

40 Reunión Nacional de Endoscopia 2012

Trabajos libres en cartel

Fístula colopleural: Presentación de un caso y revisión de la literatura

Quiroz-Guadarrama CD, Crisanto-Campos BA, Rojano-Rodríguez ME, Jiménez-Fuentes E

Servicio de Cirugía Endoscópica. Servicio de Cirugía Torácica. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". México, D.F.

Introducción: La presencia de una fistula colopleural es un evento raro asociado a diversos factores (colocación inapropiada de drenajes, mala técnica quirúrgica, infección o dehiscencia de la anastomosis); solo en un pequeño porcentaje las fistulas ocurren como complicación de la enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer, trauma o radioterapia.

Objetivo: Presentar un caso de fistula colopleural asociada a trauma y múltiples intervenciones quirúrgicas, y analizar los principales factores de riesgo, la presentación clínica y las diferentes opciones de tratamiento.

Métodos: Descripción del caso. Paciente masculino de 17 años de edad quien es referido con el diagnóstico de fistula enterocutánea. Cuenta con el antecedente de haber sido intervenido de manera urgente por trauma (secundario a herida por arma de fuego) y a múltiples reintervenciones por sepsis abdominal y fistula enterocutánea. Ameritó estancia por más de 30 días en Unidad de Cuidados Intensivos. A su ingreso, abdomen abierto, sonda endopleural drenando material purulento; datos clínicos de sepsis severa y choque séptico. Se procede a reanimación e inicio de protocolo de manejo, realizándose rayos X de tórax PA, tomografía axial computarizada toracoabdominal, tránsito colónico y colonoscopia documentando la presencia de una fistula colopleural izquierda. Se maneja de forma conservadora (ayuno, nutrición parenteral, reanimación hidroelectrolítica, antibioticoterapia, drenaje torácico con sonda endopleural), con mejoría clínica y disminución de gasto de la fistula; sin embargo, cursa con cuadro de obstrucción intestinal por lo que amerita cirugía urgente. Se realiza colostomía de transverso, liberación de adherencias así como toracotomía, decorticación y aseo quirúrgico. Evolución satisfactoria, egresándose el paciente por mejoría.

Conclusión: La presentación de una fistula colopleural es un hecho raro y referido en la literatura en muy contadas ocasiones. Los

principios en el manejo de las fistulas gastrointestinales (reanimación, investigación, decisión, manejo definitivo y cicatrización) permanecen vigentes como el estándar en la toma de decisiones.

Prevalencia de la metaplasia intestinal a nivel de la unión gastroesofágica, experiencia UMAA 75 IMSS Morelia

Arroyo AA, López R, Estrella M, Figueroa B, Robles M, Estrada R

UMAA 75, IMSS, Morelia, Michoacán.

Introducción: La metaplasia intestinal (MI) es un proceso en el cual la mucosa gástrica se reemplaza por un epitelio que histológicamente asemeja a la mucosa intestinal y que con frecuencia se asocia con gastritis crónica atrófica. Se clasifica en dos tipos: Completa (C) e incompleta (I); la primera se divide en tres grados (G): I = MI delgado, II = MI colónica, III = mixta. El examen endoscópico de la metaplasia de Barrett (MB) revela islotes (o lengüetas) circunferenciales o aislados de mucosa de color asalmonado proximales a la unión gastroesofágica (UGE). Se deben obtener biopsias que en la exploración endoscópica solo parezca albergar MB, así como de toda erosión, nódulo y estenosis porque puede existir un adenocarcinoma esofágico (ADC) en ausencia de lesiones estructurales detectables. Se ha convertido en un trastorno que se encuentra con mayor frecuencia en el mundo; la prevalencia reportada es de 3% en Japón mientras en Estados Unidos de América, Europa y Asia se encuentra entre 10 y 20%. En la República Mexicana se estima una frecuencia de 7-10%; Michoacán no cuenta con datos reportados al respecto.

Objetivo: Conocer la prevalencia de la MI de la UGE en la población referida al Servicio de Endoscopia durante el turno vespertino de la UMAA 75 IMSS Morelia.

Métodos: Se analizaron los reportes de los procedimientos endoscópicos (306) realizados durante el turno vespertino en la UMAA 75 del IMSS Morelia del 1 de mayo de 2011 al 1 de mayo de 2012, donde se incluyen todos aquellos pacientes enviados por enfermedad por refujo gastroesofágico (ERGE), en que reportaron patología esofágica (de 306 solo 247), lesiones sospechosas de MI (72), confirmación histopatológica (47). Se excluyen (200) todos aquellos estudios reportados como normales o sin



patología esofágica encontrada por endoscopia (independientemente de que el paciente fuera sintomático) o que no contaron con reporte histopatológico.

Resultados: Se obtuvieron datos de 72 estudios que cumplen los criterios, de los cuales solo 47 (32 hombres y 15 mujeres, media de edad 40.3 años [rango: 19–81]) se confirmaron con patología de la siguiente manera: 33 (70%) con MI C [GI 16 (34.1%), GII 5 (10.5%), GIII 12 (25.4%)] y 14 (30%) con MI I [MI I franca cinco (10.5%) y displasia de bajo grado (DBG) nueve (19.5%); ningún caso de displasia de alto grado]. Se encontró un caso reportado como ADC (2.1% del universo) y dos casos de DBG con infección por papilomavirus humano (IVPH) (2.1%), por lo cual se excluyen del estudio.

Conclusión: En la población derechohabiente referida al Servicio de Endoscopia de la UMAA 75 IMSS MORELIA turno vespertino, la prevalencia de MI es de 3.7%, frecuencia de 15.3% (de 100 pacientes enviados, en el 65.2% se sospecha MI y en el 15.1% se confirma), con una razón de género de 1.5:3. Por lo tanto, en Michoacán la prevalencia de la MI es superior a la reportada a nivel internacional, es de tipo completa (ID) y a la estimada a nivel de la República Mexicana, ésta es mayor en hombres alrededor de los 40 años de edad. Cabe mencionar que en el 19.5% se encontró DBG y ningún caso de alto grado; en el 2.1% ADC. Los dos casos de DBG con IVPH se encuentran en seguimiento.

Tumor fibroblástico inflamatorio del esófago superior

Cruz-Ruiz MA, Sánchez-Mora C, Díaz-Becerril LA;

González Ibarra FP

Hospital General de Zona N4, IMSS. Celaya, Guanajuato, México; Mount Sinai Hospital. Jersey, Nueva York, Estados Unidos de América.

Introducción: Los tumores miofibroblásticos inflamatorios (TMI), también conocidos como fibroxantomas o granulomas de células plasmáticas, son una constelación diversa de lesiones indeterminadas, las cuales han sido principalmente documentadas en los pulmones. Si bien la presentación de estos tumores fuera de los pulmones no es muy común, se han descrito en otros órganos; hay informes sobre la aparición de TMI en cerebro, tráquea, mama, bazo, riñones así como en relación con infecciones diversas, especialmente asociadas con el virus de Epstein Barr y *Eikenella corrodens*. Estas lesiones se han descrito de forma similar en el tracto gastrointestinal con informes de casos en hígado, estómago, colon e incluso ampolla de Vater. La presentación de estas lesiones en el esófago es extremadamente rara, con solo unos pocos casos descritos en la literatura. No hay un predominio específico aparente en términos de ubicación; si bien hay informes de TMI en el esófago distal y en el esófago torácico medio-bajo, la parte superior del esófago es probablemente el sitio más inusual de localización. La importancia de estos tumores es que la malignidad es siempre el primer diagnóstico diferencial. Estas lesiones suelen tener un curso benigno, pero hay descripciones de la posibilidad de un curso agresivo con el desarrollo de metástasis, especialmente en los niños.

Objetivo: Describir la presentación de un tumor miofibroblástico del esófago.

Método: Reporte de caso. Se trata de una mujer de 47 años sin antecedentes médicos relevantes que fue remitida a la Clínica de

Gastroenterología de pacientes ambulatorios para la evaluación de la disfagia crónica. Refirió historia de dificultad progresiva al paso de alimentos y la sensación de bloqueo al paso de los mismos en el esófago medio-alto durante meses antes de asistir a la clínica. También refirió ligera pérdida de peso durante el mismo tiempo, pero no otros síntomas como tos, sialorrea o disartria. La paciente no menciona el uso de medicamentos, el examen físico no evidenció nada destacable y los análisis de laboratorio fueron reportados entre límites normales. Ante la firme sospecha de disfagia esofágica se realizó una endoscopia del tracto gastrointestinal superior, que reveló la presencia de una lesión polipoide como perla, multilobulada, en la parte superior del esófago proximal con un diámetro de 5 cm aproximadamente (**Figura 1**). La lesión fue removida completamente por endoscopia; llamó la atención la presencia de una base de lípidos y rugosa con escasa irrigación sanguínea después de la escisión.

○ **Figura 1.** Estudio endoscópico superior, demostrando la presencia de una lesión polipoide como perla, multilobulada, en la parte superior del esófago.



Histopatológicamente se demostró que el tumor estaba compuesto predominantemente por un infiltrado inflamatorio crónico de linfocitos, células plasmáticas y característicamente múltiples células fusiformes proliferantes. La inmunotinción del tumor fue positiva para actina y cinasa-1 del linfoma anaplásico (ALK-1) y negativa para antidesmina, 117-CD y CD-34 (**Figura 2**). Se hizo el diagnóstico de TMI del esófago y el seguimiento de la paciente fue favorable, sin evidencia de metástasis y sin recurrencia de nuevas lesiones de esófago. En la histología es generalmente prominente la presencia de múltiples células flácidas junto con infiltrado inflamatorio de linfocitos, eosinófilos y células plasmáticas. Como en el caso descrito, estos tumores son generalmente positivos para actina y negativos para antidesmina, 117-CD y CD-34 (marcadores generalmente positivos en tumores estromales gastrointestinales). La ALK-1 es un marcador presente en algunos tipos de linfomas, aunque el TMI también puede ser positivo para este marcador; a pesar de no ser un marcador sensible, cuando es positivo el diagnóstico de TMI es muy posible.

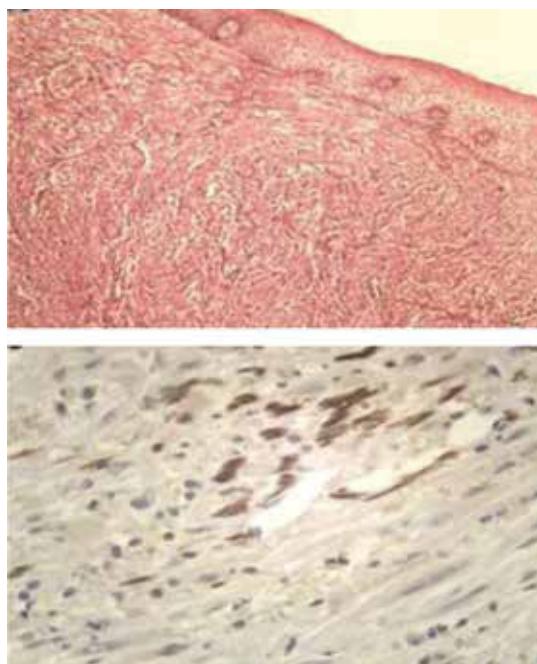
Conclusión: El presente caso destaca la importancia del TMI en el enfoque de los pacientes con tumores de esófago. Su correcto





diagnóstico y diferenciación es importante, porque aunque la frecuencia de estas lesiones es muy baja, el tratamiento es diferente y el pronóstico es generalmente favorable.

- **Figura 2.** Infiltrado inflamatorio crónico predominantemente de linfocitos y células plasmáticas e inmunotinción de la lesión positiva para actina (imágenes superior e inferior respectivamente).



Comparación entre el diagnóstico endoscópico y el diagnóstico histopatológico del esófago de Barrett, en el Hospital Regional “1° de Octubre” del ISSSTE, durante el periodo comprendido entre mayo de 2011 y mayo de 2012

Inda-Vargas V, Torices-Escalante E, Domínguez-Camacho L, Botello-Hernández Z

Servicio de Endoscopia. Hospital Regional “1° de Octubre” del ISSSTE. México, D.F.

Introducción: El esófago de Barrett (EB) es el cambio del epitelio escamoso del esófago por un epitelio columnar especializado, que ocurre como consecuencia del reflujo gastroesofágico. El diagnóstico se sospecha por endoscopia y se confirma con estudio histopatológico de las biopsias.

Objetivo: Comparar el diagnóstico endoscópico con el histopatológico de los pacientes con sospecha de EB.

Métodos: Incluimos 19 pacientes con biopsia por sospecha endoscópica de EB, de los cuales 11 eran mujeres y ocho hombres. En la revisión del reporte histopatológico se encontró coincidencia en el diagnóstico de EB en 10 casos (52.63%).

Conclusión: El estudio demuestra que el mejor método diagnóstico es el análisis histológico de las lesiones sospechosas de EB. Si

bien sobrediagnosticamos EB, esto es preferible a pasar por alto lesiones precursoras de neoplasia.

Adenoma veloso posterior a cirugía bariátrica. Reporte de un caso

Martínez MA, Gutiérrez AR, Cerón RM, Garduño HI, Govea GO, Martínez CM, Santiago M, Urbina D, Gracia L, Avila G, Cedillo O

Servicio de Endoscopia. Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE. México, D.F.

Introducción: El cáncer gástrico continúa siendo uno de los tumores digestivos más frecuentes aunque en Estados Unidos ha pasado de ser la primera causa de muerte por cáncer. Su distribución geográfica es muy variable; sin embargo, Japón, Costa Rica, Chile, Hungría y Polonia son los países de más alta incidencia. Afecta en mayor proporción al sexo masculino y la edad de mayor incidencia es a partir de los 50 años. Entre las lesiones con potencial maligno se encuentran los adenomas, teniendo el más alto riesgo de malignización los vellosos. Histológicamente los adenomas pueden diferenciarse en dos tipos: El adenoma de tipo intestinal y el adenoma de glándulas pilóricas, compuesto este último por células mucoproyectoras gástricas; pueden distinguirse tres clases principales: Tubular, tubuloveloso y veloso, los cuales exhiben un comportamiento distinto en cuanto a su tendencia a la malignización. Los adenomas por lo regular son lesiones únicas y se asientan habitualmente en mucosa con gastritis crónica con metaplasia intestinal.

El potencial maligno de los pólipos está básicamente condicionado por el tipo histológico y en menor medida por el tamaño. En su mayoría, las series concluyen que el adenoma veloso tiene un riesgo de malignización que oscila entre 4 y 70% y el que tiene menor riesgo es el tubular. Dichos pólipos se caracterizan por no presentar manifestaciones clínicas lo que hace que su diagnóstico sea presuntivo. Las manifestaciones estarán dadas por lo general por su tamaño y localización al igual que por sus características macro y microscópicas. Alrededor de 50 a 60% se descubren de manera incidental y cuando son sintomáticos casi siempre ocurre dolor y hemorragia. En cuanto al manejo se han propuesto polipectomía endoscópica, seguimiento periódico e incluso algunos autores refieren omisión de nuevos controles, conducta que no se considera apropiada debido a que el único diagnóstico definitivo de benignidad será el estudio histopatológico de toda la lesión, por lo que creemos que se debe llevar a cabo la resección total de la misma.

Objetivo: Presentar el caso de un paciente con cirugía bariátrica previa con anastomosis gastroyeyunal en Y de Roux, en quien tres años después de la cirugía aparece un pólipos (adenoma veloso) en el sitio de la anastomosis.

Método: Reporte de caso. Se trata de masculino de 50 años de edad que es visto en la consulta de cirugía con antecedente de cirugía bariátrica en 2009. Acude actualmente por presentar ganancia de peso después de tres años, así como síntomas vagos de dispepsia. El paciente presenta los siguientes antecedentes de importancia: Obesidad mórbida desde los 15 años con un peso máximo de 180 kg, hipertensión arterial sistémica, esteatosis



hepática, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia (todo esto desde 2004), artrodesis de rodilla, con cirugía de ligamentos cruzados en rodilla izquierda con infarto agudo de miocardio transoperatorio en 2008. En 2009 se somete a cirugía bariátrica, desconoce el tipo de cirugía la cual inicia laparoscópica y posteriormente se convierte a cirugía abierta. La evolución posoperatoria fue satisfactoria. A dos meses de la cirugía se realiza dilatación por obstrucción y seguimiento multidisciplinario durante dos años por nutriología, psicología y cardiología. Bajó inicialmente 50 kg y ha subido 16 kg con un peso actual de 147 kg. Talla: 1.77 cm, TA: 140/90 mmHg.

02 Feb 2012 Laboratorios: Leucocitos: 8.4, eritrocitos 5.95, hemoglobina 17.57, hematocrito 52.32, segmentados 5.85, ácido úrico 6.19. Ultrasonido de abdomen superior: Esteatosis grado II, pequeño pólipos vesicular. Coprológico dentro de parámetros normales, sin datos de mala absorción.

21 Feb 2012 Serie esofagogastrroduodenal: Reflujo gastroesofágico, cambios posquirúrgicos de gastrectomía subtotal con anastomosis gastroyeyunal. La boca anastomótica es amplia sin ulceración marginal.

26 Feb 2012 Endoscopia gastrointestinal: Se observa a la entrada del endoscopio remanente de la cavidad gástrica por cambios posquirúrgicos, en zona de anastomosis gastroyeyunal se observa pólipos sésil de aproximadamente 1 cm de diámetro, se toman biopsias de la misma.

29 Feb 2012 Patología: Esofagitis crónica escasa inespecífica, carditis crónica moderada inespecífica, gastritis antral crónica superficial, no activa y negativa para *Helicobacter pylori*, lesión de intestino delgado (adenoma tubulovelloso con displasia de bajo grado asociado con inflamación crónica y aguda).

Conclusión: La cirugía bariátrica se ha considerado el tratamiento de elección y más efectivo a largo plazo para pacientes con obesidad mórbida. Con dichas técnicas se consigue una gran mejoría en los parámetros antropométricos, en los factores de riesgo cardiovascular y en la calidad de vida de estos pacientes. Sin embargo, estos métodos no están exentos de complicaciones, algunas de ellas muy importantes. Es necesario conocer las modificaciones anatómicas y funcionales que ocurren en el tracto gastrointestinal para entender y prevenir las complicaciones asociadas a estas técnicas. Se necesita mayor información del costo-beneficio real de la cirugía bariátrica a largo plazo ya que ésta tiene una vigencia y sus complicaciones no son nada despreciables.

Hipertensión portal y hepatitis C asociada a várice duodenal y poliposis gástrica: Presentación de un caso clínico

Urbina-León D, Gutiérrez-Alvarado R, Govea-González O, Garduño-Hernández I, Martínez-Carrillo MO, Cedillo-Torres OM, Avila-Carillo GM, Santiago-Arano MG, Gracia-Bravo LJ, Martínez-Flores MA

Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE.

Método: Descripción de caso clínico. Paciente masculino de 53 años, diabético, tabaquismo y etilismo positivos, con antecedente de hepatitis C, que experimentó cinco episodios de melena. Se realiza panendoscopia sin evidencia de sangrado. Se procede

a ligadura de várices esofágicas y resección de pólipos gástricos. Presenta sangrado a las 24 horas, controlándose con inyección de adrenalina y polidocanol. Se realiza posterior resección de pólipos gástricos. Se identifica várice duodenal; se estudia con ultrasonido endoscópico y se practica escleroterapia exitosa de la misma. Se estudia hepatopatía diagnosticándose hipertensión portal asociada a cirrosis hepática.

Tratamiento endoscópico de una lesión de Dieulafoy localizada en la unión esófago-gástrica

Botello-Hernández Z, Torices-Escalante E, Domínguez-Camacho L, Inda-Vargas V

Servicio de Endoscopia Gastrointestinal. Hospital Regional "1º de Octubre" del ISSSTE, México, D.F.

Introducción: La lesión de Dieulafoy (LD) es una causa poco común de sangrado gastrointestinal, con una incidencia reportada de 2-5% de los casos como causa de hemorragia masiva, recurrente y potencialmente mortal. La localización más común es el estómago proximal (75%); el 25% restante tiene ubicación extragástrica, destacando por orden de frecuencia duodeno, colon y recto mientras que la presencia en el esófago es una rareza. Actualmente existe controversia sobre el mejor método endoscópico para tratar estas lesiones; hasta el momento no se ha comprobado la superioridad de un método sobre otro, por lo que se precisan más estudios que permitan definir la modalidad más apropiada.

Método: Presentación de caso. Paciente masculino de 65 años que acude al servicio de urgencias por presentar dolor en epigastrio, vómito en posos de café y melena. A la exploración se encontró inestabilidad hemodinámica, palidez generalizada y deshidratación, sin datos patológicos a nivel cardiopulmonar ni abdominal. Posterior al manejo inicial, se realizó una endoscopia observándose a nivel de la línea Z la presencia de un vaso de 3-4 mm con mucosa circundante normal sin sangrado activo. Como terapéutica se inyectaron 10 mL de adrenalina diluida (1:10 000). En la endoscopia de control no hubo evidencia de sangrado, egresándose en buenas condiciones clínicas.

Conclusión: Al no contar en la actualidad con estudios que definen la superioridad de una técnica sobre otra, las lesiones continuarán siendo manejadas conforme a los recursos disponibles en los servicios, la preferencia y experiencia del endoscopista, al igual que la presentación clínica de cada caso en particular. La localización de la LD en esófago es excepcional, no existiendo aún una modalidad terapéutica definida para su tratamiento; por esto la inyección de adrenalina sola o combinada con otra técnica continúa siendo uno de los tratamientos más utilizados.

Metástasis gástrica y de papila duodenal por cáncer renal. Hallazgo inusual en estudios endoscópicos

Bailon-Uriarte O, Valdivieso-Cartas JA, Chuc-Baeza GA, Mata-Quintero J, García-Arrona LR, Díaz-Oyola M, Soto-Pérez JC, Valencia-Romero A

Servicio de Endoscopia. Hospital Central Sur de Alta Especialidad. PEMEX.





Introducción: La incidencia por edad del cáncer de células renales (CCR) ha aumentado en los últimos 30 años en los Estados Unidos de América (EUA) y la mayoría de los países europeos, a una tasa anual de 3%. Según la base de datos de Vigilancia, epidemiología y resultados finales del Instituto Nacional del Cáncer de EUA, la incidencia de cáncer renal aumentó de 8.6 a 11.2 casos por 100 000 personas entre 1988 y 2002, mientras que el tamaño del tumor renal al momento de su presentación disminuyó de 66.8 a 58.6 mm durante el mismo periodo. No obstante, este aumento de la incidencia no puede ser totalmente explicado por la mejora de los métodos de imagen, ya que también se ha producido un aumento en la incidencia de la última etapa del CCR; una cuarta parte de los pacientes con CCR tiene enfermedad avanzada, incluyendo cáncer localmente invasivo o metastásico. Además, un tercio de los pacientes sometidos a resección de la enfermedad localizada experimentará recurrencia.

La enfermedad metastásica en pulmón y hueso representa los dos sitios más comunes de enfermedad avanzada. Sin embargo, los sitios inusuales de metástasis son característicos en el CCR y prácticamente cualquier órgano puede resultar involucrado, lo que incluye tiroides, páncreas, músculo esquelético y piel o tejidos blandos subyacentes. La recurrencia en el abdomen (incluyendo las recurrencias locales y las metástasis a distancia en el abdomen) se desarrolla en un 10% de los pacientes después de una media (mediana, rango) de seguimiento de 4.0 años (1.7, 0.1 a 25). Los márgenes quirúrgicos positivos, el estadio TNM, el tamaño y grado del tumor, así como la presencia de necrosis son factores de riesgo significativos en el análisis multivariado. El CCR metastásico en el estómago se ha descrito en raras ocasiones. Las metástasis son más comunes en el cuerpo gástrico y fondo, y es más probable hallarlas aisladas que múltiples. Macroscópicamente, el cáncer metastásico puede parecerse a un tumor submucoso (con o sin una depresión central) o semejar un cáncer gástrico primario, comúnmente mostrando ulceración profunda, dependiendo del tamaño de la lesión. La aparición de metástasis gástrica puede servir como un indicador de enfermedad avanzada. La supervivencia media es 4.75 meses.

Objetivo: Describir dos casos clínicos y revisión de la literatura.

Métodos: Reporte de primer caso. Paciente masculino de 58 años de edad con anemia en estudio. Refiere hemoptisis. Antecedente de nefrectomía radical por cáncer renal en 2002 con seguimiento oncológico y tratado en 2011 por sangrado de tubo digestivo alto (úlcera). A la exploración física síndrome de desgaste; resto irrelevante. Se solicita endoscopia donde se encuentra lesión pediculada polipoide en cara anterior de cuerpo gástrico de 5 cm, ulcerada, con áreas de necrosis, fibrina y estigmas de sangrado reciente, sin sangrado activo. Se decide tomar biopsias e iniciar tratamiento con inhibidor de bomba de protones (IBP). Patología reportó carcinoma de células claras metastásico ulcerado y colonizado por flora cocoide. Se continúa estudio con PET-SCAN encontrando metástasis óseas en columna lumbosacra, glándula adrenal derecha y pulmones. Se inicia tratamiento con Nexavar. Reporte de segundo caso. Paciente masculino de 45 años. Antecedente de nefrectomía radical en 2005 sin seguimiento oncológico. Inicia con ictericia por lo que acude al servicio médico. Exploración física sin datos positivos. Se realiza colangiopanresonancia reportando dilatación de vía biliar intra y extrahepática, por lo que se decide colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) encontrando papila duodenal aumentada de tamaño de aspecto vellosa. Colangiografía: Estenosis de vía biliar distal, dilatación de colédoco

proximal y vía biliar intrahepática; se realiza cepillado y toma de biopsias de papila. Se coloca endoprótesis tipo Ámsterdam de 10Fr. Reporte de patología: Carcinoma de células claras metastásico a papila duodenal. Tratamiento indicado: Nexavar.

Conclusión: Aún no está claro cómo en los pacientes con CCR el cáncer se puede extender al estómago y cómo deben ser tratados, si son candidatos a resecciones quirúrgicas locales, con terapia endoscópica y sistémica. La importancia de la metastasectomía en pacientes con CCR diseminado ha sido durante mucho tiempo un tema de debate, y todavía no está claro si este enfoque se recomienda en casos seleccionados (por ejemplo, para el control de síntomas locales relacionados con el tumor mediante fijación de fracturas o alivio de la compresión de la médula espinal), y si es eficaz en la prolongación de la supervivencia. La aprobación de terapias nuevas y específicas como sorafenib y sunitinib para el CCR metastásico está marcando una nueva era en la manejo de la enfermedad.

Aspiración traqueal de cápsula endoscópica: ¿Complicación frecuente? Informe de un caso y revisión de la literatura

Sánchez-Chávez X, Martínez-García CL

Departamento de Endoscopia. Hospital General Regional N° 1 “Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.

Introducción: La cápsula endoscópica (CE) ha mostrado ser un método indoloro e invasivo para el estudio del tubo digestivo medio (TDM). A pesar de que es un método mínimamente invasivo se deben considerar algunas complicaciones como la retención de la CE (0.7%), impactación en el cricofaríngeo, divertículos o aspiración al tracto respiratorio (0.2%). Mundialmente son pocos los casos reportados de aspiración de CE y en nuestro país no existe hasta el momento alguno reportado.

Objetivo: Presentar un caso de aspiración de CE y revisión de la literatura.

Métodos: Masculino de 78 años, antecedentes patológicos negados, antecedente de disfagia o trastornos en la deglución negados, hospitalizado hace tres años por hemorragia del tubo digestivo alto por úlcera gástrica secundaria a antiinflamatorios no esteroideos (AINE), recibiendo tratamiento endoscópico satisfactorio. Inicia padecimiento hace un año con plenitud posprandial, pérdida de 14 kilos en el transcurso de este año, sangre oculta en heces positiva; endoscopia y colonoscopia negativas, por lo que se envía para realizar CE dentro del abordaje de hemorragia de origen oscuro, tránsito intestinal normal. Preparación para CE sin complicación alguna.

Resultados: Programado para estudio del TDM el cual se realizó a doble cámara (cápsula de colon). Se le da a deglutir la CE e inmediatamente después presenta tos en accesos por dos minutos así como sensación de cuerpo extraño en garganta, negando disnea u otro síntoma, cianosis negativa. Ingiere agua con sensación de haber degluido la cápsula, sin embargo al minuto presenta exacerbación de tos con lo que la expulsa; en un segundo tiempo se deglute sin incidentes. Al realizar revisión del estudio se observa la CE en laringe, visualizando cuerdas vocales, anillos traqueales, carina principal y bifurcación por dos minutos.



Conclusión: Es importante conocer las complicaciones que puedan surgir y cómo manejarlas. En nuestra experiencia se han realizado más de 150 estudios y no se había presentado una complicación de este tipo. Si hubiera algún trastorno en la deglución, la CE deberá guiarse por endoscopia. En este caso se recuperó de manera exitosa; sin embargo, en la literatura se han reportado casos que han debido ser sometidos a manejo quirúrgico para la recuperación.

Litiasis pancreática, tratamiento endoscópico y litotripsia extracorpórea. Reporte de un caso

Garza-Vega J, Vega E

Hospital Regional del ISSSTE, Monterrey, NL.

Introducción: La pancreatitis crónica es un proceso inflamatorio crónico incurable de origen multifactorial, con una incidencia de 5 a 27 casos por 100 000 habitantes, siendo la causa principal la alcohólica. La formación de litiasis en los conductos pancreáticos es consecuencia de la pancreatitis crónica y su principal sintomatología son los ataques recurrentes de dolor. Entre los tratamientos de la litiasis pancreática se incluyen el tratamiento endoscópico y la litotripsia extracorpórea.

Objetivo: Reportar el caso una paciente tratada en conjunto con litotripsia extracorpórea y endoscopia.

Métodos: Reporte de caso. Paciente de 45 años de edad, con antecedentes de colecistectomía laparoscópica por colecistolitiasis hace dos años. Presenta desde hace dos años cuadros de dolor en epigastrio, transfictivo, intenso, incapacitante, sin presentar mejoría al tratamiento farmacológico. En agosto de 2011 es internada con diagnóstico de pancreatitis aguda, realizándose tomografía axial computarizada de abdomen, reportando una imagen cállica de 13 x 21 mm a nivel de la cabeza de páncreas, y dos más de 10 x 10 mm y 10 x 13 mm en proceso uncinado, con dilatación del conducto pancreático de 6 mm de diámetro. Es referida al Servicio de Endoscopia del Hospital Regional del ISSSTE, Monterrey, realizando colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en septiembre de 2012 reportando páncreas divisum, con dos cálculos en conducto pancreático principal a nivel de cabeza de páncreas, el mayor de 20 mm, impactado, no logrando pasar material de contraste ni alambre guía hacia el cuerpo y cola del páncreas; además dos litos intraparenquimatosos en proceso uncinado. Se efectuó esfinterotomía de ámpula de Vater y de la papila menor. El 6 de octubre de 2011 se somete a litotripsia extracorpórea aplicando 2 000 ondas de choque con potencia de 17 Hz, seguido de control endoscópico observando salida de microlitiasis de la papila menor. Se realiza pancreatografía observando conducto pancreático dilatado de 10 mm de diámetro con lito de 2 cm impactado en cabeza de páncreas, logrando colocar prótesis pancreática 5Fr. El 6 de diciembre de 2011 se realiza segunda sesión de litotripsia extracorpórea con las mismas especificaciones seguida de CPRE reportando lito en cabeza de páncreas de 16 mm y salida de microlitiasis por papila menor; se recambia prótesis pancreática. Se realiza nueva sesión de litotripsia el 30 de mayo de 2012, con las mismas especificaciones, seguida de endoscopia, observando pequeños litos menores a 3 mm intraductales. Se realiza

dilatación hidroneumática de papila menor y limpieza del conducto con balón. Se recambia prótesis pancreática.

Resultados: En todas las sesiones de litotripsia y endoscopia la paciente se manejó en forma intrahospitalaria, no presentando cuadros de pancreatitis aguda, ni elevación significativa de la amilasa sérica, siendo egresada a las 24 horas del tratamiento. Posterior a la primera sesión de litotripsia extracorpórea la paciente presenta espaciamiento entre los cuadros dolorosos, los cuales son de menor intensidad no requiriendo hospitalización. Actualmente la paciente no presenta dolor abdominal ni sintomatología que impidan la realización de sus actividades diarias.

Conclusión: La litotripsia extracorpórea en conjunto con endoscopia es considerada una excelente modalidad de terapia debido a su eficacia y a su bajo riesgo de complicaciones. En la mayoría de los centros médicos en donde se ha utilizado la litotripsia extracorpórea se ha visto que para la adecuada fragmentación de los cálculos pancreáticos, el 95% de los pacientes requiere tres sesiones de litotripsia. Los resultados establecidos en un meta-análisis de 17 estudios, indican que la eficacia de la litotripsia extracorpórea oscila entre 37.5% y 100%, tomando como referencia en dichos estudios el dolor y la limpieza del conducto pancreático.

Drenaje endoscópico de la vesícula biliar en colecistitis aguda. Reporte de un caso

González-González JA, Jáquez-Quintana JO, Maldonado-Garza H

Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" y Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, N.L.

Introducción: Pocos reportes acerca del drenaje vesicular por endoscopia han sido publicados.

Métodos: Reporte de caso. Paciente masculino de 88 años con antecedente de diabetes mellitus, hipertensión arterial, coronariopatía con infarto agudo de miocardio tratado con stent coronario cuatro meses antes y uso activo de antiagregantes plaquetarios. Se presenta a urgencias con cuadro de 48 horas de evolución consistente en fiebre, malestar general, dolor abdominal, hipotensión arterial y alteración del estado de conciencia. Laboratorio: Hemoglobina 11 g/dL, leucocitos 18 000, plaquetas 120 000, tiempo de protrombina 14/11, amilasa 350 UI/L, ALT/AST 90/88, bilirrubina total 2.8 mg/dL. Ecografía de abdomen superior: Vesícula biliar distendida con pared de 6 mm, múltiples litos en su interior, líquido perivesicular; colédoco y vías biliares normales. Se inicia manejo médico, antibióticoterapia y 24 horas después se lleva a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) ante la sospecha de colangitis y colecistitis aguda litiasica. Clasificación ASA 4. Se realiza la CPRE estando el paciente intubado. Se encuentra papila normal, se canula colédoco, se opacifica teniendo un diámetro normal, sin litos en su interior; se logra pasar guía a la vesícula biliar y se coloca una prótesis doble cola de cochino, drenando bilis oscura espesa. El estado clínico del paciente mejora a las 24 horas de realizado el estudio. El paciente egresa del hospital siete días después siendo operado electivamente de colecistectomía al cabo de un mes.

Conclusión: El drenaje de la vesícula biliar es un método factible y adecuado como puente a un tratamiento definitivo en estos pacientes críticamente enfermos con múltiples comorbilidades.





Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica transgástrica para el manejo de coledocolitiasis en paciente con bypass gástrico en Y de Roux

Martínez-Martínez F, Angulo-Molina D, Espaventa-Ibarrola A, Campos-Pérez FJ
Hospital General "Dr. Rubén Leñero".

Introducción: La cirugía para la obesidad en México va en aumento. Una de las cirugías con mayor éxito y cada vez más utilizada es el bypass gástrico en Y de Roux (BGYR). Estos pacientes se encuentran en mayor riesgo de desarrollar coledocolitiasis y esto puede representar un verdadero reto terapéutico debido a los cambios anatómicos posquirúrgicos. El uso convencional del video-duodenoscopio es limitado por la corta longitud y la incapacidad de alcanzar la papila mayor por la anatomía alterada. Una opción ante esta dificultad es el uso de endoscopios más largos como lo es el colonoscopio o más recientemente el uso de enteroscopios. El problema del uso de estos equipos radica en que al tener visión frontal, a pesar de alcanzar la papila, la canulación del conducto biliar y/o pancreático es complicada. Una alternativa es el acceso a la vía biliar a través de una gastrostomía laparoscópica con el duodenoscopio con una buena tasa de éxito.

Objetivo: Presentar el caso de una paciente sometida a BGYR con coledocolitiasis, la cual se resolvió con el acceso transgástrico del duodenoscopio asistido por laparoscopia.

Métodos: Reporte de caso. Femenino de 37 años. Antecedente de obesidad mórbida (índice de masa corporal: 51). Se realizó BGYR siete meses previos al padecimiento actual. Acude por dolor abdominal en epigastrio de dos semanas, acompañado de náusea, vómito e ictericia. Laboratorio con patrón colestásico, ultrasonido revela dilatación de la vía biliar intray extrahepática con datos sugestivos de coledocolitiasis. Con base en estos hallazgos se decide realizar colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) a través de gastrostomía asistida por laparoscopia. El acceso laparoscópico se realizó de forma habitual; se introdujeron tres puertos. Se realizó una exploración rutinaria de la cavidad abdominal. Se identificó el cuerpo del remanente gástrico y se realizó una jareta; posteriormente se realizó la gastrostomía. Se introdujo un trócar de 15 mm y a través de éste se introdujo el duodenoscopio pasando por el píloro y localizando la papila mayor, se canuló al primer intento la vía biliar, se realizó colangiografía observando múltiples defectos de llenado de 5 a 10 en el interior del colédoco por lo que se realizó esfinterotomía amplia y extracción de cuatro litos con catéter balón. Posterior a este procedimiento se realizó colecistectomía laparoscópica con la técnica habitual. La paciente fue dada de alta a los tres días del procedimiento sin complicaciones.

Conclusión: La CPRE es un procedimiento viable y seguro para el manejo de la coledocolitiasis en pacientes operados de BGYR.

Histoplasmosis colónica, reporte de un caso

Barrera-Guerra LR, Barrera-Ríos LR, Guerra-Dávila RM
Unidad de Endoscopia Diagnóstica y Terapéutica de Acapulco.

Método: Descripción de caso. Paciente masculino de 56 años de edad, originario de Ometepec, Guerrero. Como antecedente médico fue sometido a laparotomía exploradora 10 años antes por herida penetrante de abdomen, con resección y anastomosis intestinal; en dicho evento tuvo una transfusión de sangre. Presenta desde hace más de un año diarrea líquida, en más de cuatro ocasiones al día, sin moco ni sangre, con poco malestar abdominal. Niega fiebre, hiporexia, pérdida de peso o algún otro síntoma. Ha sido tratado en múltiples ocasiones con antibióticos sin mejoría y se le han realizado coprocultivos y coproparasitoscópicos que se han reportado negativos. Se realiza colonoscopia, previa preparación convencional con polietilenglicol, encontrando múltiples lesiones sobrelevadas, circunferenciales, que en el centro presentan erosiones; el resto de la mucosa alrededor de las lesiones es de apariencia normal. Las lesiones se extienden por todo el colon. Se toman biopsias múltiples, que reportan histoplasmosis. Se realiza un interrogatorio dirigido buscando exposición a murciélagos, recordando el paciente que hace más de cinco años participó en la limpieza de un sótano en donde había murciélagos. Ante la asociación con el virus de la inmunodeficiencia humana, se realiza estudio de ELISA, el cual resulta positivo. Se inicia tratamiento con itraconazol 400 mg/día, remitiendo el cuadro a la semana. Se inician también antirretrovirales y se continúa el itraconazol como dosis de mantenimiento, sin reincidencia del cuadro.

Úlcera gástrica perforada crónica como hallazgo ultrasonográfico

Barrera LR, Soto C

Unidad de Endoscopia Diagnóstica y Terapéutica de Acapulco.

Se solicita estudio endoscópico a paciente femenino de 78 años de edad, originaria de Guerrero. Como antecedentes es diabética de larga evolución en tratamiento con hipoglucemiantes. Se presentó con cuadro de cólico renouretral, motivo por el cual se realizó ultrasonido abdominal. En el estudio, además de los hallazgos relacionados a riñones, se advierte la presencia de una comunicación entre el estómago hacia una cavidad, donde se observa un reflujo de líquido. Durante la endoscopia se hace evidente una úlcera en cara anterior de estómago, de bordes rígidos y sin hemorragia, con tejido graso en uno de los bordes. Se logra avanzar el endoscopio a través de la úlcera, llegando a una cavidad con tejidos y paredes engrosadas, sin restos de alimentos, y sin evidencia de aire libre en cavidad peritoneal. El píloro es permeable. Tres días posterior al estudio endoscópico se lleva a la paciente a estudio baritado, logrando visualizar la cavidad demostrada en endoscopia, solo después de colocar a la paciente en decúbito ventral y en posición oblicua, ya que al estar de pie y en decúbito dorsal no se logra opacificar dicha cavidad. La paciente en ningún momento presentó datos de abdomen agudo y la tolerancia a la vía oral, así como las evacuaciones, eran normales. Debido a la edad, a las comorbilidades y a que los hallazgos sugerían cronicidad, además de la decisión de los familiares, el tratamiento fue conservador. El seguimiento al cabo de un mes no demostró afección abdominal por problema gastrointestinal.