fenotipo mixto. En este sentido no se observó una asociación en la expresión de la MUC- 5AC, en cuanto al tipo histológico del tumor, no obstante, la mayor frecuencia, en cuanto a su expresión, fue en el tipo histológico difuso y su menor expresión es en carcinomas pobremente diferenciados y mucinosos respectivamente (**Cuadro 5**). Gürbüz y col.<sup>21</sup> mencionan literalmente al respecto. La MUC- 5AC tuvo una mayor expresión en los adenocarcinomas tipo difusos que en el tipo intestinal. Acotando que alternativamente, los carcinomas mixtos pueden presentar dos tipos de clones con patrones de diferenciación distinto. Adicionalmente a lo anteriormente expuesto, una mucina netamente gástrica como la MUC-6 no presentó ninguna asociación específica con ninguno de los patrones histológicos estudiados en ninguna de las dos clasificaciones examinadas. Sin embargo en algunas excepciones algunos tumores expresan exclusivamente marcadores de fenotipo gástrico o intestinal.

En relación a la MUC1, no se observó diferencias en cuanto al tipo histológico de tumor según la clasificación de Lauren (**Cuadro 4**), con la expresión de dicha mucina. Así mismo Wang y col., en 2003<sup>22</sup> y Kocer en 2004<sup>23</sup> no encontraron diferencias entre la expresión de MUC1 con los diferentes tipos de carcinoma gástrico. Gürbüz<sup>21</sup> mencionó que esto pudo deberse al número de casos tomados y a la diferencia de las poblaciones estudiadas, lo cual también pudo haber pasado en este estudio. Sin embargo la proporción en cuanto al porcentaje de tumores que expresaron La MUC – 1 fue mayor en

intestinales que en difusos. Al respecto, Li y col (2008)<sup>24</sup> reportaron que los carcinomas de tipo intestinal tenían mayor expresión de anticuerpo monoclonal contra MUC1 que los carcinomas de tipo difuso. En 1998 los datos obtenidos por Baldus's<sup>25</sup> son consistentes con lo anteriormente expuesto. El autor comenta que aunque la MUC1 tiene cargas negativas en su estructura, las células con alta expresión de esta mucina pueden repelerse unas con otras, la expresión fue mayor en los intestinales que en difusos esto se puede soportar en el hecho que los carbohidratos que funguen como epítome en la mucina sirve como un ligando lo que pudiese incrementar las interacciones entre las células de este tipo de tumor. Esto puede servir de evidencia para asociar la expresión de las mucinas con la diferenciación de los carcinomas gástricos. Por lo tanto, el papel de las mucinas, en la lubricación, protección de los epitelios, adhesión celular y modulación del sistema inmunológico, son hechos que han sido descritos, y en forma aislada pudiesen parecer irrelevantes pero en conjunto juegan un papel importante en la carcinogénesis gástrica.<sup>26</sup>

También es de hacer notar que hubo casos de tumores difusos con células en anillo de sello que solo expresaron MUC2 así como también casos de tumores difusos sin expresión de La MUC2 pero con metaplasia intestinal tipo colónica adyacente, con inmunoexpresión de la MUC2 positiva, este hallazgo ha sido demostrado en estudios<sup>27</sup> que definen con claridad que los carcinoma con células en anillo de sello pueden ser de fenotipo gástrico, intestinal o mixto y en otros casos sin expresión, a su vez establecen que la progresión de cánceres precoces a formas avanzadas no está en relación con el fenotipo y que solo los tumores difusos con fenotipo mixtos son más propensos a la infiltración submucosa, quizás esta situación es lo que explique porque algunas formas difusas de cáncer gástrico están confinadas a la mucosa por más tiempo con crecimiento superficial y otras tienden a invadir en forma más temprana. Ello seguramente obedece a cambios en las propiedades de relación de las células malignas con su entorno. El crecimiento y la invasión tumoral involucran importantes interacciones célula-célula y célula matriz, que requieren la

participación de moléculas con diferentes tipos de estructuras glicosiladas, y en tal sentido el fenotipo de mucinas debería ser considerado como un factor adicional en la progresión del cáncer gástrico. La glicosilación incompleta, que muestran las células neoplásicas es un hecho descrito hace ya tiempo.<sup>28</sup> La glicosilación es la modificación covalente más frecuente en las proteínas.<sup>29</sup> Ocurre por la unión de una o más cadenas oligosacáridas a la secuencia de aminoácidos confiriéndole a la proteína diferentes cualidades estructurales y funcionales. La alteración en este proceso fisiológico no solo conduce a procesos atípicos en el comportamiento celular sino a la expresión inmunohistoquímica de formas aberrantes de mucinas en las células neoplásicas y en las lesiones precursoras,<sup>30</sup> por lo tanto la determinación inmunohistoquímica de estas moléculas alteradas permiten definir la existencia de líneas celulares con la expresión de determinantes antigénicos anómalos. Aun cuando no se encontró diferencia estadísticamente significativa al evaluar la expresión de mucinas considerando el tipo histológico de los tumores, según la clasificación de Lauren y la clasificación de la Sociedad Japonesa. Es de hacer notar que la co-expresión de los marcadores utilizados, sugiere que la mayoría de los tumores son mixtos y que conservan el fenotipo gástrico y el intestinal, y así como ocurre en la metaplasia intestinal que co-expresa marcadores gástricos, gradualmente las células con fenotipo gástrico son sustituidas por células de fenotipo intestinal.<sup>31</sup>

Artículos recientes reflejan que en el análisis de multi-variables los tumores con inmunofenotipo intestinal, son de peor pronóstico que con otro fenotipo y a su vez sugieren que el fenotipo de mucina es un factor de pronóstico independiente. Este hecho está asociado a la pérdida de expresión de factores de transcripción RUNX 3.<sup>32</sup> La pérdida de expresión de este gen está vinculado a un proceso de hipermetilación.<sup>33</sup> Otro hecho importante es el descrito por Tamutsu y col.<sup>34</sup> quienes establecen que el perfil genético en los adenocarcinomas gástricos bien diferenciados está relacionado con los distintos fenotipos de mucinas celulares y por lo tanto su expresión anómala depende de distintas alteraciones genéticas que ocurren en la progresión tumoral.

Pensamos que el estudio de la expresión de mucinas en el cáncer gástrico es importante para establecer si la expresión anómala de dichas mucinas están en relación con alteraciones en los procesos de los glicanos que estudia la glicobiología, ocasionada por medio de factores geobióticos naturales o antropogénicos que afecten los mecanismos de protección, adhesión y señalización celular y conduzcan a la aparición de cambios metaplásicos dislálicos y neoplásicas, estableciendo la asociación entre factores ambientales y genéticos con la glicobiología en especial con los procesos de glicosilación no solo permitiría categorizar las neoplasias de acuerdo a su morfología sino su vínculo con agentes específicos y en última instancia permitiría desarrollar estrategias preventivas y establecer normas terapéuticas en contra de moléculas específicas.

## Clasificación

Área: anatomía patológica. Gastroenterología.

Tipo: informe de investigación.

Tema: inmunohistoquímica en carcinomas gástricos y lesiones pre-neoplásicas adyacentes.

Patrocinio: este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o privado.

## Referencias bibliográficas

1. Santos Silva, Fonseca A, Caffrey T, Carvalho F, Mesquita P, Reis C. Almeida, et al. Antigen expression in gastric carcinomas is associated with MUC1 mucin VNTR polymorphism. *Glycobiology*. 2005;15(5):511-517.
2. Hollingsworth MA, Swanson B J. Mucins in cancer: protection and control of the cell surface. *Nat Rev Cancer*. 2004;4:45-60.
3. Senitroh Hakomor. Glycosylation defining cancer malignancy: New wine in an old bottle. 2002;99(16):10231-10233.
4. Taniguchi N, Honke K, Fukuda, M. Handbook of Glycosyltransferases and their Related Genes. Springer, Tokyo. 2002.
5. Gallegos IB, Coutino R, Martinez G, Hernandez Cruz P. Marcadores glicosilados en Cáncer de Mama. *REB*, 2008;27(2):52-59.
6. Leroy X, Busine M, Emmanuelle L, Aubert S, Buob S, Porchet N, et al. MUC1 (EMA): A key molecule of carcinogenesis?. *An Pathologie*. 2006;26(4):257-266.
7. Badu SD, Jayanthi V, Devaraj N, Reis C, Devaraj H. Expression profile of mucins (MUC2, MUC5AC and MUC6) in *Helicobacter pylori* infected pre-neoplastic and neoplastic human gastric epithelium. *Molecular Cancer*. 2006;5(10):1-7.
8. Zhang HK, Zhang QM, Zhao Th, Li Yy, Yi Yf. Expression of mucins and E-cadherin in gastric carcinoma and their clinical significance. *World J Gastroenterol*. 2004;10(20):3044-3047.
9. Brink GR, Tytgat K L, Hulst L. *Helicobacter pylori* colocalises with MUC5AC the human stomach. *Gut*. 2000;460:160-172.
10. Belma Kover MD, Murat Vlas MD, YucelUstundag MI, SibelErodogan MD, Melih Karabeyoglu MD, Osman Yildin MD, et al. A confirmatory report for the close interaction of *Helicobacter pylori* with gastric epithelial MUC5AC expression. *J Clin Gastroenterol*. 2004;38:486-502.
11. Von Mensdorff-Pouilly S, Verstraeten AA, Kenemans P, Snijdewint FG, Kok A, VanKamp GJ, Paul MA, et al. Survival in early breast cancer patients is favorably influenced by a natural humoral immune response to polymorphic epithelial mucin. *J ClinOncol*. 2000;18(3):574-83.
12. Abreu Gomez F. Mucin genes (MUC1 and MUC6) Polymorphism and gastric carcinoma risk. Tesis de doctorado en medicina: Universidad Do Porto. Portugal.1999;161.
13. Ho SB, Shekels LL, Toribara NW, Kim Y, Lyftogt C, Cherwitz D L, et al. Gene Expression in Normal, Preneoplastic, and Neoplastic Human Gastric Epithelium. *Cancer Res*. 1995;55:2681-2690.
14. Yussukke Tajima, Nakao Kentaro, Nobukazu Nishino, AOKI Shigeo, Kato Masanori, Sakamoto Masaaki, et al. Gas-

- tric and intestinal phenotypic cell marker expressions in gastric differentiated-type carcinomas. *Diario de la investigación oncológica y oncología clínica*. 2006;7(132):363-375.
15. Park Do Youn, Srivastava Amitabh, Gwang Ha Kim, Mino Kenudson Mari, Vikram Dehpande, Lawrence R Zukerber, et al. CDX2 expression in the intestinal-type gastric epithelial neoplasia: Frequency and significance. *Modern Pathology*. 2010;23:54-61.
  16. Iwafuchi Hideto, Mori Naoyoshi, Takahashi Takashi, Yatabe Yasushi. Phenotypic composition of salivary gland tumors: an application of principle component analysis to tissue microarray data. *Modern Pathology*. 2004;17:803-810.
  17. Dixon, M, Path G, Robert M, Yardley J, Correa P. Classification and Grading of Gastritis. The Updated Sydney System. *AJ Surg Pathology*. 1996;20(10):1161-1181.
  18. Maruyama K, Sasako M, Sano T, Katai H, Kino I, Kato Y, et al. Classification of Gastric Carcinoma Japanese. Research Society Gastric Cancer, Kanehara & Co. TOKYO First English edition. 1995:38-42.
  19. Lauren P. The two histological main types of gastric carcinoma: Diffuse and so called intestinal-type carcinoma. *Acta Pathol Microbiol*. 1965;64:31-49.
  20. Borrmann R. *Geschwulste des Magens und Duodenums*. Springer, Berlin. 1926;4:812-1054.
  21. Gürbüz Y, Kahlke, Klöppel G. How do gastric carcinoma classification systems relate to mucin expression patterns? An immunohistochemical analysis in a serie of advanced gastric carcinomas. *Virchows Arch*. 2002;440:505-511.
  22. Wang JY, Chang CT, Hsieh J, Lee L, Huang TJ, Chai CY, et al. Role of MUC1 MUC5AC expressions as prognostic indicators in gastric carcinomas. *J Surg Oncol*. 2003;83:253-260.
  23. Kocer B, Soran A, Kiyak G, Erdogan S, Eroglu A, Bozkurt B, et al. Prognostic significance of mucin expression in gastric carcinoma. *Dig Dis Sci*. 2004;49:954-964.
  24. Li y XH, Zheng HC, Wang ZG, Takahachi H, Yang XH, Guan YF, et al. The Clinicopathological and Prognostic Significance of MUC1 Expression in Japanese Gastric Carcinomas: An Immunohistochemical Study of Tissue Microarrays. *Anticancer Research*. 2008;28:1061-1068.
  25. Baldus SE, Zirbes TK, Engel S, Hanisch FG, Moniq SP, Lorenzen J, et al. Correlation of the immunohistochemical reactivity of mucin peptide cores MUC 1 and MUC2 with the histopathological subtype and prognosis of gastric carcinomas. *Int J Cancer*. 1998;79:133-138.
  26. Gendler SJ, Spicer AP. Epithelial mucin genes. *Ann Rev Physiol*. 1995;157:607-612.
  27. Ryuusuke Aihara, EritoMochiki, Yoichi Kamiyama, Hitoshi Kamimu. *Helicobacter Pylori* Schistosomes, liver flukes, and *Helicobacter pylori*. IARS Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risk to Humans. IARC, Lyon. 1994;177-241.
  28. Senitiroh Hackamore. Aberrant Glycosylation in Cancer Cell Membranes as Focused Glycolipids: Overview and Perspectives in Cancer. *Research Cancer*. 1985;45:2405-2414.
  29. Freire T, Robello C, Casaravilla C, Alvarez D, Medeiros A, Carmona C y Osinaga E. Antígenos mucínicos de O-glicosilación simple: nuevas similitudes moleculares entre células cancerosas y parásitos. *Actas de Fisiología*, 2002;8:89-107.
  30. Reis CA, David L, Correa P, Carneiro F, Bolós C, Garcia E, et al. Intestinal metaplasia of human stomach displays distinct patterns of mucin (MUC1, MUC2, MUC5AC, and MUC6) expression. *Cancer Res*. 1999;59(5):1003-7.
  31. Toru Niwa, Yuzuru Ikehara, Hayao Nakanishi, Harunari Tanaka, Kenichi Inada, Tetsuya Tsukamoto, et al. Mixed Gastric and Intestinal type Metaplasia Formed by Cells with Dual Intestinal and Gastric Differentiation. *Journal of Histochemistry & Cytochemistry*. 2005;53(1):75-85.
  32. Wakatsuki K, Yamada Y, Narikiyo M, Ueno M, Takayama T, Tamaki H, et al. Clinicopathological and prognostic significance of mucin phenotype in gastric cancer. *J Surg Oncol*. 2008;98(2):124-129.
  33. Kosei Ito, Qiang Liu, Manuel ST, Takashi Yano. Kotaro Tada, Hiroshi Ida, et al. RUNX 3 A Novel Tumor Suppressor, Is Frequently Inactivated in Gastric Cancer by Protein Mislocalization. *Cancer Res*. 2005;65:(17).
  34. Tamotsu Sugai, Wataru Habano, Noriyuki Uesugi, Yu-Feijao, Shin-ichi Nakamura, Kaoru Abe, et al. Three independent genetic profiles based on. Mucin expression in early differentiated-type gastric cancers a new concept of genetic carcinogenesis of early differentiated-type adenocarcinomas. *Modern Pathology*. 2004;7:1223-1234.

# Prevalencia comparativa entre cáncer gástrico y colorrectal avanzado en una zona geográfica de alto riesgo

**Autores** Akiko Shimizu,<sup>1</sup> Denny Castro,<sup>2</sup> Olga Silva,<sup>3</sup> Simón Peraza<sup>4</sup>

**Afiliaciones** <sup>1-3</sup>Gastroenterólogo adjunto al Centro Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr. Luis E. Anderson" Táchira – Venezuela. <sup>2</sup>Director del Centro Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr. Luis E. Anderson" Táchira – Venezuela. <sup>4</sup>Anatomopatólogo del Centro Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr. Luis E. Anderson" Táchira – Venezuela.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2015;69(3):71-73. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 2477-975X.

Autor correspondiente: Shimizu Akiko  
Correo-e: akiko1510@gmail.com

## Resumen

**Introducción:** Partiendo de las diferencias en las tasas de incidencia y mortalidad en cáncer gástrico (CG) y cáncer colorrectal (CCR) en el mundo, incluso en un mismo país, se comparó la prevalencia entre estos tumores, en una zona geográfica de alto riesgo. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de prevalencia analítica incluyendo pacientes mayores de 18 años a quienes se les realizó endoscopia digestiva alta y colonoscopia, entre enero de 1996 y abril de 2015, que tuvieran diagnóstico endoscópico de cáncer, confirmación histológica de adenocarcinomas gástricos o colorrectales y que fueran tumores esporádicos. **Resultados:** De un total de 131.490 procedimientos endoscópicos (109.034 endoscopia digestiva superior y 22.456 colonoscopias). Se encontraron un total de 1982 cánceres, de los cuales 1562 eran CG (78.8%) y 420 eran CCR (21.2%). El CG fue más frecuente en hombres (68.75%) y el CCR en mujeres (51.43%), con edades promedio similar en ambos. **Conclusión:** En el presente trabajo se encontró que la relación de cáncer gástrico avanzado con respecto a cáncer colorrectal avanzado es de 4:1 respectivamente.

**Palabras clave:** prevalencia, cáncer gástrico, cáncer colorrectal.

## COMPARATIVE PREVALENCE BETWEEN ADVANCED GASTRIC CANCER AND COLORECTAL CANCER IN HIGH RISK POPULATION FOR GASTRIC CANCER

### Summary

**Introduction:** Based on differences in the rates of incidence and mortality in gastric cancer (GC) and cancer colorrectal (CCR) in the world, even in the same country, compared the prevalence among these tumors, a geographical area of high risk. **Materials and methods:** an analytical prevalence study was conducted including patients over 18 years old who underwent upper endoscopy and colonoscopy, between January 1996 and April 2015, which had cancer, histological confirmation of adenocarcinomas of gastric or colorectal endoscopic diagnosis and which were sporadic tumors. **Results:** A total of 131.490 (109.034 upper digestive endoscopy and 22,456 colonoscopies) endoscopy procedures were performed. We met a total of 1982 cancers, of whom 1562 were CG (78.8 percent) and 420 were CCR (21.2%). The CG was more frequent in men (68.75%) and CRC in women (51.43%), with similar average ages in both. **Conclusion:** This study found that the advanced with respect to advanced colorectal cancer, gastric cancer ratio is 4:1 respectively.

**Key words:** prevalence, gastric cancer, colorectal cancer.

## Introducción

El cáncer gástrico (CG) y el cáncer colorrectal (CCR) son enfermedades muy importantes a nivel mundial por su amplio impacto en las tasas de incidencia y mortalidad, generando cada vez más motivación en los investigadores para profundizar sobre el conocimiento detallado de estas. Globalmente, el CG es el cuarto tipo de cáncer más frecuente y la segunda causa de muerte por cáncer.<sup>1</sup> El CCR también representa una entidad común y letal.<sup>2</sup> A nivel mundial es el tercer cáncer más común diagnosticado en hombres y el segundo en mujeres con más de 1.200.000 nuevos casos y 608.7000 muertes en 2008.<sup>3</sup> Representando la tercera causa de muerte por cáncer en el mundo.<sup>4</sup>

Las prevalencias de cáncer gástrico y de cáncer colorrectal pueden ser variables dentro del mismo país. Teniendo en cuenta estas apreciaciones de la práctica diaria y la falta de estudios al respecto, decidimos llevar a cabo la presente investigación sobre la prevalencia de estos dos tumores.

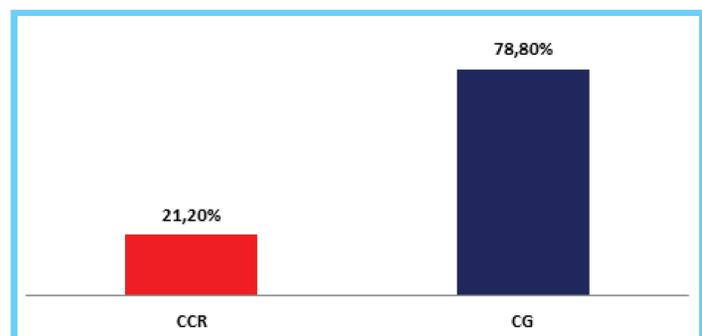
El objetivo del presente trabajo es comparar la prevalencia de cáncer gástrico con respecto al cáncer colorrectal en el estado Táchira, zona geográfica de alto riesgo a lo largo de 20 años.

## Materiales y Métodos

El presente es un estudio de prevalencia analítica en el que se comparan los CG y CCR comprobados histológicamente. La población de estudio fueron todos los pacientes mayores de 18 años, quienes se le realizaron endoscopia digestiva superior y colonoscopia total, desde Enero de 1996 hasta Abril de 2015 y a quienes se les diagnosticó endoscópica e histológicamente CG O CCR esporádico, es decir sin antecedentes de síndromes neoplásicos heredofamiliares.

## Resultados

Durante el periodo comprendido entre enero de 1996 y abril de 2015, Se realizaron 131.490 procedimientos endoscópicos (109.034 endoscopia digestiva superior y 22.456 colonoscopias). Encontrándose un total de 1982 cánceres, de los cuales 1563 fueron gástricos, representando el 78.8% y 420 colorrectales, representando el 21.2% (Ver **Figura 1**).



**Figura 1** Relación entre cáncer gástrico avanzado y cáncer colorrectal

La distribución de los pacientes por año, sexo y rango etario se observan en el **Cuadro 1** y **2**. El cáncer gástrico fue más frecuente en hombres (68.75%) y el de colon en las mujeres (51.43%). La edad promedio de cáncer gástrico y cáncer colorrectal fue similar con 60,1 años (21-96) y de 58,6 años (17-89) respectivamente.

**Cuadro 1** Cáncer gástrico avanzado desde enero de 1996 hasta diciembre de 2014

AÑO	TOTAL	F	M	RANGO ETARIO
1996	58	15	43	40-92
1997	76	17	59	36-88
1998	96	22	74	28-85
1999	101	29	72	29-92
2000	101	33	68	26-85
2001	118	38	80	32-90
2002	84	22	62	36-88
2003	86	37	49	25-94
2004	86	34	52	23-89
2005	77	35	42	21-88
2006	84	31	53	33-89
2007	88	20	68	29-89
2008	80	23	57	36-87
2009	78	21	57	42-88
2010	55	17	38	19-84
2011	67	17	50	33-96
2012	65	18	47	28-87
2013	82	31	51	38-85
2014	70	22	48	39-87
2015	10	6	4	48-78
<b>TOTAL</b>	<b>1562</b>	<b>488</b>	<b>1074</b>	<b>21-96</b>

**Cuadro 2** Cáncer Colorrectal Avanzado desde enero de 1996 hasta diciembre de 2015

AÑO	TOTAL	F	M	RANGO ETARIO
1996	11	6	5	45-83
1997	22	12	10	19-77
1998	32	21	11	17-83
1999	25	13	12	34-79
2000	31	17	14	35-84
2001	25	11	14	22-77
2002	36	22	14	23-88
2003	26	17	9	17-86
2004	27	13	14	43-84
2005	17	6	11	44-78
2006	16	5	11	42-89
2007	20	12	8	40-77
2008	13	7	6	39-70

**Cont. Cuadro 2** Cáncer Colorrectal Avanzado desde enero de 1996 hasta diciembre de 2015

AÑO	TOTAL	F	M	RANGO ETARIO
2009	15	7	8	33-86
2010	23	10	13	29-89
2011	14	6	8	50-77
2012	20	7	13	48-80
2013	26	15	11	39-80
2014	15	6	9	40-89
2015	6	3	3	48-81
<b>TOTAL</b>	<b>420</b>	<b>216</b>	<b>204</b>	<b>17-89</b>

## Conclusión

En el presente trabajo se encontró que la relación de cáncer gástrico avanzado con respecto a cáncer colorrectal es de 4:1 respectivamente, entre enero de 1996 y abril de 2015.

No hubo diferencia estadísticamente significativa entre géneros para cáncer colorrectal. Al contrario del cáncer gástrico donde la relación entre el género masculino y femenino fue de 3:1 respectivamente.

El rango etario en el cáncer gástrico fue de 21-96 años y en el cáncer colorrectal fue de 17-89 años.

## Clasificación

Área: gastroenterología.

Tipo: clínico.

Tema: cáncer gástrico y cáncer colorrectal.

Patrocinio: este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o privado.

## Referencias bibliográficas

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Paisani P. Global Cancer Statistics. CA Cancer J Clin 2005;55:74-108.
2. Krew KD, Neugut A. Epidemiology of gastric cancer. World J Gastroenterol 2006;12:354-62.
3. Jemal J, Bray F, Center MM, et al. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin 2011;61:69-89.
4. Schoen RE, Pinsky PF, Weissfeld JL et al. Colorectal-cancer incidence and mortality with screening flexible sigmoidoscopy. N Engl J Med 2012;366(25):2345-57.

La Junta Directiva de la SVG y Grupo Advancement, los invita a inscribirse en el Fondo de Previsión Social y Retiro



## ¿Qué es el Fondo de Previsión Social?

Una estructura sin fines de lucro, orientada hacia fines de interés pensional, llamados a completar la asistencia social y de retiro.

## Requisitos para Inscripción

- \* Ser miembro solvente de la SVG
- \* Llenar la planilla de inscripción

## ¿Cómo puedo hacer el aporte?

Mensual, Trimestral y Anual.  
Domiciliado a la tarjeta de crédito de su preferencia o por depósito bancario.  
El monto del aporte es decisión del ahorrista, además cuenta con un aporte institucional que realiza la SVG.

**Si te interesa tu futuro  
¡INSCRÍBETE YA!**

Más información  
Teléfonos: 991.67.57 / 991.26.69  
correo: [fondoprevisionsocial.svg@gmail.com](mailto:fondoprevisionsocial.svg@gmail.com)

# Adenocarcinoma gástrico primario concomitante con tumor del estromal gastrointestinal (gist): reporte de dos casos

**Autores** Akiko Shimizu,<sup>1</sup> Denny Castro,<sup>2</sup> Olga Silva,<sup>3</sup> Simón Peraza,<sup>4</sup> Juan Becker<sup>5</sup>

**Afiliaciones** <sup>1-3</sup>Gastroenterólogo adjunto al Centro Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr. Luis E. Anderson" Táchira – Venezuela. <sup>2</sup>Director del Centro Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr. Luis E. Anderson" Táchira – Venezuela. <sup>4,5</sup>Anatomopatólogo del Centro Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr. Luis E. Anderson" Táchira – Venezuela.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2015;69(3):74-77. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 2477-975X.

Autor correspondiente: Shimizu Akiko.

Correo-e: akiko1510@gmail.com

## Resumen

A nivel mundial, el cáncer gástrico (CG) es la segunda causa más frecuente de muerte por cáncer. Otros tipos histológicos como linfomas y sarcomas son menos frecuentes, resultando aún más infrecuente, el desarrollo sincrónico de un adenocarcinoma con un tumor del estromal gastrointestinal (GIST).

En este trabajo se documentan dos casos de pacientes con Adenocarcinoma Gástrico concomitante con Tumor del Estroma Gastrointestinal, con diferente presentación clínica. El primero de ellos se trata de paciente femenino de 76 años de edad quien acude por síntomas dispépticos con Ca gástrico precoz IIc + III, la paciente se somete a gastrectomía subtotal radical y en la pieza quirúrgica adicionalmente se observa lesión elevada subepitelial en cuerpo con curva menor que mide 0,6 cm, al corte la lesión compromete la capa submucosa, tratándose de tumores sincrónicos con histogénesis diferente. Y el otro caso se trata de paciente femenino de 66 años de edad acude por pesquisa, con un tumor de colisión.

**Palabras clave:** adenocarcinoma gástrico primario, tumor del estroma gastrointestinal, concomitante.

## PRIMARY GASTRIC ADENOCARCINOMA CONCOMITANT WITH GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR (GIST): REPORT OF TWO CASES

### Summary

Worldwide, gastric cancer (GC) is the second most frequent cause of death by cancer. Other histological types as lymphomas and sarcomas are less frequent, resulting even rarer, the synchronous development of adenocarcinoma with a tumor of the gastrointestinal stromal (GIST). In this work are documented two cases of patients with gastric Adenocarcinoma concomitant with Gastrointestinal stromal Tumor, with different clinical presentation. The first of these is 76-year-old female patient who goes by dyspeptic symptoms with early gastric Ca IIc + III, the patient undergoes radical subtotal gastrectomy and the surgical specimen additionally shows subepithelial elevated lesion on gastric body with lesser curvature measuring 0.6 cm, histopathological evaluation showed that the gastric cancer invasion was confined to the submucosal layer, case of synchronous tumours with different histogenesis. The other case is 66-year-old female patient who came to our gastric cancer screening and we found a collision tumor in the stomach.

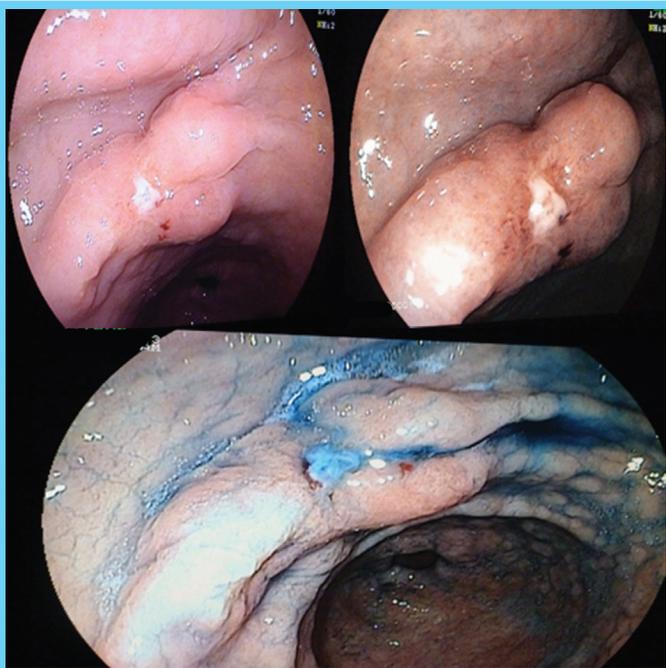
**Key words:** primary gastric cancer, stromal gastrointestinal tumor, concomitant.

## Introducción

A nivel mundial, el cáncer gástrico (CG) es la segunda causa más frecuente de muerte por cáncer.<sup>1</sup> En Venezuela, y en especial en los estados Andinos el CG representado fundamentalmente por el adenocarcinoma de tipo intestinal es una enfermedad de alta prevalencia y morbimortalidad. Otros tipos histológicos como linfomas y sarcomas son menos frecuentes, resultando aún más infrecuente, el desarrollo sincrónico de un adenocarcinoma con un tumor del estroma gastrointestinal (GIST), de los cuales existen escasos reportes internacionales.<sup>2</sup> Sin embargo el programa de pesquisa, llevado a cabo desde el año 1984, en el Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr. Luis E. Anderson", realizando endoscopia digestiva alta a todos los pacientes mayores de 35 años con dispepsia no investigada o individuos de menor edad con síntomas de alarma, ha permitido la detección de este tipo de neoplasias. A continuación se hace mención a dos casos clínicos.

### Caso Clínico 1

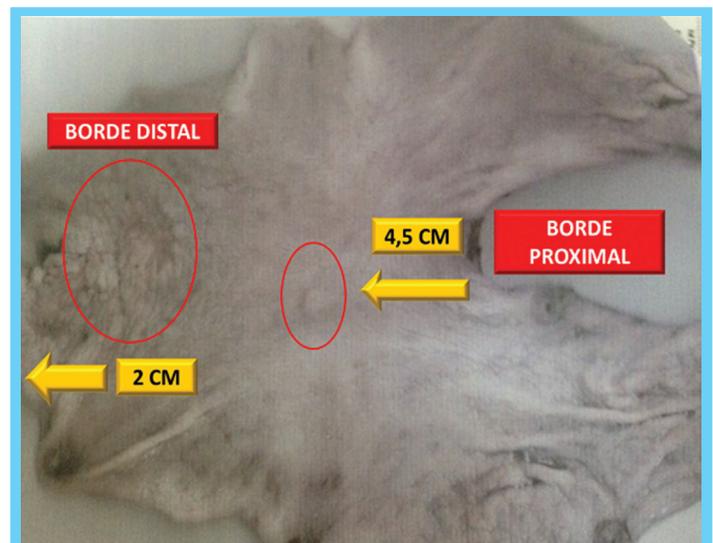
Femenino de 76 años de edad, acude por síntomas dispépticos, se realiza endoscopia digestiva superior y a nivel de antro distal con curva menor, se observa lesión deprimida con centro ulcerado, y pliegues que convergen y se amputan de forma abrupta antes de llegar a la lesión, signo de lifting negativo, planteándose diagnóstico de cáncer gástrico precoz IIc + III (Figura 1). La biopsia endoscópica reporta adenocarcinoma extremadamente bien diferenciado, gastritis crónica atrófica y metaplasia intestinal mixta.



**Figura 1** En antro distal con curva menor Ca gástrico precoz IIc + III Lesión deprimida con centro ulcerado y pliegues que convergen y se amputan de forma abrupta antes de llegar a la lesión, signo de lifting negativo.

Se realiza gastrectomía subtotal más linfadencetomía D2. La pieza quirúrgica (Figura 2) fue procesada según el protocolo japonés para cáncer gástrico. Se abre por la curvatura mayor y se observa lesión tumoral ligeramente elevada con centro deprimido que mide 2,5 cm x 1,5 cm ubicada en la curvatura menor de antro con cara anterior, a 2 cm del margen de resección distal y 8,5 cm del proximal. Adicionalmente se observa lesión elevada subepitelial en cuerpo con curva menor que mide 0,6 cm a 4,5 cm del borde proximal. Al corte la lesión compromete la capa submucosa.

Se trata de tumores sincrónicos con histogénesis diferente. Un tumor de estirpe epitelial maligno (Adenocarcinoma y otro de menor tamaño de estirpe mesenquimal originado de las células intersticiales de Cajal.



**Figura 2** Pieza quirúrgica de gastrectomía subtotal. Se observa lesión tumoral ligeramente elevada con centro deprimido que mide 2,5 cm x 1,5 cm ubicada en la curvatura menor de antro con cara anterior, a 2 cm del margen de resección distal y 8,5 cm del proximal. Adicionalmente se observa lesión elevada subepitelial en cuerpo con curva menor que mide 0,6 cm a 4,5 cm del borde proximal.

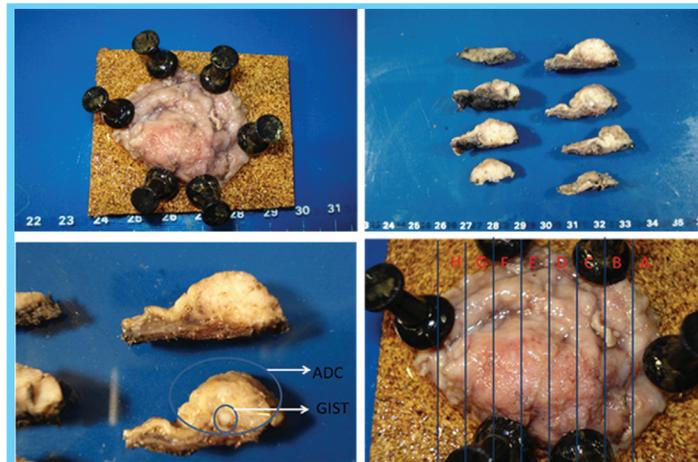
### Caso clínico 2

Femenino de 66 años de edad, consulta por pesquía, se realiza endoscopia digestiva superior y en fundus se observa lesión de base ancha, superficie lisa mucosa similar a la circundante de 3,5 cm aproximadamente. Se plantea descartar lesión subepitelial. La biopsia endoscópica reporta gastritis crónica erosiva, edema e hiperemia del corion. Los hallazgos del ultrasonido endoscópico arrojan lesión de aspecto hipoecoica, heterogénea, de bordes mal definidos, con ulcera central, que mide 25 x 17,2 mm. En uno de sus cortes pareciera originarse la cuarta capa, proveniente de la muscular propia, con infiltración hacia capas superficiales o en su defecto de la mucosa infiltrando hacia la muscular propia. Los extendidos citológicos muestran células atípicas con moderada a abundante cantidad de citoplasma eosinófilo, núcleos con

marcado pleomorfismo, hiperocrómicos, otros con cromatina en grumos y nucléolo evidente.

Se decide resolución quirúrgica, con resección en cuña de lesión subepitelial en fundus gástrico. Sin embargo se trata de lesión que invade hasta la muscular propia, Adenocarcinoma gástrico invasivo, bien diferenciado T2 de 2 x 1,7 x 1 cm, asociado con un tumor del estroma gastrointestinal de 0,6 cm en su diámetro máximo (**Figura 3**). Celularidad baja e Índice mitótico: 0 – 1 mitosis por 50 campos de alta magnificación. Se realiza inmunohistoquímica con expresión de CD117 CKIT, CD34, Vimentina y diferenciación miogénica (**Figura 4**).

La paciente es reintervenida, sometiéndose a gastrectomía total, más linfadenectomía D2 (**Figura 5**). Se indicó PET –CT, sin ninguna alteración (**Figura 6**).



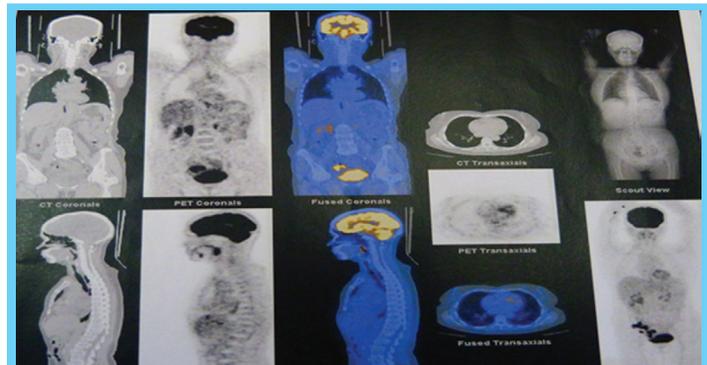
**Figura 3** Pieza quirúrgica de resección en cuña. Lesión que invade hasta la muscular propia, Adenocarcinoma gástrico invasivo, bien diferenciado T2 de 2 x 1,7 x 1 cm, asociado con un tumor del estroma gastrointestinal de 0,6 cm en su diámetro máximo.



**Figura 4** Inmunohistoquímica con expresión de CD117 CKIT, CD34, Vimentina y diferenciación miogénica



**Figura 5** Pieza quirúrgica de Gastrectomía total radical.



**Figura 6** CT-PET

## Conclusión

En la literatura se han descrito muy pocos casos de desarrollo concomitante de adenocarcinoma gástrico y GIST, la mayoría son hallazgos intra operatorios o durante el examen macroscópico.<sup>3</sup>

Las hipótesis respecto al desarrollo concomitante de ambos tumores apuntan a 1) hallazgo incidental, podría explicar sólo por simple coincidencia esta asociación, en especial en áreas de alto riesgo como nuestro país, 2) mutación genética que podría predisponer a la génesis sincrónica de esta asociación o 3) un agente carcinogénico en común que desencadenaría en tejido epitelial y no epitelial del mismo órgano, ambas neoplasia.<sup>4</sup>

En el estado Táchira - Venezuela, desde enero de 2008 a agosto de 2013 se han registrado un total de 33 casos de GIST. El rango etario comprende desde los 84 hasta los 77 años de edad. Tres de estos 33 casos eran de origen extragastrointestinal (EGIST). El porcentaje de distribución fue: esófago 3%, estómago 75,8%, intestino delgado 6%, colon 6% y EGIST 9%.

En conclusión, el programa de pesquisa ha permitido el diagnóstico de este tipo de lesiones infrecuentes, en un país de alta incidencia y mortalidad de cáncer gástrico.

## Clasificación

Área: gastroenterología.

Tipo: caso clínico.

Tema: adenocarcinoma gástrico primario y tumor del estromal gastrointestinal.

Patrocinio: este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o privado.

## Referencias bibliográficas

1. Maiorana A, Fanter, Cesinaro A, Fano R. Synchronous occurrence of epithelial and stromal tumors in the stomach: a report of 6 cases. Arch Pathol Lab Med 2000;124:682-6.
2. Bircans, Candir O, Aydin S, Baspinar S, Bulbul M, Kapucuoglu N, Et Al. Synchronous primary adenocarcinoma and gastrointestinal stromal tumor in the stomach: A report of two cases. Turk J Gastroenterol 2004;15:187-91.
3. Salemis N, Gourgiotis S, Tsiambas E, Karameris A, T So-hataridis E. Synchronous occurrence of advanced adenocarcinoma with a stromal tumor in the stomach: a case report. J Gastrointestin Liver Dis 2008;17:213-5.
4. Liu W, C Hen H, H Sieh P. Collision tumor of the stomach: a case report of mixed gastrointestinal stromal tumor and adenocarcinoma. J Clin Gastroenterol 2002;35:332-4.



SOCIEDAD  
VENEZOLANA DE  
GASTROENTEROLOGÍA

¡SÍGUENOS!



@sovegastro



Sociedad Venezolana de  
Gastroenterología

o visítanos en nuestro portal Web  
[www.sovegastro.org](http://www.sovegastro.org)

**Envíanos tus sugerencias y entérate  
de nuestras más recientes actividades!**

Inscríbete en la Sociedad Venezolana de  
Gastroenterología y goza de  
innumerables beneficios:

- \* Recibe nuestros ejemplares educativos e informativos: GEN, Notigen y Notigen Digital
- \* Participa en las actividades de las secciones y los capítulos
- \* Inscríbete en el Fondo de Previsión Social
- \* Participa gratis o con descuento en nuestros congresos anuales.

Entre otros, que te mantendrán  
al día con las últimas tendencias.

# Trabajos presentados en el XXXVI Congreso Venezolano de Gastroenterología 2015

## TRABAJOS LIBRES

### MODALIDAD PRESENTACION ORAL

#### 1. COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) EN PACIENTES CON PATOLOGÍA BILIOPANCREÁTICA. HOSPITAL DE REFERENCIA EN VENEZUELA

Néstor Mora\*, Spitalé Evelin\*\* Gastroenterólogo. Jefe de la Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición, Hospital Dr. Pedro Emilio Carrillo, Valera Edo. Trujillo\*/Adjunto. Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición, Hospital Dr. Pedro Emilio Carrillo, Valera Edo. Trujillo\*\*

##### Resumen

Las patologías biliopancreáticas son un problema de salud con serias implicaciones médicas y económicas. El tratamiento endoscópico por medio de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) procedimiento que permite evaluar la estructura del ducto biliar con una seguridad mayor a un (90%) llevó a una expansión rápida de sus aplicaciones. **Objetivo:** Caracterizar la (CPRE) en pacientes con patología biliopancreática que acudieron al Hospital Central de Valera. **Métodos:** Estudio prospectivo. Con una población de 45 pacientes. Se elaboró un instrumento de recolección de datos, donde se incluyó información epidemiológica, clínica, paraclínica, se detalló los hallazgos de la CPRE (patología biliopancreática, terapéutica utilizada y las complicaciones). **Resultados:** El género que predominó fue el femenino: 24 pacientes (53%), y edades comprendida entre 41 - 50 años (33%). La coledocolitiasis fue la patología con mayor frecuencia 26 pacientes (57.7%), seguido de 9 pacientes (19.9%) con Tumor biliopancreáticos. Se efectuó esfinterotomía biliar en 35 pacientes (77.7%), extracción de litos de colédoco en 26 pacientes (57.7%), y colocación de endoprótesis en 20 pacientes (44.4%). Solo 4 pacientes (8.8%) presentaron hemorragia controlada durante el procedimiento, y 2 pacientes (4.4%) pancreatitis aguda leve. **Conclusión:** la (CPRE) es utilizada actualmente como procedimiento terapéutico con un amplio rango de seguridad y éxito.

#### 2. PATOLOGIA BILIAR EN PACIENTES CON BYPASS GÁSTRICO- Y ROUX

Landaeta Jorge\*, Dias Carla\*\*, Tempestini Ornella\*, Caraballo Diego\*. Policlínica Metropolitana\*/Clínica Santiago de León\*\*

##### Resumen

El abordaje endoscópico para patología biliopancreática en pacientes con cirugía bariátrica ha sido muy laborioso y poco efectivo. **Objetivo:** Evaluar la eficacia de diferentes aborda-

jes ESB-CPRE y CPRE transgástrica asistida por laparoscopia (CPRE TGAL) en el tratamiento de patología biliar en pacientes con bypass gástrico-Y Roux. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo (febrero 2009 - mayo 2015). Se incluyeron 16 pacientes (20 procedimientos) con Bypass gástrico Y-Roux con diagnóstico de patología biliar, 11 pacientes ESB-CPRE (46 ± 12 años), (5) pacientes CPRE TGAL (50 ± 10 años). Tasa de éxito diagnóstica, terapéutica, tiempo procedimiento, complicaciones y estancia hospitalaria fueron evaluados. **Resultados:** 20 procedimientos (11 ESB-CPRE, 9 CPRE-TGAL) en 9 (81,81%) ESB-CPRE se identificó y canuló la papila, diagnosticándose litiasis (5), tumor papila (1), disfunción Oddi (1), estenosis (1). Se realizó terapéutica 9 pacientes esfinterotomía (8), esfinteroplastia (1), Extracción cálculo (5), biopsia (1), colocación prótesis (2), retiro prótesis (1). 2 (18,2%) pacientes falló procedimiento (no alcance papila). En 9 (100%) pacientes CPRE TGAL se identificó y canuló la papila diagnosticándose: litiasis (5), estenosis (1), disfunción Oddi (2), tumor papila (1), prótesis (2). En todos se realizó Terapéutica: esfinterotomía (7), extracción cálculos (5), litotripsia mecánica (1), extracción prótesis (2), biopsia (1). Tiempo procedimiento ESB-CPRE 86 ± 25 minutos/CPRE TGAL 34 ± 6 (p=0.001). Estancia hospitalaria ESB-CPRE 44 ± 18 horas/CPRE TGAL 136 ± 38 horas (p=0.001). Complicaciones: CPRE TGAL: sangrado resuelto endoscópicamente (1), hiperamilasemia (3). **Conclusiones:** Nuestros resultados sugieren que ambos métodos tienen similar eficacia diagnóstica y terapéutica. CPRE TGAL es más rápido con mayor estancia hospitalaria.

#### 3. LESIONES DIMINUTAS DE COLON: TÉCNICA DE ELEVACION DE LA MUCOSA CON IRRIGACION FORZADA CON BOMBA AGUA PARA EVIDENCIAR RESECCIÓN COMPLETA DE LESIONES CON PINZA DE BIOPSIA

Landaeta Jorge\*, Dias Carla\*\*, Tempestini Ornella\*, Caraballo Diego\*, Armas Virginia\*\*\*, Mengual Edgar\*\*\*, Méndez Jessica\*\*\*, Salazar Maria\*\*\*, Bermúdez Luis\*\*\*\* Policlínica Metropolitana\*/Clínica Santiago de León\*\*/Hospital Universitario de Maracaibo\*\*\*/Hospital Central de Maracaibo\*\*\*\*

##### Resumen

Hay pocos métodos ampliamente adoptados, aplicados y disponibles fácilmente, a bajo costo que permitan verificar resección completa post resección con pinza de biopsia de pólipos diminutos. **Objetivo:** Evaluar la eficacia en la delimitación y realce de los bordes de resección, de un nuevo método elevando la mucosa con un sistema hidrojet post resección con pinza de biopsia de pólipos diminutos colo-rectales. **Métodos:** Estudio prospectivo (mayo 2014-2015), Policlínica Metropolitana. Se utilizó videocolonoscopio Olympus 180®, bomba hidrojet

ERBE. Se incluyeron pacientes con lesiones diminutascolorectales. Cada pólipo detectado fue caracterizado: luz blanca y NBI. Clasificación Sano-Emura se registró, histología fue reportada. Técnica realizada: resección del pólipo con pinza de biopsia, posterior irrigación del área de resección con bomba hidrojete (100 cc/minuto); evaluación del área, completar resección en caso tal que fuese necesario. **Resultados:** Un total (158) pólipos diminutos (84 pacientes), edad promedio 59 años (30-91). Colon derecho (52), izquierdo (72), anorecto (34). Clasificación Sano Emura: Tipo I 125 (79,1%), Tipo II 33 (20,9%). De los 158, en 105 pólipos (66,45%) la técnica permitió realzar los bordes y verificar bordes libres lesión. De los 53 con tejido residual post resección en un segundo intento, se aplicó técnica y se verificó tejido residual en 2 (3,77%), realizando una tercera resección con aplicación de la técnica verificando márgenes libres lesión. Irrigación mucosal post resección permitió modificar conducta terapéutica: 33,54% y 3,77% respectivamente. De los 52 pólipos colon derecho la técnica permitió evidenciar bordes con lesión postresección en 15, modificando la conducta terapéutica 29%. **Conclusiones:** El nuevo método de elevación mucosal con irrigación hidrojete postresección con pinza de biopsia de pólipos diminutos colorectales parece ser una técnica eficaz en delimitar y realzar bordes de resección modificando conducta terapéutica en términos de seguridad y curabilidad.

#### 4. EXPERIENCIA COLANGIOSCOPIA PERORAL MONOPERADOR (SPYGLASS) EN PATOLOGÍA BILIAR EN UN CENTRO PRIVADO DE TERCER NIVEL EN VENEZUELA

Landaeta Jorge\*, Dias Carla\*\*, Paternina Ricardo\*\*\*, Tempestini Ornella\*, Caraballo Diego\*  
Policlínica Metropolitana\*/Clínica Santiago de León\*\*

##### Resumen

Spyglasses uncolangioscopio peroral mono operador desechable que ha estado disponible desde principios de 2007 para patología biliar. **Objetivo:** Demostrar la experiencia en Venezuela usando sistema Spyglass en pacientes con patología biliar. **Pacientes y Métodos:** Estudio prospectivo (febrero 2012 - mayo 2015), Policlínica Metropolitana. 50 spyglass fueron realizados, representando 7,7% del volumen de CPRE biliares en el mismo período (50/650). Se incluyeron 46 pacientes (45 hombres, 1 mujer), edad media 62,6 años (24-92 años). Indicaciones: coledocolitiasis (20), estenosis (23), tumor (2), descartar Neo entre 2 prótesis (1), prótesis transstent (1). Un mono operador a través de un duodenoscopio terapéutico realizó colangioscopias spyglass. Sedación por anestesiología en quirófano y antibiótico profiláctico fue administrado. **Resultados:** Spyglass fue realizada en 46 pacientes (50 procedimientos). Hallazgos: litiasis (20 pacientes), estenosis benigna (10), estenosis maligna (13), colangitis esclerosante (1), prótesis transstent (1). De los pacientes con litiasis, el clearance ductal posterior a litotripsia holmium láser se logró en el 85% después de una sesión, y el 15% en un segundo intento. Spyglass confirmó el diagnóstico de malignidad en 13/21 (62%), el diagnóstico se estableció por combinación de características visuales y biopsias directas. En 7/21 (33,33%)

cambio diagnóstico: benigno (6), colangitis esclerosante (1) y en uno no se pudo establecer diagnóstico. La sospecha de benignidad se confirmó en 3/4 pacientes. Pancreatitis, microperforación retroperitoneal y fístula pancreática se reportó en un paciente (2,17%) resuelto con tratamiento médico y quirúrgico. **Conclusiones:** Spyglass es una técnica útil en estenosis sospechosa de benignidad o malignidad, difirió el diagnóstico, modificando la conducta. Es una técnica adyuvante de la CPRE en el manejo de cálculos.

#### 5. VIDEOANOCAP: NUEVA TÉCNICA ENDOSCÓPICA DIRIGIDA PARA LA EVALUACION DEL ÁREA ANORECTAL

Landaeta Jorge\*, Tempestini Ornella\*, Dias Carla\*\*, Caraballo Diego\*, Armas Virginia\*\*\*, Mengual Edgardo\*\*\*, Méndez Jessica\*\*\*, Salazar Maria\*\*\*, Bermúdez Luis\*\*\*\*  
Policlínica Metropolitana\*/Clínica Santiago de León\*\*/Hospital Universitario de Maracaibo\*\*\*/Hospital Central de Maracaibo\*\*\*\*

##### Resumen

El área anorectal es asiento de múltiples patologías y su evaluación se basa fundamentalmente exploración anorectal, anoscopia y/o rectosigmoidoscopia. **Objetivo:** Demostrar la eficacia de una nueva técnica endoscópica (Videoano Cap) en el diagnóstico de patología anorectal. **Pacientes y Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo (junio 2014-mayo 2015), Policlínica Metropolitana. Se utilizó videocolonoscopia Olympus Exera 180, uso de capuchón recto Olympus®. Se incluyeron todos los pacientes con síntomas anorectales: proctalgia (16), rectorragia (32), prurito (7), sensación masa (5). Videoanocap se realizó bajo sedación por anestesiología (midazolam o propofol). Se siguió protocolo de evaluación endoscópica: luz blanca, NBI, magnificación. Todos los hallazgos fueron corroborados por coloproctólogo (revisión foto video documentación). **Resultados:** 59 pacientes (31 femeninos, 28 masculinos). Edad media 54,76 años (22-80). Hallazgos: fisura anal (4), criptas hipertróficas (7), fibrosis cicatricial en línea anopectínea (1), hemorroides externas (20), hemorroides internas (1) hemorroides mixtas (17), papila hipertrófica (1), pliegue cutáneo engrosado (1), pólipo anal (2), tumor recto (1), normal (5). De los pacientes con diagnóstico de enfermedad hemorroidal (38), 6 presentaron signos endoscópicos sugestivos de complicación: sangrado (2), trombosis (2), erosiones (1), prolapso hemorroidal (1). **Conclusiones:** Videoanocap es un método eficaz en la exploración del área anorectal, dado su utilidad para la separación y aplanamiento de pliegues, magnificación mucosa, permitiendo observar el área anorectal en toda su extensión, poniendo en evidencia las lesiones que se encuentran en él, ya que permite fijar el área evaluada para su decisión terapéutica final en abordaje frontal sin necesidad de retroflexión.

#### 6. EVALUACION FUNCIONAL DE LA UNION ESOFAGO GÁSTRICA POR IMPEDANCIA PLANIMÉTRICA ANTES Y DESPUÉS DE GASTRECTOMIA VERTICAL EN MANGA COMO FACTOR PREDICTOR DE ENFERMEDAD DE

## REFLUJO GASTRO ESOFAGICO "DE NOVO". COMUNICACIÓN PRELIMINAR

Aponte Raú\*<sup>1</sup>, Cardozo Alberto\*\*<sup>2</sup>, Rejón Leonardo\*\*\*<sup>3</sup>, Dávila Johanan\*\*\*<sup>4</sup>, Echenique Marjorie, Cardozo María G\*\*\*<sup>5</sup>  
Neuro gastroenterólogo, Coordinador de la Unidad de Motilidad esofágica, Clínica Gastro Bariátrica. Maracay. Edo Aragua\*/Cirujano Bariátrico. Coordinador de Fellowship de Cirugía Bariátrica, Clínica Gastro Bariátrica\*\*/Cirujano Bariátrico. Clínica Gastro Bariátrica\*\*\*

### Resumen

**Introducción:** La gastrectomía vertical en manga (MG) consiste en reseca el fundus y la curva mayor del estómago preservando la curvatura menor en forma tubular.<sup>1</sup> Estudios reportan aumento de riesgo de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) "de novo" en pacientes con MG por la eliminación del fundus gástrico, pérdida del ángulo de His, sección de fibras musculares en cincha.<sup>2,6</sup> Yehoshua y col. demostraron disminución de distensibilidad e incremento de presión gástrica después de MG.<sup>7</sup> Pandolfino et al.<sup>8,9</sup> señalaron que la distensibilidad de la unión esófago gástrica (UEG) es indicador del grado de apertura de la misma aumentando la tendencia al reflujo. **Objetivos:** Evaluar los cambios anatómicos y funcionales de presión y distensibilidad de la UEG mediante impedancia planimétrica (Endoflip®) involucrados en la aparición de reflujo gastroesofágico. Nosotros hipotizamos que los eventos de reflujo ocurren por disminución temporal de la zona de alta presión a nivel de la UEG en presencia de un gradiente de presión en sentido gastroesofágico debido a incremento de la presión intragástrica del reservorio y de la distensibilidad en presencia de tono normal de la UEG. **Pacientes y Métodos:** Estudio prospectivo, experimental de cohorte con 23 pacientes de acuerdo a los criterios establecidos por la ISGC (10) Los pacientes con diagnóstico de ERGE preoperatorio y hernia hiatal fueron descartados de la investigación. Los sujetos incluidos tuvieron Videogastroscoopia y Manometría esofágica de alta resolución preoperatoria. Durante el acto quirúrgico se realizó medición de presión y distensibilidad de la UEG con el sistema EndoFLIP® en 2 momentos de la cirugía: al estabilizarse el neumoperitoneo y finalizada la gastrectomía, incluyendo la medición de presión y distensibilidad del reservorio gástrico. **Resultados:** Se evaluaron 23 pacientes, 16 mujeres, edad promedio: 28 años. Índice de masa corporal promedio 35,4 kg/m<sup>2</sup>. La medición inicial con el Endoflip® documentó presión del EEI de 30,93 mmHg, y distensibilidad 11,69 mm<sup>2</sup>/mmHg. La segunda medición mostró incremento de presión a 34,29 mmHg (diferencia de medias de -3,18) y el valor de la distensibilidad fue de 15,18mm<sup>2</sup>/mmHg (diferencia de medias de -3,47). La medición del reservorio gástrico registró presión de 39,48 mm<sup>2</sup>/mmHg). Los cambios registrados presión y distensibilidad mostraron una diferencia altamente significativa (p<0,0001). **Conclusión:** De acuerdo a los resultados obtenidos del coeficiente de correlación de Pearson se confirma que existe una relación positiva y media entre las variables con significación estadística (p<0,05), a un nivel de confianza de 95%, diferente a cero, determinando que los factores implicados en la

génesis del ERGE posterior a MG están condicionados a una importante elevación de la presión del reservorio gástrico y aumento de distensibilidad de la UEG.

## 7. REFLUJO FARINGEO LARINGEO: RELACIÓN CON LA AUSENCIA DE PORCIÓN INTRA ABDOMINAL DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR

Alcántara Bruno Manuel Clement\*<sup>1</sup>, Rodríguez Sánchez Flor Amelia\*<sup>2</sup>, Louis Cesar\*\*<sup>3</sup>. Hospital Jesus Yerena "Lidice"\*/Centro médico de la Trinidad\*\*

### Resumen

Se realiza un estudio prospectivo y transversal para evaluar y correlacionar la relación entre el reflujo faringolaríngeo y la ausencia de porción intraabdominal del esfínter esofágico inferior. Se evaluaron 65 pacientes referidos a la consulta de Gastroenterología por la Consulta de Otorrinolaringología con diagnóstico de Reflujo Faringolaríngeo, del Centro Médico Docente La Trinidad en el período 2013 - 2014 para estudios de manometría esofágica y phmetria. Se les realizó un interrogatorio evaluando síntomas típicos (regurgitación y pirosis) y síntomas atípicos (tos y disfonía). Posteriormente se seleccionaron dos grupos a comparar: un grupo con ausencia de porción intraabdominal del esfínter esofágico inferior y otro con presencia de porción intraabdominal del esfínter esofágico superior. Como grupo control para ambas poblaciones a estudiar, se utilizaron los valores normales del equipo Marca Sandhill Scientific, modelo Insight Manometry System S98-0190, con un software BioView Análisis 2.0, extrapolándolos a la población en estudio. Se les realizó manometría esofágica (previo consentimiento por escrito) a todos los pacientes de ambos grupos con un equipo manométrico Sandhill Scientific, modelo Insight Manometry System S98-0190, con un software Bio View Análisis 2.0, con catéter express de 5 canales, estado sólido; con retiradas estacionarias cada 1 cm, determinando porción intraabdominal del esfínter esofágico inferior, presión del esfínter esofágico inferior (EEI) y motilidad esofágica. También se les realizó pH metriaesofagica en 24 horas (previo consentimiento por escrito) a todos los pacientes de ambos grupos con equipo Sleugh Sandhill Scientific®. Se utilizaron dos electrodos de antimonio de pH y se colocó 5 cm por encima del borde superior del esfínter esofágico inferior y otro a 10 cm de este (ubicados por manometría), después de calibración en soluciones de pH 4 y 7; tomando como positivas cuando el índice de puntuación combinada de De Meester y Johnson era superior a 14,7. El análisis de los datos y la elaboración de informes escritos con el diagnóstico manométrico de cada paciente fue realizado por un gastroenterólogo entrenado para la realización de manometría esofágica y pH metría, luego es recopilada la información obtenida en una base de datos informática del Laboratorio de Motilidad Digestiva del Servicio de Gastroenterología del CMDIT. Los resultados del presente estudio no demostraron relación significativa entre el reflujo faringolaríngeo y la ausencia de porción intraabdominal del esfínter esofágico inferior; así mismo no demostró relación significativa entre las variables: sexo, edad, clínica, hallazgos manométricos (presión normal o baja

del EEI); pero si demostró que los pacientes con ausencia de porción intraabdominal del esfínter esofágico inferior, dato obtenido a través de manometría esofágica estacionaria, tienen un estudio pH métrico positivo para reflujos ácidos; resultado que brinda una cualidad a este segmento que no tiene denominación ni es considerado hernia hiatal, que si bien no es normal, el presente estudio demostró que si puede ser un factor desencadenante de ERGE y por consiguiente de reflujo faringolaríngeo.

## 8. HEPATITIS ALCOHOLICA: FACTORES PREDICTIVOS DE MORTALIDAD

Edmundo Martínez\*\*, Yleana Marquez\*, Marlene Dominguez\*, Roberto Leon\*\*, Manuel Carreiro\*  
Servicio de Gastroenterología, Hospital Dr. Domingo Luciani, Caracas-Venezuela\*/Unidad de Gastroenterología y Hepatología, Instituto Medico La Floresta, Caracas - Venezuela\*\*

### Resumen

**Introducción:** La enfermedad hepática alcohólica en una causa importante de hepatopatía en el mundo. **Objetivo:** Evaluar el valor combinado de parámetros epidemiológicos, clínicos y paraclínicos en la estratificación de riesgo de muerte a los 90 días en pacientes con Hepatitis Alcohólica (HA). **Métodos:** estudio retrospectivo, en pacientes con HA hospitalizados en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Domingo Luciani entre el 1 de enero de 2010 y el 31 diciembre 2011. **Resultados:** se incluyeron 39 pacientes, con edad promedio de 50,70 años, 87,17% del sexo masculino. Según los índices pronósticos clásicos: Maddrey, Glasgow y ABIC, el 74,4%, 53,8% y 12,8% de los pacientes tenían HA grave. Fallecieron el 40% de los pacientes. En el análisis univariado y multivariado de las variables incluidas, solo la glicemia y la ALT tuvieron significancia en la predicción de mortalidad a los 90 días. El 76,92% de los fallecidos tenían niveles de glicemia mayores a 75 mg/dL y de ALT menores a 40 U/L. Conclusiones: La HA tiene una alta mortalidad. La glicemia y los niveles de ALT son predictores independientes de mortalidad a los 90 días. No hubo diferencia entre los índices pronósticos clásicos en la predicción de mortalidad a los 90 días.

## 9. ALTERACIONES EN LOS MARCADORES DE FUNCIONALISMO HEPÁTICO, PERFIL OXIDATIVO Y TNF-A, EN CONSUMIDORES DE PRODUCTOS HERBALIFE® DE MARACAIBO - VENEZUELA

Mengual Edgardo\*\*, Lizarzábal Maribel\*, Hernández Ileana\*, Cano Clímaco\*\*\*, Amell Anilsa\*\*\*, Linarez Sergia\*\*\*, Carrillo Marisol\*\*\*, Ramos María\*  
Instituto de Investigaciones Biológicas\*/Postgrado de Gastroenterología del Hospital Universitario de Maracaibo\*\*/Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas Dr. Félix Gómez. Facultad de Medicina, Universidad del Zulia\*\*\*

### Resumen

Los productos Herbalife® son ampliamente consumidos en el mundo, como opción natural y segura para perder peso; no obstante, se han reportado casos de hepatotoxicidad. El obje-

tivo fue determinar si existe alguna alteración en las pruebas de funcionalismo hepático, indicadores del estrés oxidativo y en el TNF-α en consumidores de Herbalife®. Se realizó una investigación de casos y controles en 100 individuos adultos de Maracaibo (50 consumidores de Herbalife® y 50 controles), excluyendo individuos con hepatopatía crónica. Se midieron marcadores de funcionalismo hepático [alaninoamino transferasa (ALT), aspartatoaminotransferasa (AST), gamma glutamiltranspeptidasa (GGT), fosfatasa alcalina (FA), bilirrubina, albúmina, perfil lipídico y la razón normalizada internacional (INR)], TNF-α y perfil oxidativo [malondialdehído (MDA), óxido nítrico (ON) y ácido úrico (AU)]. Las enzimas hepáticas fueron significativamente más elevadas en el grupo Herbalife®: AST, 30,3±6,9 vs 24,1±4,1 UI/L; ALT, 28,8±12,4 vs 22,1±7,1 UI/L; GGT, 34,2±20,0 vs 23,9±17,0 UI/L y FA, 74,2±21,0 vs 62,8±21,4 UI/L; p<0,01. También fueron superiores los valores de: TNF-α, 17,6±2,7 vs 10,7±5,9 pg/mL; ON, 36,8±15,3 vs 29,3±12,3 ug/mL y AU, 4,7±1,2 vs 3,9±1,1 mg/dl, mientras que el MDA fue más bajo (0,6±0,3 vs 1,2±0,5; p<0,01). Los resultados sugieren que los consumidores de Herbalife® tienen un incremento del TNF-α y estado oxidativo (ON, AU) más no de la peroxidación lipídica (MDA) con cierto grado de lesión tisular (AST, ALT, GGT y FA). En tal sentido, se recomienda evitar el consumo de Herbalife® en pacientes con patología hepática establecida.

## 10. CORRELACIÓN DEL VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO CON EL DIAGNÓSTICO DE PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN MARACAIBO

Nava Carolin\*, Rangel Rosa\*, Mengual Edgardo\*\*, Lizarzábal Maribel\* Postgrado de Gastroenterología del Hospital Universitario de Maracaibo\*/Instituto de Investigaciones Biológicas. Facultad de Medicina - Universidad del Zulia\*\*

### Resumen

Diversas investigaciones han demostrado que incremento del Volumen Plaquetario Medio (VPM) se ha asociado con condiciones inflamatorias sistémicas con valor de corte de 8,77 fL. En pacientes con cirrosis hepática se ha intentado establecer otros parámetros de laboratorio para predecir infecciones agudas como la Peritonitis Bacteriana espontánea (PBE) principalmente en estadio avanzado. El objetivo del estudio fue determinar si existe correlación entre el VPM y el diagnóstico de PBE. Se realizó un estudio retrospectivo en 113 pacientes con cirrosis hepática y ascitis (55 con PBE y 58 no infectados), atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Maracaibo durante el año 2014. Se consideró como punto de corte 10 fL para el VPM. Se excluyeron pacientes con hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cerebro vascular, enfermedades hematológicas, enfermedad renal crónica y síndrome coronario agudo. Existe correlación estadísticamente significativa entre el incremento del VPM y el diagnóstico de PBE (r0.358; p<0,001). En pacientes con cirrosis hepática y ascitis, el VPM puede ser propuesto como una prueba para predecir infección del líquido ascítico.

## 11. ECTOPIA GÁSTRICA EN ESÓFAGO. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ENDOSCÓPICAS Y ANATOMOPATOLÓGICAS

Rass H\*, Baptista A\*, Guzmán M\*, Dávila M\*  
Hospital de Clínicas Caracas, Caracas\*

### Resumen

La mucosa gástrica heterotópica (HGM) en el esófago cervical es una lesión macroscópicamente rosa de origen congénita caracterizada por la presencia de epitelio gástrico en el esófago superior. La importancia clínica de estas lesiones sigue siendo desconocido. La prevalencia de diagnóstico endoscópico de HGM en esófago cervical con uso de la iluminación convencional (CI) varía de 1% a 10%. Si bien suelen ser asintomáticos pueden presentar síntomas como tos crónica, pirosis regurgitación ácida, sensación de globo, disfagia junto con complicaciones tales como esofagitis, ulceración, perforación, estenosis y adenocarcinoma del esófago cervical. La mayoría considera HGMPE como entidad clínicamente irrelevante. La importancia clínica de HGMPE es principalmente la transformación neoplásica relacionada o ácido. La prevalencia de síntomas de reflujo laringofaríngeo varía desde menos de 20% a tan alto como 73,1%. Sin embargo, la mayoría de estos síntomas son leves. **Métodos:** se determinó de manera prospectiva desde enero a junio 2015 la incidencia y tipo histológico de la ectopia gástrica, así como el número, localización, tamaño, características histológicas como metaplasia gástrica, inflamación, presencia de *Helicobacter pylori*, displasia. Se tabularon datos demográficos como la edad, sexo. **Resultados:** Desde enero 2015 a junio 2015 se realizaron 322 gastroscopias diagnósticas y se identificaron 17 pacientes con ectopia gástrica para una incidencia de 5%, sexo masculino 6, femenino 11, pirosis regurgitación ácida se identificó en 7 pacientes, dolor retroesternal 1 paciente, sensación de globo, 1 paciente, 5 pacientes sin síntomas esofágicos, en cuanto a la características histológicas 11 se identificaron como metaplasia columnar de tipo oxíntica, de las cuales 4 de ellas presentaban inflamación crónica, el resto es decir 6 pacientes metaplasia columnar de tipo cardíal con carditis crónica. Se identificó *H. pylori* en uno de ellos por endomicroscopia con focal. Solo un paciente con doble ectopia. Se realizó resección de la mucosa ectópica en 03 pacientes por síntomas esofágicos persistentes. **Conclusión:** Aunque en gran medida la ectopia gástrica es considerada asintomática, puede causar síntomas supraesofágicos como tos, odinofagia y disfonía, disfagia, casos reportados de adenocarcinoma, ulceración, esofagitis, perforación. Por lo tanto, debe ser cuidadosamente evaluada durante EGD en pacientes con síntomas de tipo esofágicos superiores refractarios.

## 12. TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS YEYUNO-YEYUNAL EN POST-OPERATORIO INMEDIATO DE BY-PASS GÁSTRICO

Alberto Baptista\*, María Guzmán\*, Alberto Salinas\*  
Hospital clínicas Caracas\*

### Resumen

**Introducción:** La Estenosis de Anastomosis yeyuno-yeyunal (Y de Roux) en post-operatorio inmediato de By-pass Gástrico Laparoscópico es una complicación infrecuente. Habitualmente requiere reintervención quirúrgica. La dilatación endoscópica es una opción terapéutica en caso seleccionado. **Pacientes y Métodos:** Se incluyeron 15 pacientes en post-operatorio inmediato de By-pass gástrico que presentaron vómitos y en estudios radiológicos dilatación del Asa de Roux. Se progresó con colonoscopia pediátrica o colonoscopia estándar hasta yeyuno-yeyuno anastomosis. Se avanzó guía hidrofílica biliar y sobre ésta balón de dilatación hidroneumático que fue insuflado hasta 20 mm. Se procuró en todos los casos acceder al asa biliar-pancreática y al canal común. Los procedimientos fueron realizados en sala de endoscopia sin Fluoroscopia y bajo sedación con Propofol por anestesiólogo. **Resultados:** La dilatación endoscópica fue efectiva en 14 de 15 pacientes. Un paciente ameritó 2 sesiones de dilatación para alivio completo de los síntomas. Ocurrió perforación en 1 caso por lo que el paciente fue reintervenido quirúrgicamente donde se realizó sutura primaria de la perforación y reconstrucción de anastomosis yeyuno-yeyunal. La dilatación endoscópica con balón hidroneumático de la estenosis de anastomosis en Y de Roux en período post-operatorio inmediato de By-pass gástrico es un procedimiento altamente eficiente con una tasa de complicaciones de 6,6% y una tasa de eficiencia de 93,9%.

## 13. MANEJO ENDOSCÓPICO DE COMPLICACIONES SECUNDARIAS A ESOFAGECTOMIA Y ASCENSO GÁSTRICO

Alberto Baptista\*, María Guzmán\*  
Hospital de Clínicas Caracas\*

### Resumen

**Introducción:** La Esofagectomía con ascenso gástrico es una cirugía indicada en condiciones tales como carcinoma de esófago, cardias y en algunos casos de esofagitis cáustica severa. Se presenta una serie de 9 pacientes con complicaciones después de esofagectomía y ascenso gástrico que fueron manejadas endoscópicamente. **Pacientes y Métodos:** Se evaluaron 2 pacientes con necrosis proximal del tubo gástrico, 2 pacientes con estenosis funcional de antro - piloro, 1 paciente con estenosis funcional de parte media de tubo gástrico, 2 pacientes con fuga de anastomosis esófago-gástrica y 2 pacientes con estenosis de anastomosis esófago-gástrica. En los pacientes con necrosis de tubo gástrico se realizó necrosectomía, lavado de cavidad y se colocaron Stents Metálicos Autoexpansibles totalmente cubiertos. Posteriormente los pacientes han presentado estenosis que han requerido dilataciones endoscópicas sucesivas. Los 2 pacientes con estenosis funcional de tubo gástrico se manejaron, uno con colocación de Stent Metálico Autoexpansible totalmente cubierto por un período de 3 meses logrando buena respuesta sintomática y el otro con Píloromiotomía Endoscópica. Los 2 pacientes con fuga de anastomosis fueron manejados mediante colocación de Stent Metálico Autoexpansible parcialmente cubierto logrando la resolución de la fistula. En uno de ellos se acce-

dió endoscópicamente al tórax de donde se drenó colección torácica y se realizó decorticación pulmonar. El paciente con estenosis funcional de tubo gástrico fue manejado mediante colocación de Stent Metálico Autoexpansible totalmente cubierto. **Resultados:** Todos los pacientes evolucionaron en forma satisfactoria. Los 2 pacientes con necrosis del tubo gástrico después de retirar el Stent han presentado estenosis ameritando varias sesiones de dilatación endoscópica. Los 2 pacientes con estenosis funcional de antro-píloro los síntomas de obstrucción desaparecieron al retirar el Stent en el primer paciente e inmediatamente después de la Miotomía en el segundo paciente. El paciente con la estenosis funcional del tubo gástrico presentó alivio completo de los síntomas en forma permanente después de retirar el Stent. En los pacientes con fugas de anastomosis y estenosis de anastomosis evolucionaron en forma muy satisfactoria. No hubo complicaciones inherentes a los procedimientos endoscópicos en ningún caso. **Conclusión:** Algunas complicaciones post-quirúrgicas severas secundarias a esofagectomía con ascenso gástrico son susceptibles de manejo endoscópico.

#### 14. GASTROTOMIA TRANSMURAL ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON CAVIDADES PERI-GÁSTRICAS SELLADAS DESPUES DE RESPUESTA INCOMPLETA A STENT POR FUGAS GÁSTRICAS

A Baptista\*, A Salinas\*, MA Guzmán\*, MD Ramírez\*  
Hospital clínico Caracas\*

##### Resumen

**Introducción:** Los Stent Metálicos Autoexpansibles son una alternativa eficiente de manejo de fistula secundaria a gastrectomía vertical en manga. Sin embargo alrededor del 22% de los pacientes puede presentar fístulas refractarias a tratamiento de Stent o cavidades peri-gástricas que aunque no comunican con la piel abdominal persisten después del retiro del Stent. **Pacientes y Métodos:** Se presenta una serie de 20 pacientes con cavidades peri-gástricas diagnosticadas por endoscopia y radiología después del retiro del Stent. En estos casos basados en técnica descrita previamente en la literatura se realizó incisión transmural de la pared del estómago para comunicar estas cavidades selladas por el peritoneo hacia la luz gástrica con los objetivos de evitar la repetición de colecciones y/o reparaciones de fístulas a piel. Los procedimientos fueron realizados con Bisturí endoscópico tipo TT-KNIFE o HYBRIDE-KNIFE utilizando corriente de coagulación forzada. En cinco casos ocurrió sangrado que fue controlado con pinza de Electro-coagulación. En todos los casos hubo resolución completa entre cuatro y seis semanas logrando la incorporación de la cavidad hacia la luz gástrica y reepitalización del área. Todos los pacientes presentaron dolor inmediatamente después de la intervención que fue manejado con antiinflamatorios no esteroideos. Todos los pacientes recibieron altas dosis de inhibidores de bombas de protones durante seis semanas después del procedimiento. **Conclusión:** En paciente con fugas posteriores a gastrectomía vertical en manga y que presentan cavidades peri-gástricas no resueltas después del retiro de Stent Metá-

lico Autoexpansible la gastrotomía transmural endoscópica está indicada para prevenir formación de nuevos abscesos o reapertura de fístulas gastro-cutáneas.

#### TRABAJOS LIBRES

##### MODALIDAD POSTER CON DISCUSIÓN

#### 1. COLITIS ULCEROSA COMPLICADA CON FÍSTULAS PERIANALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Carvajal Carlos\*, Louis Cesar\*\*, Arellano Rosana\*, Álvarez Carlos\*. Hospital Universitario de Caracas, julio 2015\*/ Centro Médico Docente La Trinidad\*\*

##### Resumen

La colitis ulcerosa (CU) representa un grupo de afecciones intestinales inflamatorias crónicas idiopáticas, junto a enfermedad de Crohn (EC) y colitis indeterminada. La incidencia es de 3-15 casos/10000 habitantes, presentándose a cualquier edad, con pico de incidencia entre los 15 y 30 años, sin especificidad de género. El diagnóstico de CU se basa en la correlación entre la sintomatología, los hallazgos endoscópicos e histológicos. La incidencia de fístulas perianales en CU es de 5% en contraste con 54% en EC; por lo que se reporta caso de paciente masculino de 35 años, quien se realizó colonoscopia el 27/03/14 concluyendo: Enfermedad inflamatoria intestinal (EII): colitis izquierda. Biopsia de colon descendente: Criptitis, colitis crónica reagudizada, exulcerada; en tratamiento regular con Azatioprina 50 mg VO OD quien presenta el 02/06/15, tenesmo rectal, proctalgia y pérdida de peso de 10 kg en un mes. Se realizó colonoscopia concluyendo EII: Colitis ulcerosa complicado con fístulas en recto bajo. Se trae el caso por la infrecuencia de fístulas perianales como complicación en CU, con una alta frecuencia en enfermedad Crohn por su afectación tras mural a diferencia de la CU.

#### 2. USO DE N-BUTIL-2-CIANOACRILATO: UN RETO EN EL TRATAMIENTO DE LAS VARICES GÁSTRICAS

Nestor Mora, Sofía Carrillo, María Marín, Evelin Spitale, Zhandra Vergara, Katherine Romero, María Fasero, Darwins Pineda. Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición/ Hospital Dr. Pedro Emilio Carrillo, Valera Edo. Trujillo, Venezuela

##### Resumen

**Introducción:** La hemorragia digestiva superior por varices gástricas, es una causa de alta mortalidad. La recomendación actual es tratar las varices gástricas (IGV1 o GOV2, de la clasificación de Sarín) con N-butil-2-cianoacrilato, para el sangrado agudo y prevención secundaria, este se utiliza en dilución con lipiodol, sin embargo se describe con soluciones con función esclerosante (polidocanol, dextrosa al 50%). **Objetivos:** Evaluar la eficacia del N-butil-2-cianoacrilato con solución hipertónica (dextrosa al 50%) en el tratamiento de las varices esofagogástricas. **Pacientes y Métodos:** se realizó terapia endoscópica con N-butil-2-cianoacrilato en 3 pacientes con varices esofagogástricas, aplicado intravaricealmente,

previa inyección de dextrosa al 50% hasta obtener la obturación de las varices. El éxito se evaluó según la hemostasia, recurrencia de sangrado y obturación. **Resultados:** de los pacientes incluidos, 1 presentaba estigmas de sangrado reciente y 2 por profilaxis secundaria. Las varices tratadas fueron GOV1 y GOV2. El 1er paciente, presentó complicación de sangrado post-inyección resuelta de inmediato, además recurrencia de sangrado, ameritando segunda terapia con cianoacrilato. Se logro obturación en el total de pacientes. **Conclusión:** El uso de cianoacrilato demuestra ser eficaz en el tratamiento de varices gástricas, presentando menores complicaciones en comparación con otras técnicas.

### 3. DETECCIÓN DE NEOPLASIAS COLÓNICAS MEDIANTE HIDROCOLONOSCOPIA EN PACIENTES SIN FACTORES DE RIESGO

Hernández Liscano M E\*, Bandres Bustamante DJ, Carvajal Colmenares AE, Garassini Chavez ME. Servicio de Gastroenterología\*/Centro Médico Docente La Trinidad\*\*

#### Resumen

**Introducción:** En Venezuela para el año 2005 se registraron 1170 muertes por cáncer de colon, recto y ano. En 1969 se hicieron las primeras colonoscopias, siendo la técnica diagnóstica más difícil de la endoscopia digestiva. A partir de 1984 se describe el uso de instilación de agua en el colon como un método para facilitar el paso del colonoscopio. Actualmente sigue abierto el debate sobre la utilidad de la rectosigmoidoscopia para detectar cancer rectocolico, considerando que en proximos años puede cambiar por completo ya que muchos países emplean la colonoscopia total como metodo de pesquisa poblacional. **Pacientes y Métodos:** Estudio experimental tipo ensayo clínico, prospectivo, longitudinal y descriptivo con 40 pacientes a los cuales se les realizo hidrocolonoscopia y se indago sobre el nivel de tolerancia y la intención de repetir el estudio. **Resultados:** 57% pacientes masculinos 43% femeninos, 44% de las lesiones se encontraron distales al ángulo esplénico. 7% no tolero el procedimiento 93% repetiría hidrocolonoscopia. **Conclusiones:** La realización del presente estudio permitió a los pacientes la posibilidad de explorar su colon de manera completa de forma efectiva, a menor costo y con altísima tolerancia, demostrando que puede ser realizada de manera rutinaria como método de pesquisa de cáncer colorectal.

### 4. GASTRODUODENITIS EOSINOFILICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Yanett L. Flores T\*, Pierina Petrossino\*\*, Sirlene Ramírez\*\*\*, Orianny Rojas\*\*\*\*, Silvia Rojas\*\*\*\*, Alejandro De Faria\* Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida, Edo. Mérida\*/Adjunto Unidad de Gastroenterología IAHULA\*\*/Anatomopatólogo Biopsias Mérida, Adjunto unidad de Gastroenterología IVSS\*\*\*/Residente Postgrado Gastroenterología IAHULA\*\*\*

#### Resumen

**Introducción:** La gastroenteritis eosinofílica, se refiere a la

eosinofilia en cualquiera de las capas de la pared del tracto gastrointestinal, es una patología rara, con incidencia no reportada, y de patogenia desconocida, asociada a antecedentes de atopias y alergias alimentarias. Se requiere para su diagnóstico la evidencia histológica de eosinofilia, la ausencia de ésta en órganos extraintestinales y sin presencia de infección parasitaria. **Caso Clínico:** Se reporta el caso de una paciente femenina de 39 años de edad, con clínica de 4 meses que inició posterior a intoxicación alimentaria y caracterizada por dolor abdominal difuso con predominio de epigástrico, opresivo, de fuerte intensidad, que mejoraba con uso de antiespasmódicos y se intensificaba con la ingestión de alimentos, acompañado de náuseas y vómitos. Se planteó el diagnóstico por imágenes de litiasis vesicular, siendo sometida a colecistectomía laparoscópica. Por persistencia de la sintomatología se realizó endoscopia digestiva superior con hallazgos sugestivos de: gastroduodenitis parasitaria y la biopsia reportó: gastroduodenitis crónica severa eosinofílica. Se indicó tratamiento a base de prednisona, obteniendo resolución completa del cuadro clínico.

### 5. MUCORMICOSIS COLÓNICA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Arellano, L Aldana, C Louis, F Saccá, C Carvajal. Hospital Universitario de Caracas.

#### Resumen

La mucormicosis (MM) es una infección micótica, sistémica y oportunista, potencialmente mortal en individuos con inmunodeficiencias. Se han descrito 5 presentaciones clínicas de la infección, siendo la forma gastrointestinal, la menos frecuente. Se reporta caso de paciente masculino de 67 años, quien acude por presentar fiebre, dolor abdominal, proctalgia, heces acintadas y rectorragia postevacuatoria. Niega antecedentes patológicos o enfermedad de base; examen físico: abdomen con tumoración indurada en flanco fosa iliaca izquierda y mesogastrio; al tacto rectal impresiona estenosis en recto bajo, por lo que se realiza estudio endoscópico inferior con gastroscopio evidenciando tumor estenosante de rectosigmoides y enfermedad diverticular. Posteriormente presenta cuadro de obstrucción intestinal; por lo que realizan laparotomía exploradora evidenciando tumor de sigmoides y recto que ocupa pelvis menor e invade vejiga urinaria, uréter, vasos iliacos y gonadales izquierdos, con gran conglomerado de ganglios linfáticos en mesosigmoides y recto, por lo que deciden confeccionar colostomía en asa. Se realiza nueva colonoscopia. La biopsias concluyen Zygomycetos compatibles con mucormicosis. Recibe tratamiento con anfotericina B y posaconazol durante tres meses sin mejoría. La incidencia de mucormicosis en paciente inmunocompetente es infrecuente, su presentación clínica es inespecífica siendo el diagnóstico histopatológico.

### 6. PAPEL DEL ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO (USE) EN EL DIAGNÓSTICO DE ANEURISMA DE LA ARTERIA ESPLÉNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Torres Q. María C, Wever Wallia, Bastidas T. Vanessa C

## Resumen

Los Aneurismas de la arteria esplénica son la tercera causa más común de aneurisma intraabdominal arterial.<sup>1</sup> Los aneurismas viscerales son relativamente infrecuentes, dentro de éstos los más habituales son los de la arteria esplénica que representan alrededor del 60%. Se trata de paciente femenina de 74 años de edad, natural y procedente de Barquisimeto, con dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio izquierdo de moderada intensidad, frecuencia de 1 vez al día y duración de una hora, se asocia pérdida de peso de 10 Kgr en 3 meses, anemia severa. Antecedentes personales: Hipotiroidea e Hipertensa. Con ecosonograma abdominal con LOE. Gastroscopia con Ectopias gástricas y xantomias, gastritis crónica reagudizada, ulcera duodenal. Colonoscopia: normal, eco y TAC que reporta neoplasia de cola de páncreas, por lo que refieren para ultrasonido endoscópico para estadiaje y punción por aguja fina. **Resultados:** el hilio esplénico por encima del bazo se observa estructura vascular con poco flujo más una imagen ecogénica sólida, que impresiona formar varias capas (aspecto en cebolla) de 4 x 6 cm de diámetro aproximado de forma redondeada, de bordes bien definidos. Concluyendo como Aneurisma de la arteria esplénica vs Trombosis. Angiotac con reconstrucción vascular reporta enfermedad ateromatosa y calcificación de la aorta, dilatación de la aorta fusiforme suprarrenal, dilatación de la aorta fusiforme infrarrenal, dilataciones aneurismáticas de la arteria esplénica, donde una de ellas muestra extravasación, el equipo de cirugía cardiovascular decidió la realización de laparotomía exploradora transversal y esplenectomía. Actualmente paciente en condiciones generales estables y asintomáticas. **Discusión:** Los Aneurismas de la arteria esplénica son la tercera causa más común de aneurisma intraabdominal arterial y la arteria visceral aneurismática más común.<sup>2</sup> La mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos y se diagnostica incidentalmente en imágenes abdominales. **Conclusión:** El USE es un método de imagen bastante útil en el diagnóstico de aneurismas de la arteria esplénica.

## 7. CARCINOMA HEPATOCELULAR: VARIEDAD FIBROLAMELAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Alvarez Carlos, dos Reis Vanessa

### Resumen

La variedad fibrolamelar del carcinoma hepatocelular es poco frecuente en la población general, ya que representa menos de 1% de todos los casos de carcinoma hepatocelular. Se presenta fundamentalmente en adolescentes y adultos jóvenes como una masa tumoral hepática única, frecuentemente de gran tamaño, no asociada a cirrosis y rodeada de una cápsula fibrosa. Su diseminación es preferentemente a través de metástasis linfáticas regionales. La conducta es preferiblemente quirúrgica si no hay invasión vascular y de acuerdo a las condiciones del paciente.

Se trata de paciente masculino de 17 años de edad quien ingresa por presentar aumento de volumen y dolor en hipocondrio derecho con masa palpable dolorosa; se realizan estudios complementarios (Ultrasonido abdominal y tomografía

trifásica) con hallazgo de LOE en segmentos II y III así como AngioTAC sin evidencia de invasión vascular; se toma biopsia percutánea guiada por ultrasonido abdominal cuyo reporte histológico es: Carcinoma hepatocelular variedad fibrolamelar. Se clasifica como un estadio C según Clasificación de Barcelona y se plantea quimioembolización selectiva para disminuir masa tumoral y planificar resección quirúrgica, la cual se realiza de forma efectiva en 3 oportunidades con mejoría clínica en cuanto al dolor y tamaño de la lesión. En nuestro país sólo se han comunicado casos aislados

## 8. TRATAMIENTO DE LA LITIASIS INTRAHEPÁTICA

Landaeta Jorge\*, Roizental Moisés\*, Pérez Guillermo\*, Dias Carla\*\*, Paternina Ricardo\*, Caraballo Diego, Ornella Tempesini\*

Policlínica Metropolitana\*/Clínica Santiago de León\*\*

### Resumen

El tratamiento de la litiasis intrahepática (LIH) es de difícil manejo e incluye manejo de abordaje endoscópico, percutáneo o quirúrgico. El objetivo del tratamiento es la eliminación completa de los cálculos. **Objetivo:** Evaluar tasa de éxito terapéutico y complicaciones de cada uno de los procedimientos para el tratamiento de la LIH. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo (enero 2010 - 2015), se incluyeron 24 pacientes con LIH por CPRE previa y/o colangiografía. De estos, 10 pacientes (8 mujeres, 2 hombres), edad media 48,5 años (29-60) fueron sometidos coledoscopia monoperador Spyglass (Boston Scientific) - Láser Holmium. 6 pacientes con biliodigestiva (8 procedimientos), (4 mujeres, 2 hombres), edad media 52,33 años (47-62): abordaje percutáneo previa dilatación hasta catéter 14 French con radiólogo intervencionista bajo fluoroscopia con coledoscopia directa - Láser y 8 pacientes con biliodigestiva (21 procedimientos), (6 mujeres, 2 hombres), edad media 54,75 años (47-60) a través de asa desfuncionalizada con endoscopio Olympus 180. **Resultados:** En 10 pacientes se realizó spyglass abordaje oral, 100% se le realizó esfinterotomía, (3 LIH izquierda, 6 LIH derecha, 1 litiasis oriental): 7 (70%) spyglass - láser exitoso, (2) evidencia estenosis, realizando dilatación neumática y extracción de cálculos con cesta. 1 (10%) fracaso, paciente transplantada por imposibilidad acceso hepático derecho. Via percutánea Láser (6) con extracción fragmentos con cesta. En 3 pacientes se realizó un segundo intento por presencia de fragmentos de cálculos, siendo exitoso. Asa desfuncionalizada (8): extracción de cálculos (100%) y 2 colocación de prótesis previa. En 2 pacientes se realizó procedimiento 2 veces y en 6 (3 veces). Complicaciones ni mortalidad fueron reportadas. **Conclusión:** Nuestros resultados sugieren que las alternativas endoscópicas por cualquiera de las 3 vías de abordajes parecen ser técnicas eficaces y seguras en el tratamiento de la LIH.

## 9. SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA DILATACIÓN ENDOSCÓPICA PARA ESTENOSIS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN. EXPERIENCIA EN VENEZUELA EN UN CENTRO PRIVADO DE TERCER NIVEL

Landaeta Jorge\*, Dias Carla\*\*, Armas Virginia\*\*\*, Paterni-

na Ricardo\*, Caraballo Diego\*, Tempestini Ornella\*  
Policlínica Metropolitana\*/Clínica Santiago de León\*\*/GastroExpress\*\*\*

### Resumen

La enfermedad de Crohn (EC) se caracteriza por cambios inflamatorios agudos de la pared intestinal, estenosis y/o fístulas. Las estenosis son principalmente tratadas quirúrgicamente con frecuente recurrencia. Literatura sobre dilatación endoscópica de las estenosis en EC es limitada. **Objetivo:** Evaluar la seguridad y eficacia de la dilatación endoscópica para estenosis en EC. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo (octubre 2009 - 2014). 26 pacientes (19 mujeres, 7 hombres), edad media 51,34 años (18-70) con EC. Estenosis primaria 24 pacientes (92,30%): yeyuno 4, yeyunoileal 7, íleon 8, ileovalvular 3, ileovalvulocecal 2. Estenosis anastomóticas 2 pacientes. Síntomas: alteración hábito intestinal (2), dolor abdominal (15), diarrea (3), pérdida peso (2), distensión abdominal (1), obstrucción intestinal parcial (18), anemia (5). Dilatación endoscópica fue realizada por colonoscopia (5), enteroscopia un solo balón retrógrada (19), enteroscopia doble balón retrógrada (2) bajo sedación monitoreada por anestesiólogo e insuflación bomba CO<sub>2</sub> UCR. Balón dilatación Boston Scientific® fue usado. Cada sesión consistió dilataciones progresivas del balón (de 10 hasta 18 mm). **Resultados:** Éxito primario 24 pacientes (92,30%). Dilatación fracasó en 2 casos (7,7%), los cuales se derivaron a cirugía (1 caso, se confirmó Crohn-linfoma). No hubo complicaciones. La media de seguimiento 89,5 (3-170) meses. Recurrencia en 7 pacientes (26,92%) ameritando redilatación a los 50 meses (30-100) permaneciendo asintomáticos y libres de cirugía. **Conclusión:** Nuestros resultados sugieren que la dilatación es una buena opción para el tratamiento endoscópico de las estenosis en EC. Es una técnica factible y segura. Evita cirugía. Rata de complicaciones es aceptable.

### 10. DISECCIÓN SUBMUCOSAL ENDOSCÓPICA PARA LESIONES COLORECTALES CON FIBROSIS. ES POSIBLE?

Landaeta Jorge\*, Dias Carla\*\*, Paternina Ricardo\*, Armas Virginia\*\*\*, Caraballo Diego\*, Tempestini Ornelas\*  
Policlínica Metropolitana\*/Clínica Santiago de León\*\*/GastroExpress\*\*\*

### Resumen

Disección submucosal endoscópica (DSE) es una técnica endoscópicamente laboriosa. La fibrosis submucosal (FSM) la hace aún más compleja. La literatura es limitada. **Objetivo:** Evaluar eficacia y seguridad de la DSE en lesiones colorectales (LCR) con FSM. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo (diciembre 2010 - octubre 2014). De 51 pacientes con lesiones del tracto gastrointestinal para DSE, se incluyeron 16 con LCR (9 mujeres), edad media 63,13 años (48-81). De estos 13 habían sido referidos a cirugía, (3) para probable terapéutica endoscópica, (8) tenían biopsia previa, (7) resección mucosal endoscópica (RME) parcial y (1) recurrencia post RME. Las lesiones fueron evaluadas con NBI, ultrasonido endoscópico previo (4). Se utilizó bomba CO<sub>2</sub> Olympus UCR y sedación

con propofol por anestesiología. (13) fueron realizados en quirófano, suite endoscópica (3). DSE fue realizada: ITKnife (5), Hybrid Knife (11). FSM fue determinada: ausencia signo lifting, submucosa amarillenta y reacción desmoplástica. FSM fue manejada técnicamente: uso de cap, cambio posicional del paciente utilizando la gravedad como asistencia para mejorarla exposición submucosal e inyección adecuada. **Resultados:** 16 pacientes (16 DSE). Localización lesión: ángulo esplénico (1), rectosigmoideos (3), colon descendente (1), recto (11). Durante DSE 7 tuvieron lifting parcial, total (9). DSE técnicamente posible 100% casos. Resección en bloque y márgenes libres de lesión en todos pacientes. La media del diámetro mucosa disecada 40,8 - 36,9 mm (20x20-70x60). Tiempo endoscópico: 155,31 min (100-230). Histología post DSE: ADC intramucoso (4), Velloso-DAG (7), Velloso-DAG-ADC (1), Adenoma tubular plano-DAG (1), Adenoma tubular plano DAG-ADC (3). Microperforación (2), resolviéndose endoscópicamente, dolor (1). Mortalidad no fue reportada. Estancia hospitalaria media 48 (24-96) hrs. Seguimiento 48 meses, controles cada 3 meses, sin recurrencia. **Conclusión:** Nuestros resultados preliminares sugieren que las LCR premalignas o malignas con FSM pueden ser resecadas por DSE de forma segura y con márgenes libres de lesión, evitando la cirugía.

### 11. ENCEFALOPATÍA MÍNIMA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

M Manzanilla, G Veitía. Hospital Vargas, Caracas

### Resumen

La encefalopatía hepática mínima (EHM) afecta aproximadamente 20-60% de pacientes cirróticos, conlleva un impacto en la calidad de vida tanto social como laboral, carece de síntomas clínicos, siendo difícil su reconocimiento, ya que estos pacientes no consideran que estén enfermos, negando trastornos del sueño, concentración o reducción en sus actividades. El diagnóstico se realiza mediante pruebas psicométricas (PHES) y neurofisiológicas. **Objetivo:** Evaluar la frecuencia de EHM y el valor para su diagnóstico de las PHES y electroencefalograma en pacientes cirróticos que acuden a la consulta de hígado del servicio de gastroenterología hospital Vargas de Caracas. **Métodos:** estudio prospectivo, transversal, descriptivo, se realizaron PHES y electroencefalograma a 42 pacientes con cirrosis hepática. **Resultados:** 81% sexo masculino, 19% femenino; edad promedio 57 ± 8 años. Se diagnosticó EHM en 28 pacientes, 26 (61,9%) en PHES, dos (4,76%) en electroencefalograma. La concordancia entre electroencefalograma y PHES resultó pobre ( $k = 0,120$ ;  $p = 0,472$ ), sólo 7 pacientes (16,6%), coincidieron con ambas pruebas anormales. **Conclusión:** La prevalencia de EHM fue de 66,6% considerando la anormalidad de las pruebas. Las PHES son un método diagnóstico de primera línea en EHM y debe realizarse de rutina en todo paciente con cirrosis hepática para así evitar complicaciones.

### 12. ENFERMEDAD HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA: EPIDEMIOLOGÍA Y PATRÓN DE REFERENCIA EN UNA

## CONSULTA DE HÍGADO EN SURAMÉRICA

Indira Calzadilla\*, Yurali Molina\*\*, Lucy Dagher Abou\*\*\*  
Gastroenteróloga - Hepatóloga Policlínica Metropolitana- Clínica Nueva Caracas\*/Fellow Hepatología del Postgrado de la Universidad del Zulia\*\*/Hepatólogo Policlínica Metropolitana- Centro Médico Docente La Trinidad\*\*\*

### Resumen

**Introducción:** Enfermedad Hepática no Alcohólica es la afección hepática crónica más común en adultos y la Esteatohepatitis no alcohólica la principal causa de cirrosis y está asociada con el aumento en la incidencia de Carcinoma hepatocelular. Es considerada una enfermedad benigna por no hepatólogos y con frecuencia no son referidos para evaluación. A continuación describiremos las tendencias y patrones de referencia en una población hispana. **Pacientes y Métodos:** Estudio retrospectivo, se revisaron 181 historias clínicas y se obtuvo información demográfica, diagnóstico y tratamiento. **Resultados:** El 53% de los pacientes son masculinos, la edad media fue 51 años (21-77 años). Una gran proporción de los pacientes diagnosticados con Enfermedad hepática no alcohólica tienen parámetros de Síndrome metabólico, como reporta la literatura: Hipertensión arterial 38%, Diabetes Mellitus tipo 2 13,2%, Resistencia a la insulina 57%, Hipercolesterolemia 63%. El 10% de los pacientes tenían peso corporal normal, un 23% sobrepeso y 67% obesidad. El 14% tenía hipotiroidismo. El 17% de los pacientes presentaba cirrosis y un 5% Carcinoma hepatocelular. Sólo el 30% de los casos fueron referidos por médicos y el 70% acudió por iniciativa del paciente. **Conclusión:** Los pacientes son referidos tardíamente al especialista. Hay poca conciencia del riesgo de desarrollar cirrosis por Enfermedad hepática no alcohólica y los pacientes con carcinoma hepatocelular y Esteato hepatitis no alcohólica no son remitidos a tiempo para su seguimiento y evaluación. La alteración de las pruebas hepáticas y el diagnóstico de hígado graso en un estudio de imagen fueron los principales motivos para el paciente acudir por su iniciativa a la consulta. La cirrosis y el carcinoma hepatocelular fueron la indicación más frecuente para la derivación por otros médicos al especialista en hígado.

## 13. FISTULAS VASCULOENTERICAS: PRESENTACIÓN DE TRES CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Tempestini Ornella\*, Caraballo Diego\*, García Guillermo\*, Yasawa Seijiro\*, Armas Virginia\*\*, Dias Carla\*\*\*, Landae-ta Jorge\*. Policlínica Metropolitana\*/Gastroexpress Caracas\*\*/Clínica Santiago de León\*\*\*

### Resumen

Las fistulas vasculointerísticas representan un reto para el gastroenterólogo, ya que en la mayoría de los casos los pacientes suelen permanecer asintomáticos durante largos periodos, para finalmente presentar una sintomatología insidiosa, tórpida, cuyo mayor signo usualmente corresponde al sangrado gastrointestinal, frecuentemente superior expresado en hematemesis intermitente (sangrado de heraldo) así como el debut de hemorragias masivas. Debido a su baja incidencia dentro

de las causas de sangrado digestivo superior, el diagnóstico suele ser tardío, y el paciente se puede ver sometido a la realización de múltiples estudios para objetivar su diagnóstico. En nuestro reporte, se presentan tres casos de pacientes con sangrado digestivo masivo que acudieron durante el periodo de octubre 2014 a abril 2015. Caso #1. Femenino 93 años: fistula aortoenterica. Caso #2. Masculino 53 años: MAV de páncreas fistulizante a segunda porción duodenal. Caso #3. Femenino 64 años: pseudoaneurisma de la arteria hepática derecha con la segunda porción duodenal, como complicación de colecistectomía laparoscópica. **Discusión:** Las fistulas enterovasculares, constituyen una causa poco frecuente dentro de las causas de sangrado digestivo alto. Usualmente tienen una clínica de sangrado macroscópico evidente con un desenlace fatal. En lo que respecta a las malformaciones arteriovenosas pancreáticas son raras, con menos de 100 casos reportados, se incluye a las neoplasias, inflamación, traumatismo y complicaciones de trasplante de páncreas como las causas mayormente asociadas a este trastorno, comúnmente la alteración vascular tiende a fistulizar con conducto pancreático y/o biliar, así mismo con la pared del intestino, más frecuentemente como una úlcera duodenal asociada. Con respecto al pseudoaneurisma de la arteria hepática derecha, constituye una de las causas más raras de sangrado digestivo superior, los mecanismos que han sido postulados para explicar el desarrollo de este problema ha sido como un absceso hepático concomitante son: bilis causando lesión de la pared arterial, la lisis de la endarteritis coágulo y la infección inducida. Dada la severidad de los síntomas, y lo abruptos con lo que se suelen presentar las situaciones, este tipo de problema demanda una rápida y eficiente atención del médico a fin de facilitar el diagnóstico, el empleo de métodos endoscópicos siempre apoyados en una base radiológica, junto con la pronta participación de servicios de radiología intervencionista así como de cirugía general, son factores determinantes en la evolución clínica favorable del paciente.

## 14. FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR HEPATITIS C EN PAÍSES EN DESARROLLO

Indira Calzadilla\*, Yurali Molina\*\*, Lucy Dagher Abou\*\*\*, Miguel Garassini Chavez\*\*\*\*, Julio Castro-Mendez\*\*\*\*\*  
Gastroenterólogo - Hepatólogo Policlínica Metropolitana - Clínica Nueva Caracas\*/Fellow Hepatología del Postgrado de la Universidad del Zulia\*\*/Hepatólogo Policlínica Metropolitana- Centro Médico Docente La Trinidad\*\*\* /Gastroenterólogo- Hepatólogo, Centro Médico Docente La Trinidad\*\*\*\*/Infectólogo, Policlínica Metropolitana, Caracas, Venezuela\*\*\*\*\*

### Resumen

**Introducción:** El impacto preciso del Virus de Hepatitis C en Venezuela es difícil de cuantificar debido a datos estadísticos inexactos y subregistro. Las estimaciones deben ser derivadas de las encuestas serológicas u otras investigaciones epidemiológicas, decidimos enfocar nuestra investigación en la comprensión, ¿cuáles son los factores de riesgo para adquirir la infección por hepatitis C en Venezuela?, y para responder dónde están los focos de enfermedades que podrían

ser objeto de detección, atención y tratamiento. **Métodos y pacientes:** Realizamos un estudio retrospectivo caso-control, aprobado por el comité de ética local. Se incluyeron 357 pacientes con Hepatitis C Crónica (n=183) y Enfermedad hepática no alcohólica (EHNA) (n=174), entre julio 2008 y julio 2014. Todos los pacientes con hepatitis C tenían anticuerpos contra el VHC y ARN-VHC detectable en suero. El genotipo de VHC fue realizado a todos los pacientes. Fueron excluidas las condiciones siguientes: HBsAg (para HCC), anti-VHC positivo (para EHNA), infección por virus de inmunodeficiencia humana, hepatitis autoinmune, hemocromatosis, deficiencia de alfa 1 antitripsina y enfermedad de Wilson. **Resultados:** En este estudio casos y controles, los pacientes con Hepatitis C fueron diagnosticados en edad avanzada (edad media 57 años vs 51 años EHNA), también demostramos que los pacientes con hepatitis C crónica tenían, estadísticamente significativo, un índice de Charlson mayor (p: 0,0001). El antecedente de cirugía mayor o menor, número de cirugías, tipo de cirugía, no fueron significativos para la adquisición de la infección de hepatitis C. El nuevo hallazgo: paciente politraumatizados que ingresaron por emergencia tienen cuatro veces más riesgo de tener hepatitis C que los controles, y las transfusiones sanguíneas antes de 1992 (tienen 33% de mayor probabilidad que después de 1992 y 28% los pacientes que fueron transfundidos después de 1992). La mitad de los pacientes con hepatitis C tenían edades entre 50-60 años de edad. **Conclusiones:** No todos los países tienen los mismos factores de riesgo para la adquisición de la infección por Virus de Hepatitis C, los politraumatismos y transfusiones sanguíneas son los más comunes en Venezuela. La mayoría de los países son diagnosticados entre la quinta y sexta década, lo que representa un diagnóstico tardío y en estadios avanzados de la enfermedad. Los esfuerzos en educar son importantes para identificar más tempranamente los pacientes y brindarle mejor tratamiento disponible para erradicar la enfermedad y las fuentes potenciales de nuevas infecciones.

### 15. GASTROSTOMIA PERCUTÁNEA CON GASTROPEXIA ASISTIDA POR ENDOSCOPIA

Alberto Baptista, María Alexandra Guzmán Hospital clínico Caracas

#### Resumen

**Introducción:** La siembra tumoral en piel abdominal es una complicación infrecuente descrita en la literatura después de Gastrostomía Endoscópica Percutánea en pacientes con carcinoma orofaríngeo o epidermoide de esófago. En estos casos con frecuencia se recomienda realizar Gastrostomía Quirúrgica o Gastrostomía Endoscópica - Percutánea de empuje. **Materiales y Métodos:** Se presenta la experiencia en 5 pacientes. Se describe la técnica de Gastrostomía Percutánea de empuje con Gastropexia percutánea bajo vigilancia endoscópica con endoscopio de 5.8 mm. Bajo visión endoscópica se introduce 2 agujas Gauge 14. Por uno de estos dispositivos se avanza hilo de sutura y por el otro asa de polipectomía 5 Fr. Se enlaza la sutura con el asa de polipectomía y se exteriorizan los 2 extremos de la sutura. El procedimiento se repite en

un segundo punto lateral al primero. Después de realizada la Gastropexia se realiza incisión con bisturí en piel abdominal entre los 2 puntos de pexia, se avanza guía hidrofílica y sobre ésta balones de dilatación hasta 12 mm progresivamente. Luego se introduce Gastrostomo de reemplazo con dispositivo adaptado con punta dilatadora en el extremo interno del Gastrostomo de reemplazo. Se vigila bajo visión endoscópica permanente la inserción del Gastrostomo de reemplazo al que luego se le insufla el balón y se fija a la piel. A las 72 horas se liberan los hilos de sutura que formaban la Gastropexia. **Resultados:** No hubo complicaciones en ninguno de los casos. El tiempo promedio del procedimiento fue de 40 minutos. No hubo evidencia de infección en ninguno de los pacientes. La Gastrostomía se comenzó a utilizar a las 12 horas después del procedimiento. En 4 de los 5 pacientes que ya culminaron el tratamiento oncológico los Gastrostomos fueron retirados sin complicaciones. **Conclusión:** La Gastrostomía Percutánea de empuje con Gastropexia asistida por Endoscopia es factible, segura y es una opción en caso de pacientes con tumores orofaríngeos y carcinoma epidermoide de esófago en lo que existe riesgo de siembra tumoral en pared abdominal.

### 16. PILOROMIOTOMIA ENDOSCÓPICA POR TUNEL SUB-MUCOSO

Alberto Baptista, María Alexandra Guzmán, M. Davila, H. Rass, C. Bravo, J. Rodríguez R. Hospital Clínico Caracas

#### Resumen

**Introducción:** La Píloromiotomía Quirúrgica es un procedimiento indicado con frecuencia en algunos trastornos de vaciamiento gástrico, especialmente por lesión de los nervios vagos. Recientemente se describió la realización de Miotomía Endoscópica por túnel sub-mucoso basada en el desarrollo de Miotomía Endoscópica para Acalasia. **Pacientes y Métodos:** Se presentan 4 casos de Píloromiotomía Endoscópica. Se incluyeron 3 pacientes con probable lesión de nervio vago después de reintervenciones de Cirugía de Nissen Laparoscópica y 1 paciente con ascenso gástrico por ADC de esófago a quien no se le había realizado Píloroplastia Quirúrgica y presenta retardo del vaciamiento del tubo gástrico. En 2 pacientes se realizó disección de túnel sub-mucoso en cara anterior de antro gástrico y en 2 pacientes en cara posterior, a 5 cm proximales al píloro. Se realizó Disección Roma con pinza de biopsia Jumbo y bisturí endoscópico. Una vez expuesto el músculo del píloro se realizó sección radial del mismo hasta cortar todas las fibras circulares. Luego se cerró el defecto con clips metálicos endoscópicos. No hubo complicaciones inmediatas inherentes al procedimiento. La evolución fue satisfactoria con desaparición de los síntomas de retardo de vaciamiento gástrico. En las endoscopias control se observó ausencia de restos de alimentos en estómago visto en endoscopias previas a la Miotomía. Se realizó en todos los pacientes control con contraste oral hidrosoluble observando resolución en el retardo del vaciamiento gástrico. Actualmente los 4 pacientes permanecen asintomáticos. **Conclusión:** La Píloromiotomía Endoscópica por túnel sub-mucoso en caso seleccionado parece ser un procedimiento eficiente y seguro.

## 17. UTILIDAD CLÍNICA DE LA MANOMETRIA ANORECTAL EN ADULTOS

José Dieguez, Cesar Louis, Daniel Briceño. Centro Médico Docente La Trinidad. Caracas

### Resumen

**Introducción:** La manometría anorectal es un estudio que permite evaluar la función anorectal. Proporciona información acerca de la función esfinteriana anal, mecanismos de continencia y defecación, sensación rectal, distensibilidad rectal, reflejos anorectales y facilita el manejo óptimo. **Objetivo:** Evaluar nuestra experiencia en adultos sometidos a manometría anorectal: indicaciones, sexo, edad, hallazgos manométricos, diagnósticos manométricos. **Pacientes y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, de corte transversal a 206 pacientes adultos que acudieron al laboratorio de motilidad digestiva del Centro Médico Docente La Trinidad, para manometría anorectal desde junio 2005 a mayo 2012. **Resultados:** Predominaron: femeninos (78,11%), y rango etario 46-75 años (52,7%), la indicación más frecuente fue la incontinencia fecal (59,6%), seguida de estreñimiento (17,7%) y proctalgia (13,3%). El hallazgo más frecuente en la incontinencia fue el canal anal hipotensivo con asimetría axial y radial (femenino 50,2% y masculino 47,2%) y asociado a sensibilidad rectal alterada (femenino 46,6% y masculino 46,1%). En el estreñimiento fue trastorno de la sensibilidad rectal (femenino 66,8% y masculino 70,8%) y anismo (femenino 38,22% y masculino 44,18%). En el caso de proctalgia el hallazgo fue canal anal hipertensivo (femenino 17% y masculino 21,1%). **Conclusión:** Muchos de los hallazgos manométricos son responsables de los síntomas y son susceptibles de ser tratados con rehabilitación anorectal.

## 18. DIFERENCIAS EN LOS COMPONENTES DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES WAYUU Y MESTIZOS DEL ESTADO ZULIA CON ENFERMEDAD GRASA HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA

Namias Naidy\*, Lizarzábal Maribel\*, Mengual Edgardo\*\*, Castro Leonardo\*\*\*

Postgrado de Gastroenterología del Hospital Universitario de Maracaibo\*/Instituto de Investigaciones Biológicas de la Facultad de Medicina - Universidad del Zulia\*\*/Servicio de Ecografía del Hospital Universitario de Maracaibo\*\*\*

### Resumen

La enfermedad grasa hepática no alcohólica (EGHNA) es de alta prevalencia mundial, causante de enfermedades cardiovascular, cirrosis hepática y cáncer de hígado. Sin embargo, las características fenotípicas de la EGHNA podría variar en según el origen étnico. El objetivo del estudio fue determinar si existen diferencias en las características de la EGHNA y los componentes del síndrome metabólico en pacientes de distinto origen étnico del estado Zulia con EGHNA. Se realizó un estudio prospectivo en 58 pacientes adultos con EGHNA (30 indígenas Wayuu y 28 Mestizos) que acudieron al Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Maracaibo; donde se les realizó previo consentimiento informado, medi-

ciones de circunferencia abdominal, presión arterial, glicemia, perfil lipídico, insulina, enzimas aminotransferasas y ecografía abdominal. Existen diferencias significativas en las frecuencia de los componentes del síndrome del metabólico entre indígenas Wayuu y mestizos con EGHNA, los Wayuu tienen mayor frecuencia de casos de hipertrigliceridemia (80% vs 64,2%) y HDL-c bajo (80% vs 67,9%), mientras que los mestizos mayor porcentaje de hipertensión arterial (30% vs 46%) e Hiperinsulinemia (35,7% vs 16,7%),  $p < 0,05$ . No se evidenciaron diferencias en el porcentaje de grasa hepática ni el grado de esteatohepatitis según el grupo étnico. Las variaciones en los componentes del síndrome metabólico podría influir en el establecimiento pautas para el manejo individualizado de pacientes con EGHNA según su origen étnico.

## 19. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y CURSO CLÍNICO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES DE UNA CONSULTA DE REFERENCIA DE LA CIUDAD DE MARACAIBO

Benito María Teresa\*, Álvarez Johan\*, Guillent Zahyra\*, Escalante Nancy\*\*, Ortiz Magda\*\*

Residentes del Postgrado de Hepatología Clínica LUZ\*/Fundación Zuliana de Hígado\*\*

### Resumen

La infección por el virus de la hepatitis B, constituye una de las principales causas de enfermedad hepática en el mundo. De presentación clínica variable que va desde la infección aguda, hasta la infección crónica, pudiendo progresar a cirrosis y carcinoma hepatocelular. El objetivo principal es describir las características epidemiológicas, serológicas y clínicas en pacientes con hepatitis B que acudieron a una consulta de referencia. **Material y Método:** Estudio observacional y retrospectivo de revisión de historias clínicas de pacientes con infección por hepatitis B, que acudieron a la consulta de la Fundación Zuliana del Hígado en Maracaibo entre los años 2007 al 2014. **Resultados:** se evaluaron 98 pacientes, cuya edad promedio fue de  $39,8 \pm 22,7$  años, la mayoría correspondió al sexo masculino (77,5%). El 81% eran hepatitis crónicas y la forma más frecuente fue el AgHBe positivo, fase inmunoreactiva en 42% de los casos y el factor de riesgo más frecuente fue la vía sexual en un 33,6%. Un 27,5% tenía cirrosis hepática y 2,5% tenían carcinoma hepatocelular. **Conclusiones:** la infección por el virus de hepatitis B continúa siendo frecuente, pese a la existencia de una vacuna. La enfermedad hepática avanzada es una forma frecuente de presentación inicial.

## 20. ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO Y PUNCIÓN CON AGUJA FINA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS LESIONES QUISTICAS PANCREÁTICAS NO INFLAMATORIAS

José Ramón Poleo. Hospital de Clínicas Caracas

### Resumen

**Objetivos:** Se revisa en forma retrospectiva la experiencia personal del autor en una serie de casos de lesiones quísticas

pancreáticas no inflamatorias (LQPNI) y se hace énfasis en el papel del ultrasonido endoscópico (USE) y de la punción con aguja fina (PAF) guiada por USE en el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones. Material y métodos: 35 pacientes con LQPNI fueron evaluados con USE y PAF, previo consentimiento informado. **Resultados:** se encontraron 8 Neoplasias Mucinosas Quísticas (entre ellas 2 borderline y 4 malignizadas) (NMQ), 1 Neoplasia Mucinosas Papilar Intraductal tipo conducto principal (NMPI-I), 5 Neoplasias Mucinosas Papilares Intraductales tipo conducto secundari (NMPI-II), 3 Cistoadenomas Seroso (CAS)s, 4 Tumores Neuroendocrinos (TNE), 1 Tumor Sólido Pseudopapilar (TSS), 6 Adenocarcinomas, uno ampular originado en la ampolla de Vater (ADC) y 7 Quistes Simples no tipificados (QS). Un CAS estaba asociado con un TNE. 14 de ellas (40%) fueron hallazgos accidentales y 4 (11,42%) se presentaron clínicamente como pancreatitis agudas recurrentes (entre 2 y 4 episodios previos al diagnóstico). Se practicó PAF guiada por USE en 33 LQPNI, pero sólo en 31 se contó con información de su contenido para análisis. En 19 de ellas (54,28%) el resultado de la citología fue contributorio para el diagnóstico. La citología fue positiva en los 5 casos de ADC (no se practicó en el ADC ampular) 7 de estas lesiones fueron aspiradas por completo (4 tratadas además mediante ablación con etanol al 90%), y otras 9 fueron operadas (4 pancreatoduodenectomías y 5 pancreatectomías córporocaudales con esplenectomía). En 2 de los casos se practicó además Neurolisis del plexo celíaco guiada por USE para tratamiento sintomático de dolor. **Conclusión:** El USE combinado con la PAF es una técnica de mucha utilidad para el adecuado diagnóstico de las LQPNI y el manejo posterior de las mismas, y en algunos casos, tiene aplicaciones terapéuticas como la aspiración completa de los quistes, su ablación con etanol y la neurolisis del plexo celíaco.

## TRABAJO LIBRES

### MODALIDAD POSTER SIN DISCUSIÓN

#### 1. ASOCIACIÓN ENTRE ATRESIA DE VÍAS BILIARES Y MALROTACIÓN INTESTINAL

Vitale Enza\*, Dos Santos Ana María\*, Ordoñez Mónica\*, Villarroel Yulimel\*, Gallardo Kristal\*, Montaña Luis\*, López Carmen Esther \*\*

Residente Gastroenterología Pediátrica. Hospital JM de los Ríos\*/ Jefe del Servicio de Gastroenterología. Hospital JM de los Ríos\*\*

#### Resumen

**Introducción:** Atresia de Vías Biliares es una colangiopatía obstructiva consecuencia de proceso inflamatorio que conlleva a obliteración progresiva de las vías biliares, con etiología desconocida. Describiéndose dos presentaciones: adquirida y embrionaria. Los patrones de anomalías podrían proporcionar pistas etiopatogénicas. Ante el aumento en la asociación Atresia de Vías Biliares y Malrotación Intestinal aparece el propósito de conocer la frecuencia de presentación de Malrotación Intestinal en estos pacientes. **Pacientes y Métodos:**

Estudio retrospectivo, tipo descriptivo de 127 historias clínicas de niños con Atresia de Vías Biliares del Hospital JM de Los Ríos, junio 2005 - junio 2015, tomando en cuenta edad del diagnóstico de Atresia de Vías Biliares, edad de realización de portoenteroanastomosis, sexo, procedencia, diagnóstico de Malrotación Intestinal. **Resultados:** 11,8% de 127 pacientes con Atresia de Vías Biliares presentaron Malrotación Intestinal, 75,6% femeninos, diagnosticados a los 2 meses de edad en un 39,4%, con resolución quirúrgica a los 2 meses y medio (35,4%), procedentes del estado Bolívar (16,5%). **Conclusiones:** La Atresia de Vías Biliares se encuentra relacionada con Malrotación Intestinal en un porcentaje considerable, conociendo que la malrotación intestinal se puede presentar también en niños sanos, observándose aumento exponencial de los casos. Se debe realizar estudio estadístico para conocer si existe correlación entre malrotación intestinal y atresia postnatal.

#### 2. APLICACIÓN DE TOXINA BOTULINICA EN PACIENTE CON ACALASIA Y VARICES ESOFÁGICAS

Álvarez Carlos, Salazar Mariani, Louis César. Centro Médico La Trinidad.

#### Resumen

La acalasia es un trastorno motor esofágico diagnosticado generalmente entre los 30 y 40 años de edad con una incidencia en la población general de 0,5 a 1 habitante por cada 100.000 habitantes.

El objetivo del tratamiento de la acalasia es corregir la obstrucción funcional del esfínter esofágico inferior, disminuyendo su presión y por tanto mejorando el vaciamiento esofágico así como los síntomas asociados. Entre las opciones terapéuticas destacan: Farmacoterapia, Dilatación endoscópica, Miotomía quirúrgica e Inyección de toxina botulínica; dichas opciones deben individualizarse en cada paciente tomando en consideración factores de riesgo como: edad del paciente, comorbilidades así como la voluntad del paciente conociendo ventajas y desventajas de las opciones terapéuticas. La inyección de toxina botulínica esta descrita como opción en pacientes que no son candidatos para resolución quirúrgica u otras alternativas, sin embargo hay pocos casos reportados en pacientes con varices esofágicas por la baja incidencia así como los riesgos asociados.

Se trata de paciente masculino de 67 años de edad, con antecedente de Miocardiopatía Chagásica dilatada con trastorno de ritmo FARVA, cirrosis hepática por VHB Child C complicado con Síndrome de hipertensión portal; quien presentaba disfagia esofágica que progresa de alimentos sólidos a blandos con buena tolerancia a líquidos siendo estudiado de forma ambulatoria con posterior diagnóstico de acalasia tipo IV siendo ingresado para conducta terapéutica. Se realiza endoscopia digestiva superior con evidencia de varices esofágicas grado III por lo que se realiza ligadura de las mismas y posteriormente se procede a infiltración de toxina botulínica.

#### 3. CÁNCER DE VESÍCULA EN PACIENTE MASCULINO DE LA CUARTA DÉCADA DE LA VIDA

Martínez D\*, De Faria A\*\*, Torres J\*\*\*, Ramírez W\*\*\*\*, Rojas S\*\*\*\*\*, Ruiz Vanesa\*\*\*\*\*. Jefe de la Unidad de Gastroenterología IUHULA. Profesor Asistente ULA\*/Adjunto de la Unidad de Gastroenterología. Profesor Asistente ULA\*\*/Residente del 3er Año de Gastroenterología\*\*\* /Residente del 3er Año de Gastroenterología\*\*\*\*/Residente del 2do Año de Gastroenterología. Postgrado de Gastroenterología ULA-IAHULA\*\*\*\*\*/Residente del 1er Año de Gastroenterología. Postgrado de Gastroenterología ULA-IAHULA\*\*\*\*\*

### Resumen

El cáncer de vesícula es una patología maligna que habitualmente se describe en personas mayores a 50 años y con predominio del sexo femenino. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 36 años quien consultó por dolor en hipocondrio derecho, ictericia y alzas térmicas, sin pérdida de peso, con instalación aguda, planteándose diagnóstico por Ultrasonido y TAC abdominal de lesión ocupante de espacio en el segmento IV hepático: Absceso hepático secundario a perforación vesicular y vías biliares dilatadas, con ACE, Ca19-9, AFP elevados. Se realiza biopsia hepática percutánea que reporta negativo para malignidad y citología exfoliativa hepática que concluye neoplasia maligna. Se decide CPRE a fin de colocar prótesis biliar, teniendo como hallazgos síndrome de Mirizzi tipo IV y colangitis ascendente por lo que es intervenido quirúrgicamente. Los hallazgos intraoperatorios fueron sugestivos de cáncer de vesícula avanzado y se tomó biopsia de tejido perivesicular que concluyó Infiltración por Adenocarcinoma moderadamente diferenciado. De allí importancia del presente caso de cáncer de Vesícula con cuadro clínico inusual que simula patología biliar aguda benigna en un hombre joven.

### 4. PÓLIPO ADENOMATOSO GÁSTRICO CON FOCOS DE CARCINOMA INVASOR. A PROPÓSITO DE UN CASO HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. PEDRO EMILIO CARRILLO" VALERA, ESTADO TRUJILLO

Mora Néstor, Carrillo Sofía, Marín María, Spitale Evelin, Romero Katherine, Vergara Zhandra, Fasero María, Pineda Darwins. Hospital universitario "Dr. Pedro Emilio Carrillo", Valera estado Trujillo, Venezuela

### Resumen

Cualquier lesión que en la endoscopia protruya hacia la luz gástrica, se reconoce como un pólipo, su origen mucoso o submucoso es establecido por el estudio histopatológico. La incidencia de los pólipos gástricos se ha incrementado como consecuencia del amplio uso de la endoscopia, siendo está aproximadamente del 0,1 al 0,8% en las series autópsicas. No obstante, en las series basadas en hallazgos endoscópicos esta incidencia se eleva hasta cifras del 8,7%. Sin embargo, un pólipo también es definido como una lesión proliferativa o neoplásica de la mucosa gástrica. Los pólipos gástricos se clasifican en hiperplásicos, adenomatosos, de glándulas fúndicas e inflamatorios. Siendo el pólipo gástrico adenomatoso de desarrollo neoplásico de baja prevalencia representando el 7-10% de los pólipos del estómago.

### 5. CARCINOMA DE ESÓFAGO DE CÉLULAS ESCAMOSAS VARIEDAD BASALOIDE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Melhinda Duque\*, Ada Sanguinetti\*, Neovis Ruiz\*\* Residente de Postgrado\*/Adjunto del servicio \*\*

### Resumen

Paciente masculino de 58 años de edad que inicia enfermedad actual en Noviembre de 2014 cuando comienza a presentar disfagia a alimentos sólidos. Posteriormente, en febrero del 2015 progresa a alimentos líquidos, pérdida de peso de 12 kg aproximadamente, no asociado a hiporexia, astenia y dolor lumbar por lo que es llevado a Servicio de ORL de este hospital, quien evalúa y refiere a nuestro servicio, donde se realiza endoscopia digestiva superior y en vista de hallazgos se decide su ingreso. Habito Psicobiológicos: Alcohol: 320 gramos/ingesta. Tabáquicos 27 paquetes/año. Analítica: Anemia normocítica normocrómica. Endoscopia Digestiva Superior: Tumor de esófago. Biopsia: Carcinoma de esófago de células escamosas variedad basaloide. Es una variante poco común de los carcinomas escamosos, pobremente diferenciada y caracterizada por una gran actividad proliferativa y apoptosis espontánea frecuente. En el esófago es un tumor poco frecuente, del 1,9 al 11,3% de los carcinomas escamosos.

### 6. SCHWANNOMA COLÓNICO: UNA LESIÓN INUSUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Bastidas Navarro, Escalante Mandara, Castillo Wever, Rodríguez de León, Mora Hamana. Cruz Roja Venezolana Hospital "Carlos J. Bello"

### Resumen

Schwannomas, también conocido como neurinomas o neurilemomas, son neoplasias de crecimiento lento generalmente benignos originarios de cualquier nervio que tiene una vaina de células de Schwann. Estas neoplasias son raras entre los tumores mesenquimales de células fusiformes del tracto gastrointestinal, pero se desarrollan más comúnmente en el estómago. **Caso clínico:** Paciente femenina de 48 años de edad natural de Barquisimeto, procedente de la localidad quien refiere inicio de enfermedad actual hace 2 años caracterizado por dolor abdominal de moderada intensidad localizado en hipogastrio de horario diurno que aumenta con la ingestión de alimentos con crisis de 1 día, acalmias de 2 semanas, frecuencia de 1 vez al día y duración de una hora concomitantes cambios en el patrón evacuatorio alternando estreñimiento con periodos de evacuaciones líquidas motivo por el cual acude a especialista quien realiza estudios endoscópicos, evidenciándose presencia de pólipo en colon sigmoidees motivo por el cual acude a nuestra institución para polipectomía. Niega antecedentes personales. A nivel de sigmoidees se aprecia lesión elevada con pedículo de bordes regulares de 1.5 cm aproximadamente, a la cual se le aplica ácido acético apreciándose patrón grandular pleomorfo (Kudo IV). Se aplica inyección con solución hipertónica y adrenalina 1/10.000, elevándose dicha lesión y se procede a extraer con asa de polipectomía sin complicaciones inmediatas. Estudio de anatomía patológica lo reporta como Proliferación estromal en

la capa muscular propia sugestiva de un tumor del estroma gastrointestinal GIST. Sugiriendo inmunohistoquímica, la cual reporto S100, Vimentina, ac glial positivos respectivamente y negativos CD34 CD117, impresión diagnóstica Schwannoma. **Discusión:** El término tumor estromal gastrointestinal se refiere a tumores mesenquimáticos del tracto gastrointestinal que se derivan de las células del estroma sin una línea celular definida de origen con patrones variables de diferenciación. La incidencia es similar en hombres y mujeres, con una edad media en el sexto al séptimo década de la vida. En conclusión: la colonoscopia juega un rol importante en el diagnóstico de este tipo de lesiones. La determinación de diagnóstico de Schwannoma requiere una prueba histológica e inmunohistoquímica positivo para la proteína S-100 y vimentina pero negativa tanto para actina de músculo liso y c-KIT.

### **7. COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS PARCIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS (HUC). CARACAS, DISTRITO CAPITAL. JULIO 2015**

Arellano Rosana\*\*\*, Fernández Saturnino\*, Romero Aure Adriana\*\*, Carvajal Carlos\*\*\*, Álvarez Carlos\*\*\*.

Jefe del Servicio de Gastroenterología del HUC\* / Fellow de Endoscopia terapéutica y CPRE del Servicio de Gastroenterología\*\*/Universidad Central de Venezuela, HUC

Residente de segundo año del postgrado de Gastroenterología/Universidad Central de Venezuela, HUC\*\*\*

#### **Resumen**

El Situs Inversus (SI) es un trastorno genético raro con patrón de herencia autosómico recesivo. Se caracteriza por la posición invertida de órganos torácicos y abdominales con respecto al plano sagital. Se clasifica en SI parcial y total. El SI parcial compromete una o varias vísceras y se asocia con malformaciones cardíacas, renales y biliares. Su incidencia es del 0.002 al 1%. Se reporta caso de paciente femenino de 17 años, quien presenta dolor abdominal en hipocondrio izquierdo (HI), tipo cólico, de fuerte intensidad, asociado a ictericia, coluria, fiebre cuantificada en 40°C; leucocitosis y patrón colestásico. Se realiza ultrasonido abdominal que concluye transposición hepática, coledociana, vesicular y esplénica; litiasis vesicular y dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas. En la Colangiografía se observa el colédoco dilatado con múltiples litos en su interior. Se decide realizar colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con maniobras invertidas, visualizando papila mayor en pared anterior de segunda porción de duodeno. Se realiza esfinterotomía, extrayendo abundantes detritus y material purulento. Posteriormente se coloca prótesis biliar, sin complicaciones. En pacientes con SI es importante el diagnóstico precoz y la experiencia del endoscopista debido a la reversión de izquierda-derecha de órganos viscerales.

### **8. ESTENOSIS DE COLON SIGMOIDES POR ENFERMEDAD DIVERTICULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO**

María P. Rodríguez, Cesar Louis.

Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de Cara-

cas, Universidad Central de Venezuela.

#### **Resumen**

Los divertículos cólicos son protrusiones sacciformes, comunicadas con la luz cólica que se alojan en la pared del colon. Los factores de riesgo para el desarrollo de esta patología son el déficit de fibra dietética y la edad. Un 70-80% de los pacientes no presentan síntomas ni complicaciones. Las manifestaciones clínicas están presentes en el 20-30% de los pacientes; destacan síntomas sin signos clínicos inflamatorios y desarrollo de complicaciones que derivan de la inflamación o del sangrado de los divertículos. Los síntomas son dolor, disminución del apetito, episodios de diarreas o estreñimiento y no hay pérdida de peso. Dentro de las complicaciones se presentan: abscesos, fistulas, perforación y obstrucción. La obstrucción se debe a una complicación crónica, su incidencia es baja, debe plantearse el diagnóstico diferencial con una neoplasia, suele ser parcial y se produce por los efectos combinados del edema local, el espasmo y los cambios inflamatorios. Además puede representar una secuela crónica de crisis recurrentes de diverticulitis, que llevan al desarrollo de una masa fibrosa y a la estenosis del colon. Los signos radiológicos de estenosis por divertículos son: mucosa intacta, segmento estenosado largo con ausencia de bordes afilados, pared colónica deformable, presencia de divertículos. La endoscopia puede ser una alternativa para el tratamiento de las estenosis benignas en los pacientes con mayor riesgo quirúrgico, sin embargo en los casos en que la terapia endoscópica no sea posible el procedimiento quirúrgico es el método ideal de resolución. Se presenta el caso de paciente masculino de 59 años, hipertenso, con antecedente de Síndrome de Leriche resuelto, uso y abuso de tabaco, cuyo motivo de consulta fue evacuaciones líquidas, dolor abdominal difuso y distensión abdominal. Se realiza coproanálisis y ultrasonido abdominal resultando normales, indicando colonoscopia la cual no es completada debido a estenosis en colon sigmoidees que no permite paso del instrumento, se indica colon por enema con múltiples excesos de repleción en colon sigmoidees, posterior disminución de calibre, tortuosa, regular. Se indica tratamiento médico sin mejoría de la estenosis por lo cual se indica resolución quirúrgica.

### **9. PANCREATITIS AGUDACOMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LINFOMA DE BURKITT: A PROPÓSITO DE UN CASO**

De Faria A\*, Martínez D\*\*, Torres J\*\*\*, Ramírez W\*\*\*\*, Rojas S\*\*\*\*\* Adjunto de la Unidad de Gastroenterología. Profesor Asistente ULA. Jefe de la Unidad de Gastroenterología IUHULA. Profesor Asistente ULA\*/Residente del 3er Año de Gastroenterología\*\*/Residente del 3er Año de Gastroenterología\*\*\*/Residente del 2do Año de Gastroenterología. Postgrado de Gastroenterología ULA-IAHULA\*\*\*\*

#### **Resumen**

Los linfomas se presentan en pacientes jóvenes en 27%, representando el linfoma No Hodgking el 57% de los casos, de estos las dos terceras partes son de células B entre los cuales

el linfoma de burkitt representa solo 2,5%, siendo causa, de una translocación que disregula el gen *c-myc*, asociándose a la presencia de infecciones virales y parasitarias como el Virus de *Epstein barr* y el *plasmodium vivax* respectivamente. La presentación clínica es variada, pero el compromiso primario del páncreas es muy poco frecuente. Se describe un caso de linfoma de Burkitt primario de páncreas en un adolescente masculino de 16 años quien presenta dolor abdominal tipo pancreático, con elevación de enzimas pancreáticas, evidenciando en ultrasonido y TAC abdominal, aumento de volumen del páncreas y lesión en cola con pérdida de los planos de clivaje con estómago, realizándose gastroscopia que permite tomar biopsia para diagnóstico por histología e inmunohistoquímica de infiltración a estómago. Después de cumplir protocolo de quimioterapia LMB-96, mejora clínicamente, con disminución de las enzimas, el tamaño del páncreas y de la lesión infiltrativa de estómago. El interés de este caso radica que existen pocos reportes en la literatura de casos de linfoma primario tipo Burkitt en el páncreas, en un adolescente inmunocompetente, con serologías infecciosas negativas.

## 10. METÁSTASIS EN RECTO: ADENOCARCINOMA GÁSTRICO EN CÉLULAS DE ANILLO DE SELLO

Carvajal Carlos, Ruiz Neovis, Arellano Rosana, Álvarez Carlos. Hospital Universitario de Caracas, julio 2015

### Resumen

El Adenocarcinoma gástrico, a pesar de su descenso en la incidencia, es una de las principales causas de muerte en el mundo. El tipo difuso, (clasificación de Lauren) con presencia ocasional de células en anillo de sello, es menos frecuente y con peor pronóstico que el intestinal; ambos se diseminan por vía hemática como linfática (40-60%), pudiendo llegar a afectar a órganos como: hígado (35-50%), pulmón (9-22%), hueso (1,9%) y sistema nervioso central (0,5-2%); siendo excepcional, la afectación de otros órganos. Se reporta caso de paciente femenino de 37 años, quien presentó vómitos postprandiales tempranos, distensión abdominal y pérdida de peso de 10 kg de un mes de evolución. Se realizó endoscopia digestiva superior: Tumor gástrico Bormann IV. Biopsia gástrica: Adenocarcinoma poco diferenciado con células en anillo de sello (ADC en anillo de sello). Colonoscopia: Disminución del calibre a 2 cms del esfínter anal, mucosa edematizada, lesiones multilobuladas, induradas, friables. Biopsia de colon: Colitis crónica moderada. Biopsia de recto: ADC en anillo de sello. Se trae el caso, siendo excepcional, la afectación de recto por el ADC gástrico; tal como el paciente que presentamos.

## 11. METÁSTASIS CUTÁNEA POR ADENOCARCINOMA (ADC) MODERADAMENTE DIFERENCIADO DE VESÍCULA. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS (HUC). CARACAS, DISTRITO CAPITAL. JULIO 2015

Arellano, Rosana\*\*\*, Fernández Saturnino\*, Romero Aure, Adriana\*\*, C. Carvajal\*\*\*, C. Álvarez\*\*\*.

Jefe del Servicio de Gastroenterología del HUC\*/ Fellow de

Endoscopia Terapéutica y Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) del Servicio de Gastroenterología Universidad Central de Venezuela, HUC\*\*/ Residente de segundo año del postgrado de Gastroenterología, Universidad Central de Venezuela, HUC\*\*\*

### Resumen

Las metástasis cutáneas (MC) representan un hallazgo infrecuente en la práctica clínica. Su incidencia varía entre el 0,7 y el 5.3% de las lesiones dermatológicas. Los orígenes más frecuentes en el sexo masculino lo constituyen el cáncer de pulmón y colon seguidos por el carcinoma epidermoide de la cavidad oral y el melanoma. Se presenta caso de paciente masculino de 48 años de edad con antecedente reciente de colecistectomía por litiasis vesicular, quien acude a nuestro servicio por presentar ictericia, coluria, pérdida de peso de 15 kg aproximadamente y aumento de volumen en región latero-cervical izquierda e Hipocondrio Derecho. Se realiza biopsia de plastrón adenomegálico cervical y tumoración cutánea reportando metástasis por Adenocarcinoma (ADC). Se solicita revisión de pieza quirúrgica la cual reporta ADC moderadamente diferenciado de vesícula. Durante su hospitalización presentó monoparesia braquial izquierda y síndrome de Horner ipsilateral secundario a compresión extrínseca del simpático cervical por plastrón adenomegálico. Se realizó diaterapia descompresiva y drenaje transparieto hepático. La sobrevida del Cáncer de Vesícula es de 6 meses extendiéndose hasta 5 años en el 5% de los casos. Su diseminación es linfática, vascular, neural, intraperitoneal e intraductal.

## 12. SÍNDROME DE HELLP INCOMPLETO Y HEPATITIS AUTOINMUNE EN PUERPERIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Alvarez C\*, Sacca F\*\*. Residente de postgrado de Gastroenterología. Hospital Universitario de Caracas – Venezuela\*/ Gastroenterólogo. Adjunto del postgrado de Gastroenterología. Hospital Universitario de Caracas – Venezuela\*\*

### Resumen

Se presenta caso de paciente femenino de 23 años de edad quien cursaba con II gesta de 37 semanas según FUR, con antecedente de preeclampsia; refiere inicio el 30/07/14 cuando presenta edema en miembros inferiores con fovea e ictericia con coluria sin prurito acude el 18/08/14 al Hospital "Magallanes de Catia" donde ingresan con diagnóstico de ictericia obstructiva refiriendo que tenía elevación de aminotransferasas; el día 21/08/14 presenta deterioro neurológico dado por desorientación temporoespacial, amnesia retrógrada y posteriormente movimiento tónico clónicos generalizados siendo referida el día 22/08/14 a Maternidad Concepción Palacios donde ingresa con Glasgow de 6 puntos y es intubada; en informe de referencia mencionan administración de plasma fresco congelado; el 24/08/14 presenta parto pretermino por muerte fetal; en virtud de situación de la paciente solicitan apoyo a servicio de nuestro centro siendo referida para el día 27/08/14 a unidad de cuidados intensivos donde permanece intubada hasta el 31/08/14.

### 13. PÓLIPO FIBROIDE INFLAMATORIO O TUMOR DE VANEK: REPORTE DE UN CASO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. PEDRO EMILIO CARRILLO" VALERA, ESTADO TRUJILLO

Mora Néstor, MarínMaría, Carrillo Sofía, Spitale Evelin, Pineda Darwins, Romero Katherine, Vergara Zhandra, Fasero María. Hospital universitario "Dr. Pedro Emilio Carrillo", Valera estado Trujillo, Venezuela

#### Resumen

El tumor de Vanek o pólipo fibroide inflamatorio; es un tumor benigno no encapsulado, poco frecuente del tubo digestivo (1-4%), con ligero predominio en el sexo masculino y un pico de incidencia a partir de la sexta década de la vida. La etiología de estas lesiones son desconocidas, originadas en la submucosa cuya ubicación puede darse a lo largo del tracto digestivo, siendo más común en el antro gástrico (80%), aunque también se ha descrito en la unión gastroesofágica, duodeno, yeyuno, íleon y colon. Están formadas por células mononucleares y mesenquimatosas con citoplasma fusocelular, con una importante proporción de eosinófilos. Sus síntomas son variables, dependiendo de su localización. En este reporte de caso se presentó un paciente masculino de 63 años de edad, con tumor de Vanek de localización antral, diagnosticado en el Hospital Universitario Pedro Emilio carrillo de Valera.

### 14. ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO Y PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA EN GIST GÁSTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Torres Q. María C, Wever Wallia, Bastidas T. Vanessa C. Cruz Roja Venezolana

#### Resumen

Una de las virtudes reconocidas del ultrasonido endoscópico es la de identificar los estratos de la pared del tubo digestivo diferenciándolos en 5 o 7 capas dependiendo del equipo y de la frecuencia utilizada.<sup>1</sup> La distribución de estas lesiones no es uniforme, el estómago es el más frecuentemente afectado y al mismo tiempo con mayor riesgo de malignidad en relación al esófago. Presentación de Caso: Se trata de paciente femenina de 37 años de edad quien acude por presentar dolor abdominal en hipocondrio derecho, evacuaciones líquidas en número de 6, durante 3 días y alza térmica cuantificada en 39° C vía oral. Antecedentes personales: Hipertensión arterial. Antecedentes familiares: madre hemorragia digestiva superior, niega cáncer. Ecosonograma abdominal donde se evidencia hígado en segmento VII se evidencia una imagen de bordes irregulares, con patrón ecomixto, que mide 59.1 mm x 48.0 mm aproximadamente. Tac abdomino pélvica: esteatosis hepática difusa, imagen de LOE a nivel de fundus gástrico. En la gastroscopia se observa por debajo de la Unión esofagogastrica lesión elevada del mismo color de la mucosa, redondeada de aproximadamente 4 cm friable al paso del equipo, que ocupa el 80% de la luz, sugestiva de Lesión subepitelial. En USE se observa lesión elevada cubierta de mucosa sana que ecoendoscópicamente se origina de la ecocapa muscular propia es de forma redondeada, de bordes

bien definidos, mide 39 x 23 mm de diámetro aproximado, de ecopatrón heterogéneo. Se realiza punción aspiración de la lesión con aguja EchoTip pro-core de 22 gauges desde el estómago. Anatomía patológica: Reporta minúsculos grupos de células compatibles con GIST. En vista de resultados es referida para Cirugía con diagnóstico de Lesión subepitelial GIST con probable MT en segmento VII de hígado. Discusión: El uso de EUS-FNA con diferentes tipos de agujas (diferentes diámetros, 22, 25 o 19 G, Trucut y frenestradas, son las posibilidades de citohistología que ofrece el ultrasonido endoscópico. Actualmente, se reporta un alto rendimiento diagnóstico de la EUS FNA entre 75 a 100%. **Conclusión:** Es por eso que la punción aspiración guiada por ultrasonido endoscópico (PAAF-USE) se ha convertido en una herramienta importante en el diagnóstico.

### 15. INGESTA DE CUERPOS EXTRAÑOS: INCIDENCIA, TERAPÉUTICA Y COMPLICACIONES

Marialy Marialy Díaz\*, Luz Celeste Martínez\*\*, Manuel Carreiro\*\*\*Adjunto de Gastroenterología del Hospital General del Este Dr Domingo Luciani, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Caracas, Venezuela\*/Adjunto de Gastroenterología del Hospital Dr. Cesar Rodríguez Rodríguez, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Anzoátegui, Venezuela\*\*/ Jefe del Servicio de Gastroenterología del Hospital General del Este Dr Domingo Luciani, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Caracas, Venezuela\*\*\*

#### Resumen

**Introducción:** Los cuerpos extraños en el tubo digestivo son motivo frecuente de consulta en gastroenterología, asociándose con morbilidad y mortalidad no despreciables. En adultos ha sido de poco interés en la literatura internacional. **Pacientes y Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes que consultaron al Servicio de Gastroenterología del Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani, en el período junio 2011 a junio 2012 con diagnóstico de ingestión de cuerpo extraño. Fue un estudio prospectivo, descriptivo y transversal donde se recopilaron datos clínicos, radiológicos y endoscópicos. **Resultados:** 71 pacientes, 41 sexo masculino (57,74%) y 30 femenino (42,25%). Edad 46,633 + 13,15 años. Ingesta accidental (95,77%). Predominaron huesos de pollo y espaldas de pescado (59,15%). Los síntomas más frecuentes fueron disfagia (30,98%) y odinofagia (21,12%). Tiempo promedio entre ingreso y endoscopia: 9,11 + 6,012 horas. El tratamiento endoscópico fue efectivo en el 89,18%. No se encontró cuerpo extraño en el 43,93%. El asa de polipectomía y la pinza de cuerpo extraño se usaron en el 47,05% y 35,29% respectivamente. Falleció un paciente (1,408%). **Conclusiones:** Aproximadamente la mitad de los pacientes adultos que consulta por cuerpo extraño no lo tienen en forma objetiva. La endoscopia es un método útil para diagnóstico y de ser necesario para extraer efectivamente el cuerpo extraño.

### 16. STRONGYLOIDES STERCORALIS EN MUCOSA COLÓNICA. HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Rosana Arellano, Cesar Louis, Marian Capobianco, Carlos Carvaia, Carlos Álvarez Servicio y Cátedra de Clínica Gastroenterológica. Hospital Universitario de Caracas. Caracas-Venezuela.

### Resumen

La estrongiloidiasis es una infección endémica en países tropicales y subtropicales. Involucra principalmente el intestino delgado y es asintomática en el 50% de los casos. La infección en colon es infrecuente así como el síndrome de hiperinfección y la forma diseminada; y se encuentran asociados a estados de inmunosupresión. Se reporta caso de paciente masculino de 52 años de edad con diagnóstico de síndrome antisintetasa, en tratamiento regular con azatioprina y metotrexato; quien consulta por presentar rectorragia postevacuatoria, intermitente, roja rutilante, en escasa cantidad, de dos meses de evolución. Examen físico y analítica sanguínea sin alteraciones. Se realiza endoscopia digestiva inferior que reporta colopatía hemorrágica de ciego, colon ascendente y transversal; lesión OIS en ascendente, rectitis hemorrágica y úlcera en recto bajo. La biopsia concluye colitis granulomatosa por *Strongyloides stercoralis* e infección en úlcera de recto bajo por molusco contagioso. Se indica tratamiento con ivermectina durante dos días, mejorando la sintomatología.

### 17. ESOFAGITIS POR HERPES VIRUS EN ADULTO INMUNOCOMPETENTE REPORTE DE UN CASO

Páez Madeleyn, Cova Jorge.

Hospital Universitario de Caracas

### Resumen

Tanto el virus del herpes I como el virus del herpes II son capaces de producir esofagitis infecciosa. Puede afectar a personas sanas aunque es más frecuente que ello ocurra en pacientes que tengan comprometido el sistema inmune, especialmente aquellos que reciben trasplante de órganos o de médula ósea, que requieran fármacos inmunosupresores, quimioterapia o con VIH. Se ha descrito de forma ocasional en individuos sanos, 77% con edad inferior a 44 años y sexo masculino.

Paciente masculino con hábitos tabáquicos acentuados quien consulta por presentar pérdida de peso de 15 kg de dos meses de evolución y melena en dos oportunidades. Al examen físico tacto rectal esfínter hipotónico, dedil de guante positivo para melena. En analítica se evidencia leucocitosis con neutrofilia, anemia normocítica normocromica, Serología para HIV negativa. Se realiza endoscopia digestiva superior evidenciando en esófago mucosa de aspecto congestivo con úlceras lineales menores de 5 mm, cubiertas de fibrina. A partir de los 35 hasta los 40 cm de la arcada dentaria se observa lesión ulcerada de bordes elevados, irregular con fondo de fibrina y hematina. A la magnificación y FICE (Filtro 2 y 4) se observa en borde proximal de la lesión, mucosa con presencia de bucles capilares intrapapilares gruesos y abiertos, y en su porción distal, bordes ulcerados, con glándulas dilatadas; la misma ocupa el 100% de la circunferencia, con mucosa adyacente esfacelada, ulcerada y con presencia de elementos

vasculares. Se toman biopsias cuya histología reporta esofagitis por herpes virus.

### 18. TRATAMIENTO EFICAZ DE LA FISTULA ABDOMINO-PERITONEAL POSTPARACENTESIS CON CIANOACRILATO TOPICO

Salazar Mariani, Briceño Daniel, Louis Cesar, Sacca Fabio. Hospital Universitario de Caracas. Cátedra de Clínica Gastroenterología. Caracas, Venezuela.

### Resumen

**Introducción:** El cianoacrilato es un adhesivo de acción rápida de uso industrial, doméstico y médico. La paracentesis es un procedimiento médico diagnóstico y terapéutico con una baja tasa de complicaciones que representa menos de 5% siendo una de ellas la fistula abdominoperitoneal con pocos casos reportados en la literatura. Tenemos como objetivo presentar casos de pacientes con fistula abdominoperitoneal postparacentesis tratados con cianoacrilato tópico y describir la técnica de aplicación de cianoacrilato en esta complicación. **Métodos:** Se analizó serie de paciente que ingresaron al servicio de gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas desde enero 2013 hasta noviembre 2014 con ascitis a tensión, a quienes se les realizó paracentesis y que solo 1% presentaron complicación con fistula abdominoperitoneal siendo tratados con cianoacrilato tópico. **Resultados:** se aplicó tratamiento con cianoacrilato tópico en 2 pacientes que presentaron fistula abdominoperitoneal como complicación postparacentesis. Ambos pacientes del sexo masculino. La etiología principal fue cirrosis hepática por alcohol. En ambos pacientes se corroboró la fistula al momento de la aplicación del cianoacrilato. Hubo cese permanente del gástrico peritoneal y no se presentaron efectos adversos a la aplicación del cianoacrilato. **Conclusiones:** la fistula abdominoperitoneal es una complicación de baja incidencia y su tratamiento con cianoacrilato tópico resultó ser eficaz y sin efectos secundarios

### 19. REVERSION ENDOSCOPICA DE BY-PASS GÁSTRICO

Baptista, Guzmán, Salina

Hospital Clínico Caracas

### Resumen

**Introducción:** La posibilidad de revertir un By-pass gástrico ha sido descrita en la literatura y es una indicación en casos de desnutrición severa, hipoglicemia severa e hipocalcemia severa que no pueden ser manejadas con otros recursos médicos. La morbilidad de la reversión quirúrgica del By-pass Gástrico está descrita entre el 6 y 15%. **Pacientes y métodos:** Se describe un caso de un paciente de 56 años a quien se le realizó reversión endoscópica de By-pass Gástrico asistida por Ultrasonido Endoscópico, quien presentaba hipoglicemia, desnutrición severa e insuficiencia renal. Al paciente previamente se le había realizado una Gastrostomía para documentar la adecuada respuesta a la alimentación por vía del estómago excluido. Una vez confirmada esta respuesta se decidió avanzar eco-endoscopia lineal al reservorio gástrico. Se irrigó con abundante solución salina el estómago excluido por la

Gastrostomía y se identificó por Ultrasonido Endoscópico. Se avanzó aguja 19 Gauge del reservorio al estómago excluido y sobre ésta guía endoscópica 0,018". Se avanzó endoscopio de 5.8 mm por el orificio de la Gastrostomía y se verificó presencia de la guía. Sobre la guía y desde el reservorio con gastroscopio de visión frontal se avanzó esfinterotomo de aguja y se realizó corte de la pared del reservorio hasta el estómago excluido. Luego se avanzó balón de dilatación que fue insuflado hasta 10 mm. Posteriormente se colocó Stent Metálico Autoexpansible totalmente cubierto entre el reservorio y el estómago distal. Todo el procedimiento fue monitoreado bajo visión de endoscopio a través de Gastrostomía. El paciente evolucionó en forma satisfactoria y comenzó alimentación por vía oral. Se planificó dejar el Stent por 3 meses y luego retirar el mismo. **Resultados:** No hubo complicaciones y el paciente inició alimentación por vía oral a los 3 días. No hubo dolor abdominal ni Neumoperitoneo en estudios radiológicos de control. A los 7 días el Gastrostomo pudo ser retirado y el paciente mantiene actualmente alimentación exclusiva por vía oral. **Conclusión:** La reversión de By-pass Gástrico por vía endoscópica asistida por Ultrasonido Endoscópico es posible y probablemente sea una opción de menor costo y menor morbilidad que la reversión quirúrgica.

## 20. EMBOLIZACION ENDOSCÓPICA DE VÁRICES GÁSTRICAS FUNDICAS CON IMPLANTE AUTOEXPANSIBLE INYECTABLE (ONYX)

Baptista Guzmán. Hospital Clínicas Caracas

### Resumen

**Introducción:** La Inyección Endoscópica de Esclerosantes es una opción ampliamente descrita para manejo de várices fúndicas. El Cianoacrilato es una opción altamente eficiente y de bajo costo. Se requiere el uso de Lipidol o en su defecto uso de soluciones hipertónicas como vehículos. Sin embargo existe un porcentaje de riesgo de daños a los equipos endoscópicos con el uso del Cianoacrilato. **Pacientes y métodos:** Se describe un caso de inyección endoscópica de várices gástricas con implante inyectable autoexpansible, que ha sido utilizado en radiología intervencionista para cierre de malformaciones arterio-venosas cerebrales (Onyx R+). La paciente presentaba hipertensión portal Child-B por cirrosis hepática secundaria a OH. Había presentado varios episodios de hemorragia digestiva superior con descenso en cifras de hemoglobina y hematocrito. Bajo sedación con Propofol en sala de endoscopia se utilizó aguja de esclerosis endoscópica Gauge 19. Se inyectó 1.5 cc de Onyx en 2 puntos distintos utilizando DMSO como vehículo. Una vez en contacto con los tejidos humanos el Onyx polimeriza inmediatamente y tiene la ventaja de ser radiolúcido. Se indicó antibióticoterapia profiláctica con Cefalosporina de tercera generación. **Resultados:** La paciente egresó al día siguiente con dolor moderado que fue manejado con antiinflamatorios no esteroideos. No hubo resangrado en 2 meses de seguimiento. A las 4 semanas se realizó Radiología observando presencia del implante. También se revisó endoscópicamente observando adecuada respuesta endoscópica. **Conclusión:** Se presenta

el uso novedoso para tratamiento de várices fúndicas gástricas utilizando un recurso descrito para tratar malformaciones arterio-venosas cerebrales por radiología intervencionista. El procedimiento luce eficiente y sin riesgos de daño a los equipos endoscópicos.

## TRABAJOS LIBRES

### MODALIDAD PEDIATRIA

#### 1. CREATININA SÉRICA COMO INDICADOR PARA LA DISFUNCIÓN RENAL AGUDA EN NIÑOS CIRRÓTICOS

Colina Nina\*, Pestana Elena\*, Perla Enicar\*, De Guglielmo Manuel\*, Gómez Trina\*, Agüero Luzmila\*, Lozada Carlos\*, Sala Abigail\*, Ledezma Karina\*\*, Vasallo Miguel\*, Rodríguez Carlos\*, KatoTomoaki\*\*, Rivas-Vetencourt Pedro\*  
Programa Metropolitano de Trasplante de Hígado - Fundahígado. Caracas – Venezuela\*/Department of surgery, Center for liver disease and transplantation, Columbia University New York, USA\*\*

### Resumen

El daño renal agudo en la cirrosis se define como un aumento del nivel de creatinina >50% respecto el valor basal, o como una elevación del nivel de creatinina 0,3 mg/dl en menos de 48 horas. Este criterio tiene la ventaja de que la disfunción renal se detecta en fases más tempranas, lo que permite iniciar el tratamiento de forma precoz. Los pequeños incrementos del nivel de creatinina que se detectan con este método se asocian de forma independiente a una mayor mortalidad de los pacientes hospitalizados con cirrosis. No hay pruebas específicas que ayuden a conocer la causa de la disfunción renal en pacientes con cirrosis, aunque en la mayoría de los casos es suficiente hacer una historia clínica detallada, exploración física, evaluación de función renal. La literatura médica a este respecto en niños es muy escasa. **Objetivo:** Determinar la utilidad de los valores de creatinina sérica en la identificación de riesgo a desarrollar disfunción renal aguda (DRA) en pacientes pediátricos cirróticos con ascitis. **Método:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Revisión de historias clínicas de pacientes pediátricos con diagnóstico de cirrosis y ascitis, atendidos en la Consulta de Hepatología Pediátrica del Programa Metropolitano de Trasplante de Hígado, durante el periodo 2005 – 2015. Caracas Venezuela. Se comparó los valores de creatinina de cada uno de los pacientes con su mismo valor, considerado como un basal (sin descompensación) y los valores durante la descompensación. Se logró demostrar que valores mínimos de incremento de la creatinina sérica es un buen indicador precoz en la disfunción renal. De tal manera, que es importante no soslayar estos cambios para poder garantizar la función renal en esta población ya que es un factor primordial en la supervivencia de los niños cirróticos e importante consideración para trasplante hepático. También es oportuno señalar que no hay criterios para síndrome hepatorenal en pediatría y las variaciones de la misma en un mismo paciente pudiera ser útil para conocer cuando un paciente pediátrico está desarrollando un síndrome Hepatorrenal.

## 2. UTILIDAD DE UNA GUÍA DIAGNÓSTICA ESTANDARIZADA EN COLESTASIS NEONATAL

Carla Aguiar, Dianora Navarro, Karolina López, Katiuska Blandria, John Pineda Bernarded Méndez, Idelsa Polanco, Lisbeth Vivenes. Unidad de Gastroenterología Pediátrica del Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño", IVSS, Caracas – Venezuela.

### Resumen

**Introducción:** una referencia tardía, la falta de diagnóstico y no identificar factores de riesgo en colestasis neonatal pueden conducir a enfermedad hepática crónica a temprana edad. **Objetivo:** aplicar una guía diagnóstica estandarizada para registrar factores de riesgo e identificar la etiología de colestasis neonatal en la consulta de gastroenterología.

**Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo y transversal, entre enero 2014 y enero 2015, incluyo niños menores de 3 meses con colestasis. Se aplicó al ingreso del paciente la guía diagnóstica estandarizada y elaborada para el estudio. Variables: edad, sexo, factores de riesgo, criterios clínicos y bioquímicos, pruebas especiales (errores innatos del metabolismo, serologías), ecografía abdominal y tratamiento. Resultados: 33 pacientes, 20 (60,60%) masculino, edad promedio 25 días de vida (rango: 2-62). El 100% ictericia, 9/33 (27,27%) coluria y acolia 3/33 (9,09%); hepatoesplenomegalia a la evaluación física 6/33 (18,18%). Factores de riesgo: sepsis 22/33 (66,66%), prematuridad 12/33 (36,36%), bajo peso al nacer 11/33 (33,33%), nutrición parenteral total, ayuno y trombocitopenia, cada uno 10/33 (30,30%). Los promedios de la bioquímica: bilirrubina total 9,81 mg% (DS+5,15), bilirrubina directa 5,26 mg% (DS+, 2,87), aminotransferasa oxalacética 145,31 U/L (DS+105,98) y pirúvica 121,23 U/L (DS +130,33), gammaglutamil transpectidasa 181,25 U/L (DS+75,25) y plaquetas 193.360 mm<sup>3</sup> (DS +144.571,45). La ecosonografía abdominal fue normal en 48,48%, barro biliar 12,12%, hepatoesplenomegalia, esplenomegalia y hepatomegalia cada una 9,09%, una ausencia de vesícula biliar entre otros hallazgos. Diagnóstico etiológico: Colestasis intrahepática: multifactorial 17/33(51,51%), asociada a infección 7/33 (21,21%), metabólica y transitoria del neonato cada uno 4/33 (12,12%). Un caso de atresia de vías biliares. El 84,84% recibió tratamiento con ácido ursodesoxicólico.

**Conclusiones:** la guía diagnóstica fue de utilidad, su estandarización permitió identificar la etiología y orientó sobre el seguimiento del paciente, por lo que se recomienda su uso.

## 3. ATRESIA DE VIAS BILIARES Y TRASPLANTE HEPÁTICO: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA. PROGRAMA METROPOLITANO DE TRASPLANTE DE HIGADO - FUNDHIGADO

Gómez Trina\*, Colina Nina\*, Pestana Elena\*, Perla Enicar\*, De Guglielmo Manuel\*, Agüero Luzmila\*, Lozada Carlos\*, Sala Abigail\*, Ledezma Karina\*, Vasallo Miguel\*, Rodríguez Carlos (1) Kato Tomoaki (2), Rivas-Vetencourt Pedro (1). Programa Metropolitano de Trasplante de Hígado - Fundahígado. Caracas – Venezuela/ Department of surgery, Center for liver disease and transplantation, Columbia University New York, USA

### Resumen

La atresia de vías biliares (AVB), es una colangitis esclerosante de causa desconocida que ocurre en los primeros meses de la vida y se manifiesta como síndrome colestásico. Es el resultado final de un proceso destructivo, idiopático e inflamatorio que afecta los conductos biliares intra y extrahepáticos, lo que provoca la muerte por cirrosis descompensada dentro de los 2 a 3 años de vida si no media una intervención. Se estima que la incidencia mundial de la enfermedad oscila entre el 1 en 8000 y 18000 recién nacidos (RN) vivos. El tratamiento primordial de la AVB es la cirugía (procedimiento de Kasai), la cual debe realizarse dentro de los 2 primeros meses de vida y por lo que el diagnóstico precoz es crítico en su manejo. El trasplante hepático está indicado cuando falla el procedimiento anterior, manifestado por colangitis a repetición o desarrollo de hipertensión portal con sus complicaciones o falla sintética del hígado. **Objetivo:** Demostrar la experiencia del Programa Metropolitano de Trasplante de hígado en atresia de vías biliares durante 10 años. **Material y método:** Estudio descriptivo, retrospectivo, basado en la revisión de las historias clínicas de los pacientes del Programa Metropolitano de Trasplante Hepático (FUNDHIGADO), con diagnóstico de atresia de vías biliares sometidos a trasplante de hígado, durante un periodo de 10 años (2005- 2015). 19 pacientes incluidos en este estudio, de un total de 58 historias médicas de la consulta con diagnóstico de AVB. Los 38 pacientes restantes (67,2%) o se encontraban en evaluación para trasplante o no resultaron candidatos para el mismo, y no fueron incluidos en este estudio. En los pacientes trasplantados se analizaron las siguientes variables: sobrevida, tipo de trasplante, indicaciones de trasplante, complicaciones, edad, sexo y portoenteroanastomosis de Kasai previo a su trasplante. **Resultados:** La sobrevida de los pacientes fue de 94,7%, 17 pacientes fueron trasplantados de donante vivo y 2 de donantes cadavéricos, el 68,4% fue de segmento lateral izquierdo, siendo el padre el mayor porcentaje como donante. La indicación de trasplante hepático más frecuente fue la hemorragia digestiva superior (63,1%); dentro de las complicaciones postrasplantadas más frecuente son infecciosas, sepsis en el 52,6% y respiratoria en el 42,1% de los casos. La edad promedio era de 24 meses, 78% correspondió al género femenino; 88% de los casos habían sido sometidos a portoenteroanastomosis previamente. **Conclusiones:** La atresia de vías biliares puede ser tratada en forma exitosa a través del trasplante de hígado en nuestro país, demostrado con una sobrevida de 94,7%, a pesar de las complicaciones aquí descritas. El diagnóstico precoz es fundamental para la realización del procedimiento de Kasai como control inicial de la enfermedad y posteriormente la referencia precoz para su trasplante hepático.

## 4. SÍNDROME HEPATOPULMONAR EN NIÑOS CON CIRROSIS: MANEJO Y EVOLUCIÓN POSTR

Colina Nina\*, Pestana Elena\*, Perla Enicar\*, De Guglielmo Manuel\*, Gómez Trina\*, Agüero Luzmila\*, Lozada Carlos\*, Sala Abigail\*, Ledezma Karina\*, Vasallo Miguel\*, Rodríguez Carlos\*, Kato Tomoaki\*\*, Rivas-Vetencourt Pedro\*

Programa Metropolitano de Trasplante de Hígado - Fundahígado. Caracas – Venezuela\*/ Department of surgery, Center for liver disease and transplantation, Columbia University New York, USA\*\*

### Resumen

El síndrome hepatopulmonar (SHP) surge como complicación de la hipertensión portal en pacientes con enfermedad hepática terminal. **Objetivo:** Determinar la severidad del SHP, su evolución y complicaciones postrasplante en niños atendidos en la consulta del Programa Metropolitano de Trasplante Hepático. **Métodos:** Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo. Se estudiaron niños de la consulta de Hepatología, entre 1 y 18 años de enero/2005 - mayo/2014. Se realizó diagnóstico por: dilataciones vasculares intrapulmonares, PaO<sub>2</sub> <70 mmHg y gradiente A-a >15 mmHg. Resultados: Se incluyeron 15 niños, dos varones (13,3%), trece hembras (86,7%). En su mayoría con PELD mayor de 17. El 100% presentó SHP; con saturación de O<sub>2</sub> ≤97%. Se realizó ecocardiograma con burbujas demostrando fistulas arterio-venosas. 2 pacientes (13,3%) tenían SHP moderado, 5 (33,3%) severo y 8 (53,3%) muy severo. Las patologías asociadas eran: cirrosis por atresia de vías biliares 9 niños (60%), Hepatitis Autoinmune 2 (13,3%), cirrosis criptogenica 3 (20%) y fibrosis hepática congénita 1 (6,6%). 9 pacientes (60%) fueron trasplantados. 5 pacientes trasplantados (55,5%) presentaron complicaciones durante postoperatorio en UTI: Neumonía 1 (11,1%), SDRA 2 (22,2%), broncoespasmo 1 (11,1%) y Atelectasia 1 (11,1%). Tiempo de ventilación mecánica promedio 5 días, FiO<sub>2</sub> máxima: 80%, saturación al egreso de UTI: 80-100%. La estancia promedio en UTI: 6 días. **Discusión:** El SHP es una entidad frecuente en niños en lista de espera para trasplante hepático. La prevalencia y la gravedad son variables. Por su alta morbimortalidad es importante diagnosticarlo en niños. Se registró mortalidad en 40% de los casos en este estudio. El 60% de nuestros pacientes presentaban atresia de vías biliares, en correlación a la bibliografía consultada. 8 pacientes (53,3%) tenían SHP muy severo. Las complicaciones post-trasplante evidenciadas fueron básicamente respiratorias. Se demostró que la gasometría arterial y el ecocardiograma burbujas fueron pruebas suficientes para hacer el diagnóstico de Síndrome Hepatopulmonar.

### 5. COMPARACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CIRRÓTICOS PEDIÁTRICOS CON EL USO O NO DE RIFAXIMIN

Perla Enicar, Pestana Elena\*, Colina Nina\*, De Guglielmo Manuel\*, Gómez Trina\*, Agüero Luzmila\*, Lozada Carlos\*, Sala Abigail\*, Ledezma Karina\*\*, Vasallo Miguel\*, Rodríguez Carlos\* Kato Tomoaki\*, Rivas Vetencourt Pedro Programa Metropolitano de Trasplante de Hígado - Fundahígado. Caracas – Venezuela\*/ Department of surgery, Center for liver disease and transplantation, Columbia University New York, USA\*\*

### Resumen

La Rifaximina es un antibiótico bactericida que actúa inhibien-

do la síntesis del RNA bacteriano, no absorbible por vía oral, que alcanza un nivel alto de concentración en la luz intestinal, ejerciendo su actividad en bacterias grampositivas y gramnegativas aerobias, así como también en anaerobias. En pacientes con hepatopatías crónicas que han evolucionado a cirrosis, se presentan varias entidades clínicas como complicación: encefalopatía hepática, várices esofágicas e infecciones lo que podría llevar a un cuadro clínico de sepsis y/o fallo multiorgánico, este último punto, es poco lo referido en la literatura médica. **Objetivo:** Determinar la evolución clínica y el surgimiento de infecciones en pacientes con cirrosis hepática con Rifaximina y su comparación con aquellos pacientes los cuales no la recibieron. **Método:** Estudio descriptivo, retrospectivo, con revisión de historias clínicas de pacientes pediátricos con diagnóstico de cirrosis y uso o no de Rifaximina y su relación con la aparición de infecciones. **Resultados:** De un total de 27 pacientes estudiados, 9 se encontraban en etapa lactante, 6 eran preescolares, 3 escolares y 9 adolescentes; de los cuales 59% corresponden al género femenino y 41% al género masculino. De las patologías presentadas por estos pacientes en orden de frecuencia se evidenció Atresia de vías biliares derivada (29.6%), Hepatitis autoinmune (18.5%), Síndrome de Alagille (11.1%), Cirrosis criptogénica (11.1%), Atresia de Vías biliares no derivada (7.4%), Cirrosis intrahepática familiar progresiva (7.4%), Cirrosis biliar secundaria (3.7%), Hepatitis C crónica (3.7%), Cavernomatosis de la Porta (3.7%), Síndrome de Budd Chiari (3.7%). Las complicaciones observadas fueron de Várices esofágicas (25.9%), Colangitis ascendente (18.5%), Hemorragia digestiva superior (11.1%), Síndrome Heparrenal (7.4%), Prurito intratable (7.4%), Epistaxis (7.4%), Pancreatitis aguda (3.7%), Ascitis intratable (3.7%). Se encontró que del total de pacientes estudiados, 48.1% recibieron Rifaximina, evidenciando en estos menor número de infecciones, disminución en el índice de hospitalizaciones y de mortalidad. El grupo de pacientes (51.8%) que no recibió Rifaximina desarrollaron en mayor porcentaje complicaciones infecciosas, así como deterioro de la función hepática lo que conllevó a un mayor número de hospitalizaciones. **Conclusión:** el uso de Rifaximina en pacientes cirróticos, disminuye el riesgo de presentación de infecciones demostrado por la reducción de hospitalizaciones, el recibimiento de antibióticos sistémicos ambulatorios, en comparación a los que no recibieron el fármaco. La cirrosis hepática es una descompensación que deteriora la calidad de vida del paciente y su nutrición. Una de las causas que lo explica son las infecciosas, esto contribuye a una poca adherencia al resto del tratamiento. La eficacia de la Rifaximina en la prevención de infecciones no había sido evaluada antes, por lo que es importante dar a conocer la experiencia clínica con este medicamento y resaltar su utilidad en el alargamiento del mantenimiento del hígado antes de tener que contemplar el trasplante.

### 6. MICROBIOTA GASTROINTESTINAL AERÓBICA EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA. ESTUDIO PRELIMINAR

Santamaria Giancarlo\*, Sánchez Roger\*, De la Torre Beatriz\*, Moreno Xiomara\*\*, Martínez Gustavo\*\*, Macero

Carolina\*\*, Márquez Ana\*\*\*, López Karolina\*\*\*\* Escuela de Bioanálisis "Universidad Central de Venezuela", Caracas-Venezuela\*/Departamento de Microbiología "Instituto Médico la Floresta", Caracas - Venezuela\*\*/Unidad de Autismo "Maternidad Concepción Palacios", Caracas-Venezuela\*\*\*/Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica Hospital General "Dr. Miguel Pérez Carreño", IVSS. Caracas - Venezuela\*\*\*\*

## Resumen

**Introducción:** la alteración de la microbiota intestinal o Disbiosis ha sido implicada en la alteración del comportamiento del neurodesarrollo y problemas gastrointestinales en pacientes con trastorno del espectro autista (TEA). **Objetivo:** evaluar la microbiota intestinal aeróbica (MGIA) y clasificarla en beneficiosa, transitoria y enteropatógena en niños con TEA en la Unidad de Autismo-Maternidad Concepción Palacios. **Materiales y Métodos:** Desde el 26/02/2015 al 12/05/2015 se estudiaron de forma experimental y prospectiva 39 niños diagnosticados con TEA. Para el estudio de la MGIA se utilizaron muestras de heces. Se aplicó una encuesta para recopilar datos epidemiológicos, clínicos y comportamientos del neurodesarrollo. Para la evaluación de la MGIA o Disbiosis causada por bacterias, levaduras y especies de *Candida*, se propone la clasificación: Grado I, Grado II, Grado III y Ausente. **Resultados:** Fueron 27 niños (69,23%) y 12 niñas (30,77%), con una edad media de 6,3. Disbiosis 31 (79,5%), Disbiosis ausente 8 (20,5%). Según el grado de disbiosis, 5 (16,13%) Grado I, 7 (22,58%) Grado II, 19 (61,29%) Grado III. Los principales agentes causales de disbiosis fueron *Klebsiella spp.* (16), *Proteus mirabilis* (8), *Streptococcus sp.* (6), *Serratia marcescens* (5), *Candida spp.* (4). 2 niños presentaron *Campylobacter coli* como MGIA patógena. Manifestaciones gastrointestinales: 25,80% dolor abdominal, 16,13% diarrea y 38,7% estreñimiento. Trastornos del neurodesarrollo: 50% aleteos, 34% autoagresión, 61% berrinches, insomnio un 34,3%. **Conclusiones:** la presencia de disbiosis como causante de alteración de la MGIA pareciera que se presentan con más frecuencia en niños con TEA.

## 7. VIDEOCOLONOSCOPIA E HISTOLOGÍA EN NIÑOS CON O SIN TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA: ¿EXISTEN DIFERENCIAS?

John Pineda, Dianora Navarro, Karolina López, Katuska Belandria, Bernarded Méndez, Lisbeth Vivenes, Carla Aguiar, Idelsa Polanco. Unidad de Gastroenterología Pediátrica del Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño", IVSS, Caracas - Venezuela.

## Resumen

**Introducción:** La evaluación gastrointestinal baja se encuentra en el protocolo de estudio de niños con trastornos del espectro autista, con o sin sintomatología, debido a la potencial asociación de lesión intestinal, alergia alimentaria y alteraciones conductuales propios de la condición. **Objetivo:** determinar si existen diferencias a la videocolonoscopia e histología en niños con y sin trastornos del espectro autista. **Pacientes**

**y métodos:** estudio prospectivo y transversal entre enero 2014-2015. Incluyo niños con trastorno del espectro autista (grupo A) y sin autismo (grupo B) con indicación de videocolonoscopia. Variables: edad, sexo, clínica, antecedentes de alergia, características a la videocolonoscopia y biopsia. **Resultados:** Grupo A: 32 niños, edad promedio 7,12+2,73 años (rango 3-13), masculino 28 (87,50 %). Grupo B: 40 niños, edad promedio 6,16+3,80 años (rango 0,5-13), masculino 26 (65%). Alergia alimentaria: 87,5% grupo A y 20% grupo B. Videocolonoscopia: hiperplasia nodular linfoide, 72,72% grupo A vs 70% grupo; hiperplasia nodular linfoide con pérdida del patrón vascular 9,09% vs 22,5% respectivamente. No diferencias endoscópicas entre los grupos,  $p=0.3840$ . Presencia de pólipo rectal 16/40 (40%) en grupo B, ninguno en grupo A. En la comparación histológica, se excluyeron 6 niños grupo A y 7 grupo B, por no contar con reporte histológico. Grupo A, colitis crónica leve 3/26 (11,53%), moderada 22/26 (84,61%), severa 1/26 (3,84%). Grupo B, colitis crónica leve 9/33 (27,27%), moderada 18/33 (54,45%), severa 6/33 (18,18%), sin diferencias,  $p=0,1314$ . Reporte de cúmulos linfoides en el grupo A 14/27 (51,85%) y grupo B 8/33 (24,24%), eosinofilia de la mucosa, grupo A 17/27 (62,96%) y grupo B 5/33 (15,15%), ambas con una diferencia significativa,  $p=0,0414$  y  $p=0.0001$  respectivamente. **Conclusiones:** las características endoscópicas de la mucosa rectocolónica fue similar entre los niños. Se observó un predominio de cúmulos linfoides y eosinofilia en niños con trastorno del espectro autista, pero se requieren más estudios para explicar la importancia de estas diferencias encontradas.

## 8. GASTROPARESIA EN NIÑOS: DIAGNÓSTICO CLÍNICO POR DESCARTE

Bernarded Méndez, Dianora Navarro, Karolina López, John Pineda, Katuska Belandria, Lisbeth Vivenes, Idelsa Polanco, Carla Aguiar Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. IVSS, Caracas-Venezuela

## Resumen

**Introducción:** La gastroparesia es una condición que produce un retraso en el vaciamiento gástrico, sin evidencia de obstrucción mecánica. El diagnóstico de presunción requiere de estudios especiales, costos y deben excluirse otras causas. **Objetivo:** determinar la incidencia de pacientes con diagnóstico clínico de sospecha de gastroparesia en niños. **Pacientes y Método:** estudio retrospectivo, no experimental, descriptivo y transversal, entre junio 2014 a junio 2015. Incluye niños con sospecha clínica de gastroparesia. Se registró edad, sexo, sintomatología, causa, estudios realizados y tratamiento. **Resultados:** se encontró gastroparesia clínica en 40/4.552 niños evaluados en la consulta de gastroenterología para una incidencia de 0,008% (IC 95%: 8,11-8,19), 8 por cada mil niños atendidos; 24 (60%) niños y 16 (40%) niñas; edad promedio de 23,5 meses (1 mes a 9 años). La sintomatología predominante fue el vómito en 20 (50%) y residuo gástrico 11 (27,5%). La etiología identificada fue: secundaria a gastroenteritis 22/40 (55%), postoperatorio gastrointestinal

13/40 (32,50%), Pseudobstrucción Intestinal 3/40 (7,50%) y secundaria a infección *Helicobacter Pylori* 2/40 (5%). Se realizaron exámenes de laboratorio, ecosonograma abdominal y radiología simple de abdomen a todos los niños. Estudio radiológico contrastado digestivo superior a 18/40 (45%). Videoendoscopia superior e inferior en 6/40 (15%) y 3/40 (7,50%) respectivamente. El tratamiento indicado: modificaciones de la dieta en el 100% de los niños (lactancia materna, fórmulas lácteas hidrolizadas o dietas modificadas), en dos niños alimentación por sonda; inhibidores de secreción ácida 37/40 (92,5%) y procinético 22/40 (55%). **Conclusiones:** la incidencia de gastroparesia en niños en la consulta fue muy baja, el diagnóstico clínico se realizó esencialmente por descarte de otras patologías y su reconocimiento aumentaría considerable el diagnóstico.

## 9. PRESENTACIONES ATÍPICAS DE ENFERMEDAD CELIACA: SERIE DE CASOS

Pérez Mayesther\*, Colina Nina\*\*, Rodríguez Miroslava\*\*, Verenzuela Andrea\*, Nieto Jaclin\*, Franco Jessica\*\*, Noroño María\*\*. Residente de Posgrado Gastroenterología y Nutrición Pediátrica Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo\*/ Adjunto del Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo\*\*

### Resumen

La enfermedad Celiaca (EC) es una alteración sistémica autoinmune desencadenada por el consumo de gluten en personas con predisposición genética (HLA DQ2- DQ8) caracterizada por un conjunto de manifestaciones clínicas inducidos por la ingesta de gluten, anticuerpos específicos, respuesta clínica e histológica favorable a la eliminación del gluten de la dieta. Hay síntomas típicos: como distensión abdominal, diarrea, falla de medro, entre otras que orientan al diagnóstico de esta patología; no obstante se puede manifestar de forma atípica o estar asociado a otras enfermedades inmunológicas (enfermedad tiroidea autoinmune, diabetes mellitus tipo 1, dermatitis herpetiforme). A continuación se presenta serie de casos clínicos de enfermedad celiaca con manifestaciones atípicas; atendidos en la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". Caso 1: Preescolar de 2 años de edad, masculino, con Dermatomiositis de dos meses de evolución, insuficiencia mitral y tricúspidea leve e hipertensión pulmonar; referido por presentar hipertransaminemia; se realiza Anti transglutaminasa Ig A siendo positivo; con hallazgos histológicos de mucosa duodenal compatible con enfermedad celiaca tipo 2 de clasificación de Marsh, y positividad para el HLA DQ2. Se indica dieta libre de gluten, con mejoría de lesiones en piel y descenso progresivo de valores de transaminasas hasta su normalización. Caso 2: Adolescente de 15 años de edad, femenino, con diagnóstico de Pancreatitis Aguda Recurrente, por lo que su pediatra solicita evaluación por Gastroenterología Pediátrica. Se evidencia niveles de lipasa persistentemente elevados y valores de amilasa normales, estudios imagenológicos e histológicos (ecosonografía abdominal, tomografía computarizada abdominal con contraste, colangiografía resonancia,

ultrasonido endoscópico y biopsia de páncreas) normales. Se solicitó al grupo familiar niveles de lipasa y amilasa en suero, y se reportó en el padre hiperlipasemia, sin presentar síntomas. Se planteó diagnóstico de Hiperenzimemia Pancreática Benigna Familiar; y se solicitó perfil celiaco resultando positivo IgA anti péptido deaminado de gliadina, con positividad del HLA DQ2. Se inicia dieta libre de gluten con descenso progresivo de niveles de lipasa hasta la normalización, con pequeñas fluctuaciones durante los controles posteriores. Concluyendo Hiperenzimemia Pancreática Benigna Familiar y Enfermedad Celíaca. Caso 3: Adolescente de 11 años de edad, masculino, con antecedente de Enfermedad de Kawasaki permaneciendo con Aneurisma de las coronarias, Insuficiencia Mitral Severa, prolapso de válvula Mitral, Disfunción Ventricular. Quien presenta lesiones tipo pápulas, pústulas y costras generalizadas, se le realizó Biopsia de piel compatible con Dermatitis herpetiforme. Se solicita perfil celiaco; Anti péptido deaminado de gliadina: IgA- Ig G mayor de 10 veces de su valor normal, se inicia dieta libre de gluten. Paciente quien evoluciona satisfactoriamente con mejoría de lesiones de piel, y mejoría de fracción de eyección. La intención del estudio es resaltar la importancia de plantearse como diagnóstico la EC en asociación con otras enfermedades; siendo casos de presentación atípica de la EC.

## 10. ESTENOSIS ESOFAGICA COMPLEJA POSTCAUSTICO: TRATAMIENTO INTRALESIONAL CUANDO LA DILATACION CON BUJIAS FALLA

Bernard Méndez, Dianora Navarro, Karolina López, John Pineda, Katuska Blandria, Carla Aguiar, Idelsa Polanco, Lisbeth Vivenes. Unidad De Gastroenterología Pediátrica. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. IVSS, Caracas-Venezuela.

### Resumen

**Introducción:** En estenosis esofágica complejas post-caustico, la dilatación esofágica repetida es requerida para su resolución. La triamcinolona y mitomicina C intralesional o tópica, se ha empleado como terapia en este tipo de estenosis cuando el tratamiento con bujías es insuficiente y falla.

**Objetivo:** Determinar la eficacia del tratamiento intralesional con triamcinolona y/o mitomicina C en la resolución de estenosis esofágica compleja refractaria a la dilatación esofágica con bujías. **Pacientes y Método:** estudio prospectivo, no experimental, descriptivo y transversal, durante un año, con aplicación de triamcinolona y/o mitomicina C en segmento estenótico, antes o después de la dilatación en niños con estenosis esofágica compleja post-ingesta de álcali. Se registró: edad, sexo, tipo de esofagitis (clasificación Zargar), longitud de la estenosis, índice de dilatación (sesiones/tiempo) antes y después de tratamiento intralesional. Dilatación con bujías o balón. **Resultados:** 15 pacientes; 9 (60%) niñas y 6 (40%) niños. Edad promedio 4,05 años (rango:1-16). Antecedente de Esofagitis Caustica IIb 9/15 (60%), IIIa 3/15 (20%) y IIIb 3/15 (20%), dilataciones precoces 8/15 (53,33%) y tardías 7/15 (46,67%). Longitud promedio de la estenosis 4,12 cm (2,5-12). El promedio general antes del tratamiento 19,26 sesiones DS+16,4206 en 6,78 meses DS+5,8812,

$p=0.0001$ . Tratamiento con triamcinolona 11/15 (73,33%), índice de dilatación promedio antes del tratamiento 2,83 DS +1,0377 y después 1,07 DS +0,4923, diferencia  $p=0.0001$ . En 3/15(20%) triamcinolona y mitomicin C, índice de dilatación promedio antes 3,4 DS +0,9933 y después 1,85 DS +0,6013, sin diferencia estadística  $p=0.0818$ . Un paciente recibió solo mitomicin C: índice 5,5 pre y 2 post-tratamiento. Dos pacientes fueron dilatados con balón hidrostático. No ameritaron nuevas dilataciones 7/15 (46,67%). **Conclusiones:** se observó una reducción general del índice de dilatación posterior al tratamiento intralesional, con buenos resultados con triamcinolona. Este tratamiento constituye una buena opción en la estenosis esofágica caustica y evita cirugía del paciente.

### 11. DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO ORGÁNICO Y FUNCIONAL: PREVALENCIA EN LA CONSULTA ESPECIALIZADA

Vivenes Lisbeth, Navarro Dianora, López Karolina, Aguiar Carla, Polanco Idelza, Belandria Katuska, Pineda John, Méndez Bernarded. Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. IVSS, Caracas-Venezuela.

#### Resumen

**Introducción:** El dolor abdominal crónico se presenta en forma frecuente e interfiere en la calidad de vida del niño; conocer su verdadera prevalencia en la consulta, contribuye a mejorar el abordaje diagnóstico y esclarecer la causa orgánica o funcional para indicar tratamiento específico. **Objetivo:** determinar la prevalencia de dolor abdominal crónico orgánico y funcional en la consulta de gastroenterología. **Pacientes y Método:** estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal (enero 2014-marzo 2015). Definición de dolor crónico, orgánico y funcional. Criterios de Roma III. Variables: edad, sexo, clínica, laboratorio, ecografía y endoscopia. **Resultados:** 137 niños con dolor abdominal crónico de un total de 1194 pacientes evaluados, para una prevalencia general en la consulta de 11,45% (IC 99%: 9,10-13,85). Edad promedio 9,8 años (rango 4-19), femenino 56,20% y masculino 43,8%; el grupo más afectado entre 10-15 años. En la identificación de la causa se realizó videogastroscoopia al 64,23%, el ultrasonido abdominal fue alterado en 11,30%. El dolor abdominal de origen orgánico se encontró en 92/137 (67,15%) para una prevalencia real de 7,71% (IC 99%: 5,72-9,69), las causas: Gastroduodenitis con o sin infección *Helicobacter pylori* 71/92 (77,17%), Enteropatía alérgica 12/92 (13,04%), Parasitosis 5/92 (5,43%), otras causas 4,36%. Origen funcional 45/137 (32,85%) con una prevalencia 3,77% (IC99%: 2,32-5,19), siendo el estreñimiento lo más frecuente, 30/45 (66,66%), dispepsia 8/45 (17,78%) y Síndrome de Intestino Irritable 7/45 (15,56%). **Conclusiones:** el dolor abdominal crónico tiene una prevalencia importante en la consulta, la causa orgánica fue más frecuente que la funcional, y la utilización de definiciones claras permitió una mejor evaluación del paciente, identificar la causa e indicar el tratamiento específico.

### 12. ASOCIACIÓN DE PAPILOMATOSIS ESOFÁGICA CON PAPILOMATOSIS LARÍNGEA RECURRENTE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Ordoñez Mónica\*\*, Gallardo Kristal\*\*, González Ileana\*, Morao César\*, Dos Santos Ana María\*\*, Vitale Enza\*\*, Villaruel Yulimel\*\*, Montaña Luis\*\*

Adjuntos del Servicio de Gastroenterología\*/Residentes de Postgrado. Servicio de Gastroenterología. Hospital José Manuel de Los Ríos. Caracas. Venezuela. Junio 2015\*\*

#### Resumen

**Introducción:** Los papilomas esofágicos son tumores producidos por el Virus de Papiloma Humano, generalmente asintomáticos, constituyen menos del 2% de los tumores benignos de esófago. La transmisión en pacientes pediátricos puede ocurrir in útero o contraerse al momento del parto produciendo papilomas laríngeos. **Objetivo:** Relacionar la presencia del virus en vía aérea superior con la presencia de papilomatosis esofágica, con la finalidad de hacer un diagnóstico precoz de lesiones benignas y malignas por medio de biopsia e inmunotipificación. **Materiales/Métodos:** Se estudiaron 10 pacientes con diagnóstico de Papilomatosis Laríngea Recurrente. Se realizó endoscopia digestiva superior, con toma de biopsias de lesiones macroscópicas y de mucosa sana de los tres segmentos esofágicos. **Resultados:** Edad promedio: 6 años, hubo prevalencia del sexo femenino: 60%. 8 (80%) presentaron hallazgos histológicos (coilocitos) sin lesión macroscópica, localizados predominantemente en segmento esofágico superior/medio. 3 (30%) presentaron lesiones macroscópicas en segmento esofágico superior. Inmunotipificación: 60% tipo 6, 20% tipo 11, 20% negativo. **Conclusión:** La papilomatosis esofágica, es una patología de baja frecuencia. La inmunotipificación por PCR determinó tipos de bajo riesgo oncogénico. Existen serotipos que se consideran un factor de riesgo importante en el desarrollo de cáncer de esófago.

#### TRABAJOS LIBRES

##### MODALIDAD POSTER CON DISCUSIÓN PEDIATRÍA

### 1. USO DE TUBO TRAQUEAL COMO SOBRETUBO EN EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PEDIATRÍA. A PROPOSITO DE DOS CASOS

Pérez Mayesther\*, Colina Nina\*\*, Rodríguez Miroslava\*\*, Verenzuela Andrea\*, Nieto Jaclin\*, Franco Jessica\*\*, Daoud Georgette\*\*\*, Noroño María\*\*

Residente de Posgrado Gastroenterología y Nutrición Pediátrica Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo\*/Adjunto del Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo\*\*/Gastroenterólogo Pediatra\*\*\*

#### Resumen

La ingestión de cuerpos extraños es un accidente muy frecuente en la infancia y representa la segunda causa de indicación de endoscopia urgente en pediatría, después de la hemorragia digestiva. La mayor incidencia se observa entre los 6 meses y 6 años de edad. En el 19% de los casos la extracción será

vía endoscópica, siendo necesaria la extracción quirúrgica en 1% de los mismos; el 80% restante son eliminados espontáneamente por las heces. El riesgo asociado a la ingestión de cuerpo extraño aumenta cuando este es puntiagudo; por posible laceración de la mucosa y perforación esofágica; por lo que su extracción debe realizarse con sobretubo para disminuir las probabilidades de esta complicación. Caso clínico N° 1: Lactante de 9 meses de edad, quien acude por haber ingerido un alfiler abierto (imperdible) de 2 cm de longitud que portaba una imagen religiosa en su ropa. El familiar intentó extraerlo con el dedo y observó expulsión de la saliva con sangre. Se ingresa en condiciones estables. La radiografía de tórax evidenció la presencia de un alfiler abierto en 1/3 superior de esófago. Se realizó endoscopia alta con equipo Olympus, GIF-XP160 (5mm), colocando como sobre tubo un segmento de tubo traqueal de 6.5 mm. El alfiler estaba adherido en el esófago. Se desplazó con la pinza hasta el estómago y se logró introducir dentro del sobre tubo extrayéndose sin inconvenientes. Egreso en buenas condiciones a las 48 horas. Caso clínico N° 2: Lactante de 9 meses de edad femenino, sin antecedentes patológicos, quien presenta de forma súbita náuseas y sialorrea, es llevada a centro asistencial donde realizan radiografía de tórax, evidenciando imagen radiopaca compatible con imperdible abierto, refieren al Servicio de Gastroenterología del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo; se realiza sobretubo con tubo endotraqueal de 6 mm de diámetro y 20 mm de longitud, se procede a evaluación bajo visión endoscópica con equipo Olympus Gif – XP 150N 5mm evidenciando cuerpo extraño: imperdible en 1/3 superior de esófago, el cual progresa a estómago donde se realiza la extracción del mismo con éxito y sin complicaciones. Se concluye que el empleo de sobre tubo es menos común en pediatría, debido al riesgo de lesión del esófago durante la inserción; por lo que el uso de un segmento de tubo traqueal como sobre tubo ofrece seguridad para el paciente, accesibilidad y menor costo. No hay reportes en la literatura de esta experiencia, y es una opción terapéutica excelente hasta tener en el mercado tubos especiales.

## 2. INFECCION POR *HELICOBACTER HEILMANNI* A PROPOSITO DE UN CASO

Nieto Jaclin\*, Colina Nina\*\*, Rodríguez Miroslava\*\*, Venezuela Andrea\*, Pérez Mayesther\*, Franco Jessica\*, Noroño María\*\*. Residente de postgrado Gastroenterología y Nutrición Pediátrica\*/Pediatra Gastroenterólogo. Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Militar Dr. "Carlos Arvelo"\*\*\*

### Resumen

La infección por *Helicobacter Heilmannii* es de aparición muy infrecuente, con prevalencia entre el 0,08 al 1% y su transmisión proviene del contacto de animales domésticos, que actuarían como posible reservorio. La afección gástrica es más leve que la producida por *Helicobacter pylori*, sin embargo se ha relacionado con úlcera gástrica y duodenal. El manejo terapéutico es similar al empleado en *H. Pylori* está demostrada la mejoría de las lesiones tras su eliminación. Se

presenta preescolar de 5 años de edad, masculino, con dolor abdominal crónico de leve intensidad y distensión abdominal; evidenciando en la Endoscopia Digestiva Superior: cuerpo y antro gástrico con eritema nodular moderado concluyéndose Gastropatía Nodular Moderada; con Biopsia que reporta: mucosa antral y corporal con gastritis crónica severa con actividad, hiperplasia regenerativa típica. Cúmulo Linfoides con lesión linfoepitelial focal, presencia de *H. Heilmanni*. Se indica tratamiento con Inhibidor de bomba de protones, Amoxicilina y Metronidazol; persistiendo sintomatología, con control endoscópico a los 3 meses persistiendo patrón nodular. Se toma biopsia para estudio histológico y determinación de PCR en Instituto de Biomedicina Hospital Vargas, en espera de resultado. En vista de ser una infección de presentación inusual, es de interés la presentación de este caso clínico para ampliar estudios tanto en el campo de la medicina como de la medicina veterinaria para precisar la situación de los organismos tipo *Helicobacter* diferente al *H pylori*, tanto en seres humanos como en mascotas y otros animales domésticos, con el fin de verificar su prevalencia y patogenicidad.

## 3. ENCEFALOPATIA PANCREÁTICA COMO COMPLICACIÓN DE PANCREATITIS AGUDA GRAVE: A PROPOSITO DE 2 CASOS

Franco Jessica\*\*, Colina Nina\*, Pérez Mayesther\*\*, Venezuela Andrea\*\*, Nieto Jaclin\*\*, Rodríguez Miroslava\*, Noroño María\*. Gastroenterólogo Pediatra\*/ Residente de Postgrado de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica\*\*/ Pediatra Puericultor\*\*\*/ Residente de Postgrado de Pediatría y Puericultura. Unidad de Gastroenterología Y Nutrición Pediátrica Hospital Militar "Doctor Carlos Arvelo", Caracas – Venezuela\*\*\*\*

### Resumen

**Introducción:** Encefalopatía pancreática es una complicación poco frecuente de la pancreatitis aguda grave (PAG). En los últimos años, se han reportado más casos de encefalopatía pancreática (EP) en todo el mundo, y el inicio en la etapa temprana fue considerado como un signo de mal pronóstico de PAG con una alta tasa de mortalidad, pero la patogénesis de EP en PAG todavía no se ha aclarado en la última década. El propósito de esta revisión es resaltar esta complicación en PAG, a través de la experiencia en dos pacientes con estos diagnósticos. Esto motivado, a que su incidencia en la edad pediátrica es extremadamente rara. Es más frecuente en la cuarta década de la vida. El inicio del cuadro clínico varía de horas a semanas y se caracteriza por alteración del estado de conciencia, como desorientación espacial, agitación con delirio, alucinaciones, coma, nistagmus y amaurosis. El tratamiento de los síntomas debe estar dirigido a disminuir el índice de secuelas neurológica y de esta manera lograr reducir la alta tasa de mortalidad. En este trabajo se describe la experiencia de la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" en el reconocimiento de la Encefalopatía Pancreática en dos pacientes con Pancreatitis Aguda Severa. **Conclusiones:** Encefalopatía pancreática se caracteriza por un patrón de signos y síntomas neurológicos,

típicamente fluctuantes en el tiempo, con remisión y recaídas. La patogénesis de esta enfermedad todavía no está clara. Una de las hipótesis más fiables, es la presencia de enzimas pancreáticas en el torrente sanguíneo que altera la barrera hematoencefálica y daño en áreas del cerebro, tronco cerebral y cerebelo. Debido a su baja incidencia en la edad pediátrica el propósito del presente estudio es compartir la experiencia en la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" con la finalidad de hacer el diagnóstico oportuno y evitar así la progresión a esta complicación.

#### 4. BILIOPATIA PORTAL EN NIÑOS: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Venezuela Andrea\*\*, Colina Nina\*, Franco Jessica\*\*, Rodríguez Miroslava\*, PerezMayesther\*\*, Nieto Jaclin\*\*, Bracho Victor\*\*\*, Pascualone Alida\*\*\*\*, Noroño María\*  
Pediatra Gastroenterólogo\*/ Residente de Postgrado De Gastroenterología y Nutrición Pediátrica\*\*/ Gastroenterólogo De Adultos Especialista en Vías Biliares\*\*\*/Cirujano Pediatra Unidad de Gastroenterología Y Nutrición Pediátrica Hospital Militar "Doctor Carlos Arvelo" Caracas - Venezuela\*\*\*\*

##### Resumen

**Introducción:** Biliopatía portal se presenta como alteraciones en la pared de la vesícula y conductos biliares extrahepáticos, ocasionando la obstrucción biliar (parcial y raramente total) producida por várices del hilio hepático (cavernoma) secundaria a trombosis portal asociada a la presencia de várices coledocianas con daño isquémico concomitante y alteraciones estructurales de la pared. La compresión externa de los conductos biliares y/o la isquemia de los mismos parece ser el mecanismo responsable principal en su desarrollo. Su incidencia es bastante baja siendo más frecuente en el sexo masculino y en la edad preescolar. El cuadro clínico es el de ictericia obstructiva con el amplio espectro de obstrucción parcial o total del conducto, dolor y distensión abdominal y ocasionalmente fiebre. El tratamiento de los síntomas debe estar dirigido al alivio de la hipertensión portal y de la ictericia obstructiva. En este trabajo se describe un estudio realizado en la unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" se presentan 2 pacientes con hipertensión portal asociado a colestasis obstructiva.  
**Conclusiones:** Transformación cavernosa de la vena porta, debido a obstrucción de la vena porta extrahepática no es infrecuente pero obstrucción biliar en asociación con este trastorno es extremadamente rara. El manejo adecuado de los casos es muy importante ya que la obstrucción prolongada del conducto biliar puede conducir el desarrollo de colangitis ascendente o más adelante cirrosis biliar secundaria. Dado la baja incidencia de Biliopatía portal en niños el objetivo de la descripción de estos casos es dar a conocer la experiencia y plan de trabajo a seguir con este tipo de pacientes.

#### 5. ABETALIPOPROTEINEMIA: CASO REPORTADO EN VENEZUELA

Colina N\*, Mariño M\*\*, Bosch V\*\*\*, Rodríguez M\*, Villarreal

L\*\*\*\*, Daoud G\*, Adriani N\*\*\*\*\*, Rojas Y\*\*\*\*\* /Gastroenterólogo Pediatra\*/Pediatra Nutrólogo Centro de atención nutricional del niño y del Adolescente\*\*/ Endocrinólogo. Unidad de Lipidología Universidad Central de Venezuela\*\*\*/ Anatomopatólogo\*\*\*\*\*/ Pediatra\*\*\*\*\*/\*\*\*\*\*/Licenciada en Nutrición. CANIA. Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Militar Dr. "Carlos Arvelo". Departamento de Pediatría. Hospital Militar Dr. "Carlos Arvelo". Caracas-Venezuela. Unidad de Lipidología Universidad Central de Venezuela.

##### Resumen

La Abetalipoproteinemia, es una enfermedad autosómica recesiva, muy rara, con una prevalencia estimada inferior a 1/1.000.000. Caracterizada por niveles bajos permanentes de Apolipoproteína B y de colesterol, retraso en el crecimiento, malabsorción, hepatomegalia y manifestaciones neuromusculares. **Objetivo:** Se describe lactante mayor de 13 meses de edad, masculino, con inicio de enfermedad actual a los 2 meses de edad, manifestada por esteatorrea, anemia ferropénica, esteatosis hepática, detención del crecimiento, niveles bajos de colesterol y de Apo B. **Métodos:** Desde el punto de vista nutricional el manejo consistió en plan de alimentación con aporte controlado en grasa, la cual se calculó en 20%, aporte de TCM (fórmula semielemental y TCM en presentación individual), lípidos endovenosos, uso de módulos calóricos y proteicos, y suplementación de vitaminas liposolubles a altas dosis. Se mantuvo lactancia materna indicando a la madre extraerla y administrarla en biberón de manera de poder controlar volumen aportado. **Resultados:** A lo largo de los 5 controles realizados durante un año de intervención se logró la recuperación nutricional, registrándose los cambios más importantes en los parámetros de composición corporal donde la CMB, el pliegue tricípital, y el Peso-edad mostraron un incremento de 3,5, 2,8 y 2,7 DE respectivamente. Respecto a la talla, el parámetro más afectado (-5,8DE) se logró un incremento de 1,7 DE, manteniéndose el diagnóstico de talla baja del ingreso. **Conclusiones:** se realizó análisis del gen MTTP, resultando el paciente portador de la variación p.Ala835Pro, en homocigosis, en el gen MTTP. Esta mutación no se encuentra descrita en la literatura.

#### 6. HERNIA HIATAL SEVERA INTRATORACICA EN UN NIÑO DE 3 AÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Núñez F, Olynés Rivero M, Anelsi J, Manzanilla Gabriela. Unidad de Gastroenterología y Nutrición pediátrica. Hospital de niños Dr. Jorge Lizárraga. Valencia- Venezuela.

##### Resumen

La hernia hiatal es la anomalía más usual del tracto digestivo superior. Se define como la protrusión parcial o total del estómago hacia la cavidad torácica, se pueden clasificar en tres tipos: hernia hiatal para esofágica, hernia hiatal por deslizamiento o hernia hiatal mixta. El estudio diagnóstico de elección es el esofagograma con medio de contraste baritado, pues permite una dilatación del esófago con el fin de poner en evidencia un anillo esofágico inferior suprahiatal y la mu-

cosa gástrica en la región torácica, seguido de la endoscopia digestiva superior. Se presenta como caso clínico un niño de 3 años de edad con el tipo de hernia hiatal mixta, siendo la de menor frecuencia epidemiológica; inicialmente con sospecha diagnóstica de un tumor pulmonar, dada la magnitud del desplazamiento del estómago intratorácico. Se reporta clínica, diagnóstico y resolución quirúrgica en el paciente. Concluyendo que se debe considerar casos de grandes hernias hiaales intratorácicas ante la presencia de una masa en mediastino posterior, con nivel hidroaéreo en la radiografía de tórax; y tener en cuenta que todas las hernias hiaales severas deben ser corregidas quirúrgicamente una vez hayan sido diagnosticadas, aún en ausencia de sintomatología, dado su potencial de complicaciones incluyendo el vólvulos, la estrangulación y perforación gástrica que obligarían a intervenciones de urgencia que conllevan mayor mortalidad.

## 7. ESQUISTOSOMIASIS HEPÁTICA: REPORTE DE 2 CASOS

Olynés Núñez F, Anelsi Rivero M, Gabriela Manzanilla.  
Unidad de Gastroenterología y Nutrición pediátrica. Hospital de niños Dr. Jorge Lizárraga. Valencia- Venezuela.

### Resumen

La esquistosomiasis es una enfermedad parasitaria aguda y crónica causada por trematodos del género Schistosoma. Al menos 249 millones de personas en el mundo necesitaron tratamiento en el 2012, siendo la causa más común de varices esofágicas en los países en desarrollo. Se presentan 2 casos consanguíneos (hermanos) procedentes de zona rural, con clínica gastrointestinal y eosinofilia marcada, posteriormente manifestaciones hepáticas tras múltiples estudios y años de manejo tienen como hallazgo causal esquistosomiasis, se menciona clínica, manejo, diagnóstico y tratamiento. Concluyendo que la esquistosomiasis constituye un importante problema de salud en los países en vías de desarrollo. Teniendo en cuenta que actualmente, la cuarta parte de la población mundial está infectada por algún tipo de helminto.

La Junta Directiva de la SVG y Grupo Advancement, los invita a inscribirse en el Fondo de Previsión Social y Retiro



### ¿Qué es el Fondo de Previsión Social?

Una estructura sin fines de lucro, orientada hacia fines de interés pensional, llamados a completar la asistencia social y de retiro.

### Requisitos para Inscripción

- \* Ser miembro solvente de la SVG
- \* Llenar la planilla de inscripción

### ¿Cómo puedo hacer el aporte?

Mensual, Trimestral y Anual.  
Domiciliado a la tarjeta de crédito de su preferencia o por depósito bancario.  
El monto del aporte es decisión del ahorrista, además cuenta con un aporte institucional que realiza la SVG.

**Si te interesa tu futuro  
¡INSCRÍBETE YA!**

Más información  
Teléfonos: 991.67.57 / 991.26.69  
correo: [fondoprevisionsocial.svg@gmail.com](mailto:fondoprevisionsocial.svg@gmail.com)

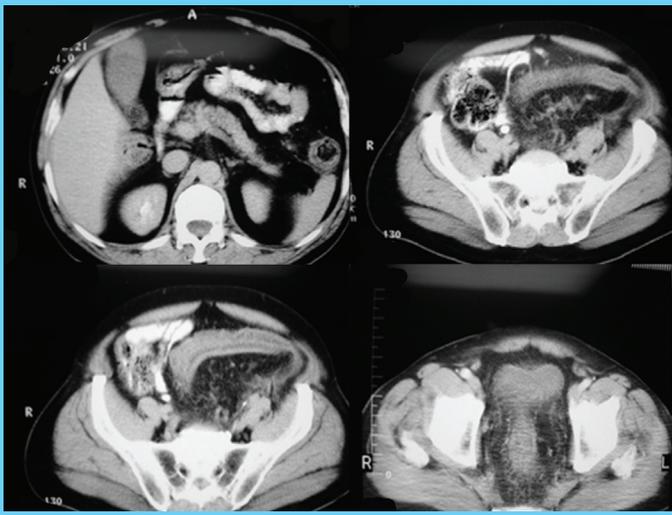
# Imágenes del trimestre

Paciente masculino, de 55 años de edad, quien consulto por dolor abdominal, estreñimiento de 1 semana, distensión abdominal.

Examen físico: distensión abdominal, ausencia de ruidos hidroaéreos, masa palpable en flanco y fosa iliaca izquierda, dura, fija a planos profundos y dolorosa, de bordes mal definidos.

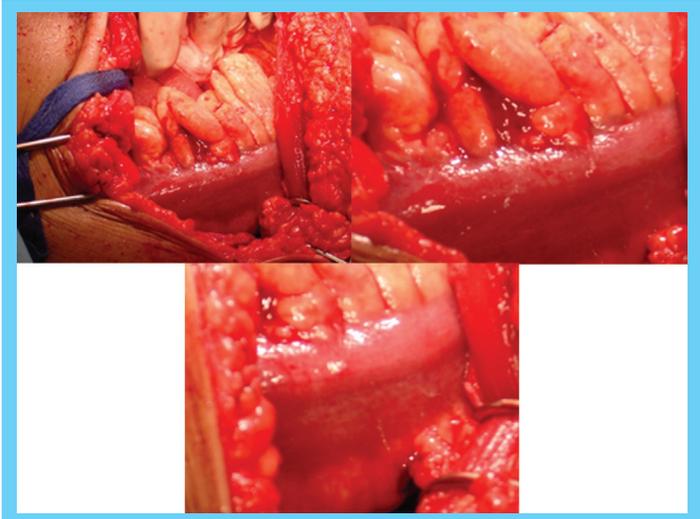
Diagnóstico de Ingreso: Tumor Abdominal.

**Tomografía de abdomen y Pelvis.** Conclusión: Proceso infiltrativo difuso del colon descendente, sigmoides y porción superior del recto. No hay cambios de aspecto inflamatorio a nivel de la grasa pericolonica. Se plantea posibilidad de proceso isquémico o eventualmente inflamatorio difuso.



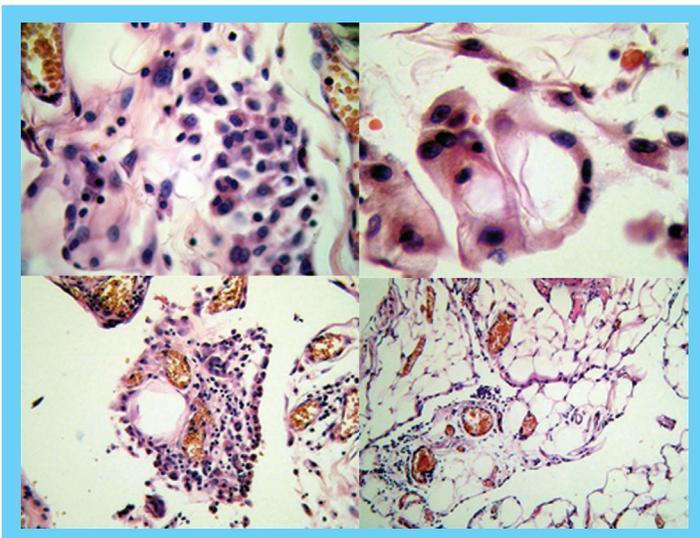
## Informe quirúrgico, hallazgos:

Líquido libre en cavidad, gran distensión de todas las asas delgadas y de todo el marco cólico, gran tumoración retroperitoneal, multi nodular y friable, que se extiende desde el asa fija y el páncreas hasta el fondo de saco posterior, infiltrando todo el meso colónico con retracción y edema del mismo.



## Informe Anatomopatológico

Material evaluado: Fragmento de Páncreas. Apéndice epiploica. Segmento de epiplón mayor.



## Estudio Histológico

Muestra tejido adiposo con congestión de los capilares y acumulas de células inflamatorias, con predominio de macrófagos con citoplasma de aspecto microvacuolados con sus núcleos regulares y acúmulos de linfocitos maduros con escaso polinucleares neutrófilos. También se observa hiperplasia de células Mesoteliales con sus núcleos regulares.

Diagnóstico definitivo?

1. Adenocarcinoma de Colon.
2. Linfoma Intestinal.
3. Paniculitis Mesenterica.
4. Quiste de Mesenterio.
5. Peritonitis bacteriana.

Diagnóstico definitivo: Paniculitis Mesentérica.

