

# 41 Reunión Nacional de Endoscopia 2013

## Trabajos libres en cartel

### **Esofagitis eosinofílica en pacientes con disfagia e impacción alimentaria que no presentan alteración endoscópica a nivel del esófago**

Uriegas-de las Fuentes A, Manrique-Martin A, Chávez-García MA, Hernández-Velázquez NN, Pérez-Corona T, Gómez-Peña Alfaro NS, Pérez-Valle E, Espino-Cortés H, González-Angulo JA, Cerna Cardona J

Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Juárez de México, México, D. F.

**Antecedentes:** La esofagitis eosinofílica (EE) es un trastorno inflamatorio crónico de origen desconocido; cursa con disfagia recurrente y episodios de impacción alimentaria esofágica. Es una entidad clínico-patológica de reciente descripción, caracterizada por una densa infiltración de granulocitos eosinófilos limitada a la mucosa esofágica. Su diagnóstico se basa en la presencia de más de 15 eosinófilos por campo de alto poder (HPF). En la actualidad la EE se reconoce como una entidad independiente, con aumento progresivo del número de pacientes diagnosticados en la bibliografía médica, por lo que es una enfermedad emergente.

**Objetivo:** Identificar la incidencia de esofagitis eosinofílica en pacientes con disfagia, impacción alimentaria y refractarios a tratamiento médico de enfermedad por reflujo, sin alteración estructural.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, transversal y descriptivo. Se incluyeron pacientes de ambos géneros, niños y adultos, con sospecha clínica de EE, disfagia, impacción alimentaria y/o enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) resistente a tratamiento médico. Se eliminaron aquellos con esofagitis y sus complicaciones. Pacientes con endoscopia normal y con hallazgos sugestivos de EE; se tomaron biopsias de porción proximal y distal del esófago para estudio histopatológico. En cada paciente se documentó edad, género, servicio de referencia, antecedentes atópicos (alergias, asma, rinitis, dermatitis atópica y tos crónica) y reporte de hallazgos endoscópicos e histopatológicos.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 25 pacientes: 23 adultos y dos niños, 16 hombres (64%) y nueve mujeres (36%). El promedio de edad de los adultos fue de 48 años. Los motivos de envío más frecuentes fueron ERGE (70%), disfagia (25%) e impacción alimentaria (5%). Tres pacientes (12%) presentaban enfermedades atópicas.

Cincuenta y dos por ciento de los pacientes tuvo hallazgos sugestivos de EE (61% traquealización, 23% mucosa en papel crepé y 15% placas blanquecinas), en 18 pacientes (72%) se reportó histología con cambios sugestivos de ERGE y el resto se reportó normal. Ningún paciente mostró > 15 eosinófilos/HPF en mucosa esofágica.

**Conclusiones:** A pesar de la alta sospecha clínica y los hallazgos endoscópicos de EE, el diagnóstico definitivo es histopatológico acorde con la bibliografía mundial. Una limitante de nuestro estudio es el tiempo y número de pacientes incluidos, por lo que es deseable incrementar la muestra y el tiempo del estudio, a lo que se aúna que no se confirmó ningún de los casos investigados.

### **Reporte de caso. Síndrome de Plummer-Vinson: manejo endoscópico de la membrana esofágica superior**

Castillo-Lugo BA,<sup>1</sup> Rugama-Mojica H,<sup>2</sup> Altamiranol R,<sup>3</sup> Frech-Álvarez G<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endoscopia, Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Managua, Nicaragua

<sup>2</sup>Servicio de Anestesiología, Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Managua, Nicaragua

<sup>3</sup>Servicio de Cirugía, Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Managua, Nicaragua

Presentamos a paciente un masculino de 46 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia y que niega quirúrgicos. Fue enviado a nuestro centro hospitalario por cuadro de disfagia a sólidos de 15 años de evolución, que en los últimos cuatro meses se intensificó a disfagia total asociada con un cuadro de disnea



paroxística nocturna y dolor de leve a moderado en la región anterior del cuello. Al examen físico presenta palidez mucocutánea, lengua depapilada con estrías violáceas y engrosamiento, y uñas quebradizas y de forma plana o cóncava. El diagnóstico de laboratorio reportó: Hb: 8.4 g/dl; VCM: 55.3 fL; HCM: 14.1 pg; leucocitos: 5 900; reticulocitos: 0,8%; hierro sérico: 15.1 ug/dl, y ferritina: 7.7 ng/dl. El extendido periférico demostró anisocitosis, hipocromía y microcitosis. El esofagograma reveló dos defectos de llenado de 2 mm, a la altura entre C3 y C5 en vista anteroposterior y lateral, que reducen la luz en 60%. Durante la endoscopia se evidenció la presencia de dos membranas fibrosas estenosantes por debajo de la región cricofaríngea, con un diámetro de luz de 8 mm. Se realizaron tres sesiones de dilataciones, dos de ellas con balones hidroneumáticos (CRE) Boston Scientific de 15 mm y la última con Savary-Guillard hasta 14 mm, las cuales mejoraron de manera notable la disfagia. Recibió terapia transfusional y hierro parenteral. Fue egresado a los cinco días con sulfato ferroso y ácido fólico. El síndrome de Plummer-Vinson, Paterson-Brown-Kelly o disfagia sideropénica es una entidad rara que se define por disfagia, anemia ferropénica y membrana esofágica alta.

### **Fístula esofágica: sellada mediante endoprótesis cubierta autoexpandible**

**Hernández-Bastida MA, Gutiérrez-Alvarado R, Ramírez-Amezcuca FJ, Cuenca-Martínez IA, Castañón-Ramírez LA, Moleres-Regalado S, Sánchez-Cano DX, Torres-Pacheco J, Ramírez-Padilla L, Allende-Trejo LI**  
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, México, D. F.

El uso de prótesis metálicas autoexpandibles en el tratamiento de entidades benignas del esófago, como las estenosis o las fístulas, es un tema controvertido y no universalmente aceptado. Las posibilidades de migración, desarrollo de estenosis no neoplásica, reflujo gastroesofágico y perforación han hecho que esta modalidad terapéutica sea desestimada por algunos para el tratamiento paliativo de entidades benignas. Presentamos un caso en el que la colocación de una de estas prótesis facilitó el cierre de una fístula esofágica secundaria a esclerosis de úlcera esofágica Forrest IB. Masculino de 80 años con antecedente de úlcera esofágica Forrest IB manejada con escleroterapia con adrenalina 1:10 000 en medio rural; el paciente desarrolla empiema izquierdo sometido a toracotomía izquierda. Se encontró fístula esofágica del tercio inferior y se realizó drenaje del empiema, decorticación y cierre primario de fístula esofágica, así como colocación de colgajo muscular de diafragma más rafia diafragmática. A los 10 días se efectúa panendoscopia de control, en la que se identifica perforación esofágica en tercio distal de aproximadamente 1 cm de longitud con material de sutura residual, por lo cual se decide colocar endoclips en la zona de perforación e instalar sonda nasoyeyunal sin complicaciones. A los 15 días se realiza panendoscopia de control. Se identifican dos fístulas esofágicas de 0.2 cm a 38 cm y 40 cm de la arcada dentaria superior; por este motivo se decide la colocación de prótesis cubierta autoexpandible durante un periodo de seis semanas, con lo que se logra el cierre completo de la fístula posterior al retiro de la prótesis.

### **Utilidad de la clasificación endoscópica de Hill como predictor de ERGE y trastorno motor esofágico en pacientes sometidos a endoscopia diagnóstica en el HECMN La Raza**

**Maroun MC,<sup>1</sup> Méndez MR,<sup>1</sup> Torres RD,<sup>1</sup> González VP,<sup>1</sup> Baltazar MP,<sup>1</sup> Rodríguez MH,<sup>1</sup> Altamirano GA,<sup>1</sup> Espinoza GJ,<sup>1</sup> Del Real C<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Endoscopia, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza, México, D. F.

<sup>2</sup>Departamento de Fisiología GI, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza, México, D. F.

**Objetivo:** Evaluar la utilidad de la clasificación endoscópica de Hill como predictor de ERGE y trastornos motores esofágicos en pacientes referidos a endoscopia diagnóstica al HECMN La Raza. **Material y método:** Estudio prospectivo, transversal, descriptivo, observacional y abierto. Se realizará del 1 del marzo al 1 de septiembre de 2013. Se incluirán pacientes mayores de 16 años de edad, de ambos géneros, que acepten participar en el estudio previa firma del consentimiento informado. Los pacientes seleccionados deberán contestar el cuestionario de síntomas de ERGE, después se les realizará el procedimiento endoscópico diagnóstico y finalmente manometría convencional. Se evaluará la morfología de la unión gastroesofágica al momento de la retroflexión durante la endoscopia diagnóstica, se clasificará de acuerdo con la clasificación endoscópica de Hill (I, II, III, IV) y se determinará si predice ERGE y trastornos motores esofágicos. Se utilizarán las pruebas *t* de Student,  $\chi^2$  y exacta de Fisher. Se considerará significancia estadística cuando  $p < 0.05$ .

**Resultados:** El protocolo se encuentra en proceso de realización, por lo que los resultados se reportarán a principios del mes de septiembre del presente año.

**Conclusiones:** Se darán a conocer al finalizar el proyecto y durante la presentación del trabajo en el congreso de endoscopia.

### **Obstrucción de la salida gástrica secundaria a fístula colecisto-duodenal (síndrome de Bouveret): reporte de un caso**

**Benítez-Tress Faez MP,<sup>1</sup> Cerecedo-Rodríguez J,<sup>1</sup> Hernández-Cendejas A,<sup>1</sup> Figueroa-Barojas P,<sup>2</sup> Granados-Canseco E,<sup>1</sup> Alanís-Monroy E,<sup>1</sup> Hernández-Trejo A,<sup>1</sup> Martínez-Linares Fernando<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Endoscopia, Hospital General de Zona 32, IMSS, México, D. F.

<sup>2</sup>Hospital Ángeles Acoxa, México, D. F.

La obstrucción del tracto de salida gástrica secundaria a impacción de litos biliares a través de una fístula colecisto-gástrica o colecisto-duodenal se conoce como síndrome de Bouveret. Presentamos el caso de una paciente femenina de 83 años con síndrome de Bouveret cuyas manifestaciones clínicas fueron sangrado de tubo digestivo alto, dolor abdominal, náuseas y vómito. Se manejó de manera endoscópica. Realizamos revisión de la bibliografía.

## Observaciones sobre la incidencia de diagnóstico de proctitis posradiación en el Servicio de Endoscopia del Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE

Armenta-Alvarado A,<sup>1</sup> Torices-Escalante E,<sup>2</sup> Domínguez-Camacho L<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Endoscopia, Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE, México, D.F.

<sup>2</sup>Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Regional 1° de octubre, ISSSTE, México, D. F.

**Antecedentes:** La proctitis posradiación consiste en lesiones del recto que se presentan durante o después de aplicar radioterapia para enfermedad pélvica maligna, diagnosticada por endoscopia, en la que se observa mucosa edematosa, friable y telangiectasias.

**Objetivo:** Conocer la incidencia relativa de proctitis posradiación en el Servicio de Endoscopia en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2012 en el Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE.

**Material y método:** Estudio retrospectivo observacional. Revisión de expedientes de pacientes que recibieron radiación; se estudió: edad, sexo, diagnóstico de envío y endoscópico, síntomas, reporte histopatológico, tratamiento médico y quirúrgico.

**Resultados:** De 2 430 endoscopias, 511 fueron colonoscopias; 122 pacientes con cáncer colónico (61), rectal (16) y extraintestinal (ovario, cervicouterino, próstata y endometrio) (45); 37 recibieron radioterapia. Los diagnósticos que motivaron la radiación fueron los siguientes: cáncer de colon (11), cervicouterino (9), de recto (6), de ovario (4), de próstata (4) y de endometrio (3). Se encontró proctitis posradiación en siete casos durante la endoscopia, una incidencia de 18.91%; seis casos se confirmaron por histopatología. La sintomatología más frecuente fue hematoquecia 6/7, uno con tenesmo rectal y otro con sangrado y diarrea. Todos los pacientes con proctitis posradiación fueron mujeres, con una media 56 años (rango, 48 a 61 años). Cinco pacientes fueron manejadas con mezalacina, una con mezalacina y loperamida, y una paciente tuvo sangrado importante que requirió hospitalización, hemotransfusiones y cirugía.

**Conclusiones:** La proctitis posradiación es más común en mujeres; el diagnóstico más frecuente por el que se indicó la radioterapia fue cáncer de colon. La incidencia encontrada fue de 18.91%, semejante a otros estudios.

## Coriocarcinoma metastásico a estómago, intestino medio y colon manifestado por hemorragia gastrointestinal masiva

Díaz-Moya EO, Hernández-Velázquez NN, Gómez-Peña Alfaro NS, Pérez-Corona T, Pérez-Valle E, Espino-Cortés H, Chávez-García MA, Manrique MA

Servicio de Endoscopia, Hospital Juárez de México, México, D. F.

**Introducción:** La enfermedad metastásica tumoral que afecta el intestino es un evento poco frecuente que puede resultar en hemorragia gastrointestinal. En la mayoría de casos, el diagnóstico se realiza durante la necropsia o mediante técnicas radiológicas o procedimientos quirúrgicos o endoscópicos. Aunque es causa muy rara de hemorragia digestiva, debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial para ofrecer diagnóstico y tratamiento oportunos.

**Reporte de caso:** Femenino de 33 años de edad con antecedente de embarazo ectópico molar dos años previos al inicio del padecimiento, tratado con legrado intrauterino. Admitida a urgencias por melena de dos semanas de evolución, astenia, adinamia y síncope. La radiografía de tórax mostró una lesión nodular en el pulmón derecho. La esofagogastroduodenoscopia (EGD) fue normal. La colonoscopia reveló lesión única, de aspecto vascular en colon descendente, que se trató con inyección de adrenalina y colocación de hemoclip. Dos semanas después experimentó recidiva de la hemorragia. La EGD y la colonoscopia demostraron múltiples lesiones elevadas, polipoides, rojizas, con erosión central, sin hemorragia activa, de las que se tomaron biopsias. Por persistencia de hemorragia digestiva y datos de abdomen agudo se realizó laparotomía exploradora con los siguientes hallazgos: 500 cc de hemoperitoneo y múltiples lesiones similares a las descritas en los estudios endoscópicos que involucraban estómago, yeyuno, íleon y colon; perforación de íleon distal, resecándose segmento de 20 cm y realizándose anastomosis termino-terminal. Tras el evento quirúrgico sufrió choque hipovolémico y hematoquecia, y falleció. El análisis histopatológico tanto de la pieza quirúrgica como de las biopsias endoscópicas evidenció lesiones metastásicas por coriocarcinoma.

**Discusión:** El coriocarcinoma es una variante de la enfermedad trofoblástica gestacional y es más frecuente que se desarrolle a partir de un embarazo molar (50%). Las localizaciones más características de las metástasis son pulmones, cerebro, huesos y ganglios linfáticos. El tracto gastrointestinal se afecta en menos de 5%. Debido a su origen celular, tiene fuerte tendencia hemorrágica. El pronóstico del coriocarcinoma metastático es bueno, con una tasa de supervivencia a cinco años de 70% a 80% con tratamiento oportuno, aunque la existencia de una complicación hemorrágica digestiva ensombrece el pronóstico.

**Conclusiones:** Ante toda mujer joven con antecedente de embarazo molar y cuadro de hemorragia digestiva debe descartarse etiología metastásica por coriocarcinoma, inicialmente con EGD y, si es necesario, colonoscopia. Las biopsias tomadas durante el procedimiento confirmarán el diagnóstico y por lo tanto impactarán en el manejo, tratamiento y pronóstico. Si la endoscopia es negativa, la angiografía terapéutica y la cirugía pueden ser de utilidad para el control de la hemorragia.

## Experiencia en la colocación de prótesis plástica en patología biliopancreática

Vázquez-Novoa O, Hernández-Favela JA, Andrade-Dávila VF, Correa-Guerra D, Martínez-Aguilar G

Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital General Dr. Santiago Ramón y Cajal, ISSSTE, Durango, Dgo., México



**Introducción:** Desde hace más de dos décadas se conoce la utilidad de las prótesis endoscópicas en la patología biliopancreática. Las indicaciones comprenden estenosis biliares malignas y benignas, fístulas biliares, litiasis biliar, colangitis, pseudoquiste pancreático, pancreatitis crónica, fístulas pancreáticas y prevención de pancreatitis aguda posterior a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

**Objetivo:** Describir nuestra experiencia en la colocación de prótesis plástica en patología biliopancreática.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional, que se llevó a cabo en el Servicio de Endoscopia Gastrointestinal del Hospital General Dr. Santiago Ramón y Cajal del ISSSTE en Durango. Se revisaron los reportes endoscópicos de las CPRE que se realizaron de mayo de 2010 a mayo 2013 y se analizaron los datos de los pacientes a los que se les colocó prótesis plástica. Se registró edad, género, diagnóstico pos-CPRE, éxito para colocar el stent y complicaciones del procedimiento.

**Análisis:** Se usó estadística descriptiva para el análisis de la información.

**Resultados:** Se efectuó un total de 320 estudios de CPRE, de los cuales a 48 pacientes se les colocó prótesis plástica (15%): 22 mujeres (45.8%) y ocho hombres (54.2%) con rango de edad de 17 a 87 años (media de 61 años). La colocación de la prótesis se logró en 47 de los 48 pacientes (97.9%). Los diagnósticos pos-CPRE fueron colangiocarcinoma (20), tumor de cabeza de páncreas (8), coledocolitiasis (7), carcinoma ampular (5), fuga biliar (3), compresión extrínseca de la vía biliar (2), estenosis posquirúrgica (1) y síndrome de Mirizzi (2). Ocurrió migración proximal de la prótesis en tres pacientes (6.25%) y migración proximal en otro (2.08%), lo cual se resolvió con recambio por nueva prótesis.

**Conclusiones:** La colocación de prótesis endoscópicas de plástico en patologías biliopancreáticas es un procedimiento seguro, con bajo porcentaje de complicaciones.

## **La utilización de la esfinterotomía de precorte durante una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica**

**Vázquez-Novoa O, Hernández-Favela JA, Andrade-Dávila VF, Correa-Guerra D, Martínez-Aguilar G**

Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital General Dr. Santiago Ramón y Cajal, ISSSTE, Durango, Dgo., México

**Introducción:** Existe controversia respecto al uso de la esfinterotomía de precorte condicionado a los riesgos reportados en la bibliografía. A pesar de ello, múltiples centros hospitalarios han reportado éxito en el uso de esta técnica para incrementar la tasa de canulación de la vía biliar y a fin de realizar maniobras terapéuticas.

**Objetivo:** Describir nuestra experiencia con el empleo de la esfinterotomía de precorte en casos en que la canulación selectiva de la vía biliar no fue posible.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional que se llevó a cabo en el Servicio de Endoscopia Gastrointestinal del Hospital General Dr. Santiago Ramón y

Cajal del ISSSTE en Durango. Se revisaron los reportes endoscópicos de las CPRE que se realizaron de mayo de 2010 a mayo de 2013 y se analizaron los datos de los pacientes a los que se les efectuó esfinterotomía de precorte. Se registró edad, género, diagnóstico pos-CPRE, éxito para canular la vía biliar con el precorte y complicaciones del procedimiento.

**Análisis:** Se usó estadística descriptiva para el análisis de la información.

**Resultados:** Se realizó un total de 320 estudios de CPRE, de los cuales a 20 pacientes se les practicó esfinterotomía de precorte (6.25%): 12 mujeres (60%) y ocho hombres (40%) con rango de edad de 40 a 87 años (media de 61 años). Mediante el precorte se logró la canulación de la vía biliar en 19 de los 20 pacientes (95%). Los diagnósticos pos-CPRE fueron coledocolitiasis (6), colangiocarcinoma (5), colangiografía normal (3), tumor de cabeza de páncreas (2), fuga biliar (2), compresión extrínseca de la vía biliar (1) y canulación fallida de la vía biliar (1). Un paciente (5%) presentó sangrado leve por esfinterotomía de precorte, mismo que se autolimitó.

**Conclusiones:** El éxito para canular la vía biliar mediante esfinterotomía de precorte es alto. Este procedimiento, como la esfinterotomía endoscópica estándar, presenta riesgos potenciales de complicaciones.

## **Drenaje endoscópico de pseudoquiste pancreático. Experiencia de 15 años en el Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE**

**Barona-Damián JL, Torices-Escalante E, Domínguez-Camacho L**

Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Regional 1° de octubre, ISSSTE, México, D. F.

**Introducción:** La definición de pseudoquiste aceptada por el consenso de Atlanta es la colección de líquido rica en amilasa contenida en una pseudocápsula, la cual aparece dentro de un periodo de cuatro a seis semanas de la pancreatitis aguda. Los pseudoquistes mayores de 6 cm y seis semanas de evolución con crecimiento, sintomatología compresiva, infección y hemorragia deben drenarse.

El tratamiento quirúrgico continúa siendo de elección mediante drenaje interno. La introducción y el perfeccionamiento de la endoscopia terapéutica en conjunto con estudios de imagen como la tomografía han dejado como manejo de segunda línea el procedimiento tradicional, surgiendo el drenaje endoscópico como primera elección.

**Material y métodos:** Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes sometidos a drenaje endoscópico de pseudoquiste pancreático de 1998 a 2013 para incluir en el estudio a todos aquellos en los cuales el drenaje se realizó en nuestra unidad.

**Resultados:** De 1998 hasta 2013 se realizaron 43 procedimientos de drenaje: 23 correspondieron a masculinos y 20 a femeninos, cuyas edades fluctuaron entre los 17 y 64 años. Todos los pacientes fueron drenados de manera sistemática realizando inicialmente tomografía, después estudio de la relación ductal mediante CPRE, seguido de la localización endoscópica del pseudoquiste; punción mediante esfinterótomo de aguja e inyección de medio de contraste y control fluoroscópico; colocación de alambre guía

y ampliación del trayecto fistuloso con la instalación de drenaje doble cola de cochino 7 Fr.

Etiológicamente, la formación del pseudoquiste fue secundaria a pancreatitis aguda en 39 casos, en dos a recurrencia de drenaje quirúrgico, uno posterior a cirugía pancreática y uno posterior a apendectomía.

El drenaje se realizó de manera gastroquística en 42 pacientes y solo un caso transpapilar. La tasa de éxito lograda es de 90%, sin ninguna recurrencia hasta el momento. Las complicaciones fueron: hemorragia del sitio de punción en cinco casos, de los que uno requirió manejo quirúrgico convencional, cuatro presentaron dolor y fiebre que remitieron con manejo médico, dos con infección y absceso del pseudoquiste que ameritó manejo quirúrgico y un caso tuvo migración del catéter hacia el pseudoquiste.

Conclusión: Las complicaciones inherentes al procedimiento corresponden a las reportadas en la bibliografía mundial proporcionando resultados equivalentes al drenaje convencional con menor morbimortalidad. El drenaje endoscópico de pseudoquiste pancreático ha demostrado ser una terapia eficaz y segura en nuestra unidad.

## Principales causas de estenosis de la vía biliar en la Unidad de Endoscopia del Hospital General de México

Macías AYR, Gil RN, Fosado GM, Bellacetín FO, García GVA, Zárate GM

Unidad de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital General de México, O. D., México, D. F.

Introducción: Las estenosis biliares pueden deberse a varios procesos de enfermedades benignas y malignas; las estenosis biliares indeterminadas carecen de un diagnóstico definitivo. Las etiologías más frecuentes de estenosis benignas (EB) son posoperatorias, traumáticas, isquémicas, inflamatorias e infecciosas. El colangiocarcinoma, el carcinoma hepatocelular, la enfermedad metastásica, el ampuloma y el cáncer de vesícula biliar son las principales causas de estenosis malignas (EM). El diagnóstico diferencial se basa en la historia del paciente y sus características, como ubicación, apariencia radiológica y número de estenosis existentes.

Objetivo: Describir las principales causas de estenosis de vía biliar en la población del Hospital General de México.

Material y métodos: Se revisaron los reportes de CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) realizadas de abril de 2012 a mayo de 2013 buscando de forma intencionada el diagnóstico de estenosis de la vía biliar. Se recabaron los siguientes datos: sexo, edad, diagnóstico de ingreso, cuadro clínico y si se realizó cepillado y colocación de prótesis.

Resultados: Se efectuaron 260 CPRE en 13 meses, según las cuales 94 (36%) casos tenían estenosis de vía biliar. Las causas de las estenosis fueron: en 39 (42%) pacientes sospecha de colangiocarcinoma, en 13 (14%) estenosis posquirúrgica, en 12 (12%) ampuloma, en 5 (5%) neoplasia de la cabeza del páncreas, en 4 (4%) infiltración por neoplasia duodenal, en 3 (3%) cáncer de vesícula biliar, en 2 (2%) compresión extrínseca, en 1 (1%) pseudoquiste pancreático y en 15 (16%) pacientes no fue posible identificar la causa de la estenosis. De los pacientes con colangiocarcinoma se

tomó cepillado a 7 (17%). Se colocaron 13 prótesis en la vía biliar, ocho en pacientes con colangiocarcinoma y cinco en pacientes con ampuloma.

Discusión: La diferencia entre una EB y una EM es difícil pero esencial para el pronóstico y la planificación del tratamiento; nuestros datos concuerdan con lo reportado en la bibliografía, en la que en el porcentaje mayor de EM la causa principal es colangiocarcinoma y la causa principal de EB en nuestros datos es posoperatoria; no se tomaron en cuenta pacientes con coledocolitiasis. No se les realizó a todos cepillados por falta del recurso en el servicio y lo mismo ocurrió con la colocación de prótesis.

Conclusiones: La evaluación por CPRE es necesaria para el diagnóstico y tratamiento de estenosis; aunque tiene especificidad y sensibilidad elevadas, no comprueba en su totalidad el diagnóstico, por lo que es necesario obtener biopsias (guiadas por imagen, citología biliar y cepillado o biopsias directas por ultrasonido endoscópico) para ofrecer diagnóstico y tratamiento oportunos.

## Ictericia obstructiva por lito pancreático en ámpula de váter. Reporte de un caso

Cardosa-González CM, Garza-Vega J, Domínguez-Camacho L, Torices-Escalante E,

Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE, México, D. F.

La pancreatitis crónica se caracteriza por destrucción progresiva e irreversible del páncreas. Una de las principales manifestaciones es el dolor abdominal, el cual se asocia con aumento de la presión intraductal causado por estenosis, litiasis o compresión por pseudoquistes. La litiasis pancreática se presenta en 90% de los pacientes con pancreatitis alcohólica. La ictericia por impacción de un lito pancreático en la papila es extremadamente rara. El tratamiento endoscópico es por medio de esfinterotomía, papilotomía y extracción de lito con balón o canastilla, con éxito de 72%.

Caso clínico: Paciente masculino 62 años de edad con antecedente de alcoholismo crónico y pancreatitis crónica. Inició su padecimiento con ictericia de seis semanas de evolución, dolor abdominal en epigastrio, náuseas, vómito, acolia, coluria y prurito. BT, 7.3 mg/dl; BD, 5.2 mg/dl; BI, 5.1 mg/dl; FA, 179 U/L; TGO, 112 U/L; TGO, 81 U/L. TAC de abdomen: dilatación del conducto principal, dilatación del colédoco y una imagen sugestiva de lito en el ámpula de Váter.

En la CPRE se realizó papilotomía con cuchillo de precorte encontrando lito pancreático de 15 mm a nivel de ámpula de váter, colangiopancreatografía con dilatación de vía biliar y pancreático de 7mm; se colocó prótesis pancreática 5 Fr de 4 cm de longitud. La ictericia causada por lito pancreático en el ámpula de váter es una entidad rara. Los litos que causan impacción en la papila son relativamente grandes, ocurren en pacientes con conducto común largo. El tratamiento terapéutico endoscópico es una alternativa que ofrece buenos resultados, con la ventaja de invasión mínima.

## CPRE: experiencia de 10 años y reporte de casos

Chávez GC





Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital General de Tijuana y Hospital Ángeles de Tijuana, Tijuana, Baja California.

Se revisan todos los procedimientos de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) realizados en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2012 en el Hospital General de Tijuana (SSA) y el Hospital Ángeles de Tijuana (institución privada). Durante este periodo se efectuaron 684 estudios en 652 pacientes. Los diagnósticos de envío más frecuentes fueron litiasis residual (61.4%, 420 pacientes), fuga biliar (9.9%, 68), cáncer de páncreas (9.3%, 64) y litiasis primaria (6.1%, 42).

De los 684 procedimientos se practicaron de manera exitosa 650, que representan 95.02%, y 34 procedimientos fueron fallidos (4.98%). El método de canulación preferido fue esfinterótomo con guía, aunque debió realizarse precorte en 19% de los pacientes (123).

La complicación más frecuente fue la pancreatitis, que apareció en 2.33% (16) de los pacientes (un caso fue grave), seguida del sangrado, que se presentó en ocho individuos (1.16%); uno de ellos requirió manejo quirúrgico. Además, hubo un caso de impacción de canastilla de Dormia que requirió manejo quirúrgico.

De 420 casos de litiasis residual, 396 fueron resueltos (94.3%) y el resto (24) requirió reintervención quirúrgica. Doscientos ochenta pacientes tenían sonda en T in situ; en 25 se detectó litiasis en el transoperatorio pero no se exploró la vía biliar, solo se colocó la sonda en T. Nueve pacientes conocidos portadores de colecisto-coledocolitiasis primero fueron intervenidos por colecistectomía laparoscópica y después enviados para resolución endoscópica de la coledocolitiasis; todas fueron exitosas.

De los 42 pacientes con coledocolitiasis primaria, 16 (38%) presentaban litos gigantes; en nueve se practicó litotripsia y extracción exitosa, y en siete se colocó endoprótesis biliar plástica y se les envió a manejo quirúrgico. De los 68 pacientes con fuga biliar, cinco presentaban sección y/o ligadura completa de colédoco y se refirieron a manejo quirúrgico.

En total hubo 108 casos de estenosis maligna de vía biliar por neoplasias de diferentes orígenes. En 93 pacientes (86.1%) se logró el drenaje de la vía biliar (54 con endoprótesis plástica y 39 con metálica auto-expandible); en los restantes 15 casos solo fue posible tomar biopsias.

De las estenosis benignas (24 pacientes), 10 fueron manejadas con dilataciones seriadas con endoprótesis plásticas, 13 con esfinterotomía y una con la combinación de dilatación hidrostática y endoprótesis plásticas seriadas.

## **Cáncer de páncreas en paciente joven. Reporte de caso y revisión de la literatura**

**Granados-Canseco E, Hernández-Cendejas A, Cerecedo-Rodríguez J, Hernández-Trejo A, Benítez-Tress Faez J, Alanís-Monroy E, Martínez-Linares F**

Servicio de Endoscopia del Hospital General de Zona 32, IMSS, México, D. F.

Introducción: El cáncer de páncreas (CP) ocupa el cuarto lugar en la mortalidad por cáncer en Estados Unidos. La mortalidad puede

ser un buen indicador de la frecuencia debido a que la mayoría de los pacientes con cáncer de páncreas muere por esta enfermedad, dado que la precisión del diagnóstico es alta. El CP está aumentando paulatinamente y la proporción diagnóstico-fallecimiento se incrementa con la edad. La edad media es de 69.2 años para hombres y 69.5 para mujeres. Existen pocos casos publicados por debajo de la tercera década de la vida. El CP, como otras neoplasias comunes, parece ser más frecuente entre personas de grupos socioeconómicos más bajos.

Caso clínico: Paciente femenina de 25 años de edad, casada, estudiante universitaria. Niega antecedentes de enfermedades crónicas, alérgicos, traumáticos o transfusionales. Su padecimiento actual inició dos meses antes, con dolor abdominal en mesogastrio, náuseas, tolerancia parcial a la vía oral, así como ictericia intermitente y progresiva. Acude con el médico familiar quien la refiere a su hospital general, donde se inicia protocolo de estudio de paciente icterico y se concluye que se trata de un caso de hepatitis. Ante la respuesta deficiente de la paciente y la presencia de deterioro progresivo con pérdida de peso, ictericia progresiva, con bilirrubinas totales de 21, se decide enviar a un servicio de cirugía general, manejándose como probable coledocolitiasis. Se realiza CPRE y se encuentra una estenosis de la porción intrapancreática del conducto colédoco; se practica esfinterotomía + colocación de una endoprótesis plástica. Se efectúa tomografía de abdomen que demuestra un aumento de volumen de la cabeza del páncreas de aproximadamente 3 cm.

Se decide realizar laparotomía exploradora, que revela tumor dependiente de la cabeza del páncreas y proceso uncinado de 5 cm, con invasión a vasos mesentéricos, así como nódulos hepáticos de 0.5 cm compatibles con metástasis hepáticas. Se instituye tratamiento paliativo únicamente.

Conclusiones: A pesar de que el CP es una de las patologías malignas del tubo digestivo más comunes, en pacientes jóvenes, como el caso presentado, no es un diagnóstico diferencial frecuente. Deberá tomarse en cuenta en todo sujeto que presenta sintomatología de tubo digestivo superior acompañada de ictericia progresiva.

En este caso, un diagnóstico correcto y temprano con un protocolo de estudio completo para un paciente icterico pudo haber cambiado el pronóstico de esta mujer.

## **Utilidad del ultrasonido endoscópico con elastografía en la evaluación y diferenciación de lesiones pancreáticas**

**Vázquez-Mora E,<sup>1</sup> Peláez-Luna M,<sup>2</sup> Vallejo-Romero F<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Endoscopia, Centro Médico ABC, México. D. F.

<sup>2</sup>Unidad de Endoscopia Clínica Lomas Altas, Centro Médico ABC, México, D. F.

El ultrasonido endoscópico (USE) es indispensable en la evaluación de patología pancreática. Su precisión en el diagnóstico diferencial de lesiones pancreáticas sólidas realizando biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) es de 74% a 95%. La elastografía mediante USE evalúa la elasticidad y rigidez de los tejidos; se basa en que la compresión de un tejido determinado mediante un ecoendoscopia genera cierta tensión, la cual es distinta entre cada órgano de acuerdo con la dureza o suavidad de cada uno. Se ha

propuesto que esta técnica puede mejorar la precisión diagnóstica del USE y la BAAF.

Presentamos dos casos con lesiones pancreáticas en los que utilizamos USE con elastografía; hasta el momento, constituyen el primer reporte de esta técnica en nuestro país.

Caso 1. Masculino de 75 años, lesión hipodensa en cuello de páncreas. Se realizó BAAF guiada por USE utilizando un ecoendoscopio lineal (Pentax EG 3870UTK y consola de US Hitachi Preius) y aguja de aspiración fina de 22 G (Echotip Ultra de 22G, Wilson Cook). El examen citopatológico reveló adenocarcinoma de páncreas. Para la elastografía se aplicó ligera presión del ecoendoscopio a través de la pared gástrica y se activó la función de elastografía en la consola de US. La lesión pancreática presentó una tonalidad azul, indicativa de tejido poco elástico y duro en comparación con el tejido periférico, que apareció en color verde, correspondiente a tejido suave.

Caso 2. Femenino de 59 años, lesión de aspecto quístico en cuerpo de páncreas. El USE encontró una lesión de 7.3 mm × 3.6 mm sugerente de neoplasia mucinosa papilar intraductal sin datos de mal pronóstico. Aspirado de líquido del quiste con material transparente y viscoso. Páncreas de aspecto normal. Se realizó elastografía; tanto la lesión como el páncreas se observaron con color verde, que corresponde a tejido suave y elástico.

La elastografía por USE mide la magnitud de tensión generada por un determinado tejido; esta tensión es inversamente proporcional al riesgo de malignidad, por lo que podría ayudar a diferenciar entre lesiones benignas y malignas.

Se requiere un ecoendoscopio convencional unido a una estación de trabajo de US convencional con el software apropiado. La imagen de elastografía se muestra como un mapa de colores que representa la distribución de la elasticidad de los tejidos dentro de una región de interés preseleccionada, superpuesto a la imagen convencional del modo B del US convencional.

El tejido duro se representa en color azul y el suave en rojo. Tejidos con elasticidad intermedia se representan en espectro de color verde-amarillo. La interpretación se hace comparando la elasticidad de una lesión determinada con la de una región de referencia seleccionada dentro del mismo órgano o un tejido blando adyacente; esto se denomina proporción de tensión (SR por sus siglas en inglés).

La sensibilidad y especificidad del USE con elastografía utilizando el SR para diferenciar tumores malignos de masas inflamatorias es de 100% a 95.7% y de 92.9% a 16.7% respectivamente.

Nuestros casos representan dos patologías con tejidos diferentes en cuanto a elasticidad y rigidez. Similar a lo reportado, los tejidos malignos se asociaron con mayor rigidez tisular demostrada por color azul, mientras que tejidos sanos y/o benignos se observaron en tonos verdes.

Los reportes previos y nuestros casos indican que el USE con elastografía cuantitativa ayuda a evaluar la dureza y elasticidad de los tejidos además de sugerir la naturaleza benigna o maligna de las masas pancreáticas; su precisión diagnóstica es modesta, por lo que debe considerarse una herramienta más para evaluar masas pancreáticas, especialmente en casos con BAAF negativas, o bien como ayuda para dirigir la toma de biopsias a zonas con mayor probabilidad de malignidad. Aún no es una alternativa a las BAAF guiadas por USE, que son el estándar de oro para el diagnóstico de lesiones sólidas de páncreas. Se requieren estudios que evalúen y determinen el papel de la elastografía por USE en el estudio de lesiones sólidas de páncreas.

## Uso de prótesis esofágicas en el manejo de fugas anastomóticas: experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología

Rodarte-Shade M, Alonso-Lárraga O, Ramírez-Solís E, Hernández-Guerrero A

Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Instituto Nacional de Cancerología (INCan), México, D. F.

Antecedentes: Las fugas de anastomosis representan una complicación con alta morbilidad y mortalidad que prolonga la estancia hospitalaria y en la mayoría de los casos requiere reintervención quirúrgica y desfuncionalización del tracto digestivo. De manera reciente y con mayor frecuencia se han propuesto abordajes endoscópicos para el manejo de estas complicaciones.

Objetivo: Mostrar la experiencia y los resultados del manejo endoscópico de las fugas de anastomosis con prótesis metálicas totalmente cubiertas en pacientes operados en el Instituto Nacional de Cancerología.

Material y métodos: Se realizó un estudio de serie de casos consecutivos de pacientes con cáncer de esófago distal y gástrico que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico curativo. Se incluyó a pacientes que presentaron como complicación una fuga en la anastomosis y que fueron sometidos a colocación de prótesis esofágica metálica auto-expandible totalmente cubierta.

Resultados: Se trató de manera endoscópica a cinco pacientes con fuga de anastomosis en el servicio de endoscopia: tres hombres y dos mujeres con edad entre 49 y 64 años. Los diagnósticos oncológicos fueron: adenocarcinoma de la unión esófago-gástrica (n = 2), adenocarcinoma gástrico (n = 2) y adenocarcinoma de esófago distal (n = 1). Las cirugías realizadas fueron: gastrectomía total (n = 2), esofagectomía transhiatal con ascenso gástrico (n = 1), esofagectomía transhiatal con gastrectomía proximal y ascenso gástrico (n = 1), y gastrectomía total con esofagectomía distal (n = 1). La fuga de anastomosis se documentó entre los 8 y 20 días posteriores a la operación y la prótesis se colocó entre 4 y 40 días de haberse diagnosticado la fuga. Se colocaron cuatro prótesis esofágicas tipo SX-ELLA Stent Esophageal HV 25 x 20 x 24 x 85 mm (ELLA-CS, Czech Republic) y una prótesis Niti-S Esophageal covered stent 18 x 60 mm (Taewoong Medical Co, Korea). Se logró controlar la fuga en cuatro pacientes y la dieta por vía oral se inició en un promedio de 6.6 días (4-12 días). Un paciente con anastomosis cervical esófago-gástrica requirió retiro de la prótesis por dolor cervical intenso. No hubo muertes relacionadas con el procedimiento endoscópico.

Conclusiones: El uso de prótesis esofágicas metálicas auto-expandibles totalmente cubiertas representa una opción segura para el manejo de fuga de anastomosis. En nuestra serie de casos tuvimos un éxito de 80% en cinco casos de fugas de anastomosis manejadas de manera endoscópica.

## Disección endoscópica de la submucosa gástrica en neoplasia intraepitelial de bajo grado. Reporte de un caso



**Bada-Yllán O,<sup>1</sup> Torres-Ruiz MF,<sup>1</sup> Aguirre-Olmedo I,<sup>1</sup> García A,<sup>2</sup> Rojano-Rodríguez ME,<sup>3</sup> Herrera JJ,<sup>4</sup> Quiroz-Guadarrama D,<sup>1</sup> Morales-Vargas M,<sup>1</sup> Del Río-Suárez <sup>1,4</sup> Moreno-Portillo M,<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Endoscopia Gastrointestinal, Hospital General Dr. Manuel Gea González, México, D. F.

<sup>2</sup>Curso de Alta Especialidad Cirugía Endoscópica, Hospital General Dr. Manuel Gea González, México, D. F.

<sup>3</sup>Servicio de Endoscopia Gastrointestinal y Cirugía Endoscópica, Hospital General Dr. Manuel Gea González, México, D. F.

<sup>4</sup>Cirugía Endoscópica, Hospital General Dr. Manuel Gea González, México, D. F.

<sup>5</sup>Director general, Hospital General Dr. Manuel Gea González, México, D. F.

La resección endoscópica de la mucosa (REM) se desarrolló con el propósito de preservar la función gastrointestinal íntegra después de resear una lesión limitada a la mucosa del aparato digestivo, además de obtener especímenes más grandes que permitieran un diagnóstico histopatológico preciso.

En Japón se diseñaron diversas técnicas para la REM, que se dividen en tres modalidades: REM con endoscopia de doble canal, REM por aspiración y disección endoscópica de la submucosa (DESM).

La REM se utiliza típicamente para la remoción de lesiones menores de 2 cm o la remoción por partes de lesiones grandes; para resear en bloque sin importar el tamaño de la lesión se desarrolló la DESM.

El propósito de esta comunicación es presentar el caso de una paciente con diagnóstico histológico de neoplasia gástrica intraepitelial de bajo grado en la que se realizó disección endoscópica de la submucosa.

## **Diagnóstico endoscópico e histopatológico de esófago de Barrett en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán**

**López-Méndez YI,<sup>1</sup> Cantú-Llanos E,<sup>1</sup> Bernal-Méndez R,<sup>1</sup> Castro-Narro GE,<sup>2</sup> Zavala-Solares M,<sup>3</sup> Barreto-Zúñiga R,<sup>1</sup> Elizondo-Rivera J,<sup>1</sup> Valdovinos-Andraca F<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D. F.

<sup>2</sup>Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D. F.

<sup>3</sup>Programa de posgrado en Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.

**Introducción:** Los hallazgos endoscópicos constituyen la herramienta por la cual se sospecha el diagnóstico de esófago de Barrett (EB); la confirmación de dicho diagnóstico es por histopatología. **Objetivos:** Determinar la frecuencia entre el diagnóstico endoscópico e histopatológico de EB. Describir la relación entre presencia de hernia hiatal (HH), tipo de segmento de EB y grado de displasia.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo transversal, descriptivo. Se revisaron 3 944 panendoscopias realizadas de 1 de enero al 31 de diciembre de 2012; se obtuvieron y analizaron las variables de edad, género, HH, EB, tipo de segmento e histología. Se incluyeron pacientes que por panendoscopia mostraron sospecha de EB definido como epitelio de aspecto rojo asalmonado con desplazamiento de la zona de transición 2 cm por arriba de la unión esófago-gástrica. Se tomaron biopsias dirigidas empleando cromosendoscopia vital, digital y por mapeo utilizando luz blanca de forma indistinta. Las biopsias fueron examinadas por dos patólogos expertos. Se analizaron frecuencias y correlaciones no paramétricas de Spearman y Pearson para variables nominales, media y desviación estándar para variables continuas; se tomó como significativo un valor de  $p < 0.05$ . Todos los datos fueron procesados en SPSS v. 20.0 y STATA v. 11.0.

**Resultados:** Se identificaron 105 casos con sospecha de EB mediante endoscopia; la media de edad de los pacientes fue 58 años ( $\pm 12$ ). Setenta y dos pacientes (68.6%) fueron positivos para EB por biopsia y 33 (31.4%) fueron negativos. De los pacientes con EB, 53 (73.6%) eran hombres y 19 (26.4%) mujeres; 31 (43%) con HH, segmento largo en 40 (55.6%) y segmento corto en 32 (44.4%); 61 sin displasia (84.7%), 3 (4%) indefinidos para displasia, 5 (6.9%) con displasia de bajo grado y 3 (4%) con displasia de alto grado-carcinoma *in situ*. El EB se encontró con mas frecuencia en hombres ( $p < 0.05$ ). La presencia de HH no se correlacionó con EB. El segmento largo se correlacionó con EB ( $p = 0.02$ ). La presencia de displasia fue más común en pacientes con EB de segmento largo. El diagnóstico endoscópico e histopatológico de EB se corroboró en 67% de los casos.

**Conclusiones:** El índice diagnóstico endoscópico e histopatológico de EB en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán es bueno. El EB fue más frecuente en hombres con HH y segmento largo de EB. El segmento largo se correlacionó con el grado de displasia.

## **Fístula colédoco-duodenal. Reporte de caso y manejo endoscópico**

**Alanís-Monroy E, Cerecedo-Rodríguez J, Hernández-Cendejas A, Hernández-Trejo A, Martínez-Linares F, Benítez-Tress Faez MP, Granados-Canseco E**

Servicio de Endoscopia, Hospital General de Zona 32, IMSS, México D. F.

Las fístulas colédoco-duodenales son frecuentemente secundarias a úlceras duodenales que condicionan pérdida de la continuidad de la pared duodenal y comunicación con la vía biliar formando un trayecto fistuloso entre ambas. Con menor frecuencia son resultado de procedimientos quirúrgicos; al existir lesión de la vía biliar por lo general es necesaria la reintervención quirúrgica.

Se presenta el caso de un paciente femenino de 55 años de edad con antecedente de síndrome icterico recurrente, colecistectomía abierta con exploración de vía biliar dos años antes. Se realizó CPRE, en la que se evidenció fístula colédoco-duodenal y pérdida de la continuidad del colédoco en su tercio medio. Se manejó con protocolo de rehabilitación de la vía biliar a través del trayecto fistuloso.



## Melanoma duodenal: reporte de caso y revisión de la literatura

Martínez-Linares F, Hernández-Cendejas A, Cerecedo-Rodríguez J, Hernández-Trejo A, Barba-Mendoza J, Alanís-Monroy E, Benítez-Tress Faez P, Granados-Canseco E  
Servicio de Endoscopia, Hospital General de Zona 32 Dr. Mario Madrazo Navarro, IMSS, México, D. F.

Los melanomas pueden surgir del epitelio mucoso a nivel respiratorio, digestivo y genitourinario; todos contienen melanocitos como los formados en piel. Los melanomas mucosos tienen peor pronóstico que los que se originan a nivel cutáneo. A causa de la rareza del melanoma mucoso y debido a su biología única y desafíos clínicos, nuestro entendimiento y el manejo óptimo permanecen limitados. Los melanomas mucosos comprenden alrededor de 1% de todos los melanomas y se presentan principalmente en cabeza y cuello, a nivel anorrectal y vulvovaginal. Con menor frecuencia aparecen a nivel urinario, vesicular y en intestino delgado. La edad media de presentación es los 70 años, aunque en cavidad oral ocurren en pacientes más jóvenes. La incidencia es mayor en mujeres que en hombres, sobre todo a causa del desarrollo de la enfermedad en el tracto genital.

Se presenta el caso de un paciente femenino de 71 años de edad que ingresa al servicio de urgencias por cuadro de hemorragia de tubo digestivo alto. Se realiza estudio endoscópico, en el cual se encuentra una lesión de aspecto polipoide, de bordes irregulares, ulcerada y de pigmentación oscura, a nivel de la segunda porción del duodeno. El reporte de patología fue melanoma intestinal.

## Colitis ulcerosa infecciosa secundaria a *Aeromonas* spp: caso clínico

Morales-Fuentes GA,<sup>1</sup> Páez-Zayas VM,<sup>2</sup> García-de la Rosa YP,<sup>2</sup> Villar-Chávez S,<sup>2</sup> Ramírez-Cisneros DA,<sup>2</sup> Carballo-Zárate AA,<sup>3</sup> Donís-Hernández J,<sup>4</sup> González-Fernández C,<sup>2</sup> Salas-Lozano NG,<sup>2</sup> Pineda-Figueroa LD,<sup>2</sup> Pantaléon-Martínez C<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Gastroenterología y Sección de Endoscopia, Hospital Español de México, México, D. F.

<sup>2</sup>Residente de Gastroenterología, Hospital Español de México, México, D. F.

<sup>3</sup>Servicio de Patología, Hospital Español de México, México, D. F.

<sup>4</sup>Servicio de Infectología, Hospital Español de México, México, D. F.

Femenina de 34 años que ingiere pescado y mariscos; 36 h después presenta dolor abdominal cólico, con predominio en epigastrio y fosa iliaca izquierda; evacuaciones líquidas en 40 ocasiones en 24 h, de escasa cantidad, sin pujo ni tenesmo, verdes, con moco, sin sangre; malestar general, mialgias, fiebre y náuseas. Ingresó sin desequilibrio hidroelectrolítico, leucocitos en 6 300 con 29% de bandas. A la exploración, con dolor abdominal intenso y rebote peritoneal. El ultrasonido es normal; la radiografía muestra niveles hidroaéreos y asa fija en epigastrio. Se inició ciprofloxacino y metronidazol. La diarrea no cedió con ayuno y 36 h después

presentó 50% de bandas, fiebre persistente y dolor abdominal. El coprológico reporta leucocitos y eritrocitos abundantes. No se observan parásitos ni huevecillos, cultivo con biota normal, toxinas A-B *Clostridium difficile* negativas. Se realiza colonoscopia, encontrando colitis ulcerosa en transversal, edema y eritema importante segmentario, principalmente sigmoides. Patología confirma la compatibilidad con colitis infecciosa. Se solicita perfil molecular fecal, identificando *Aeromonas* spp. Tras la ingesta de polietilenglicol la diarrea cesó y hubo mejoría franca del dolor. Se egresa para completar esquema con ciprofloxacino/tinidazol, con BH normal; se agrega mesalazina vía oral, con lo que la sintomatología cede por completo a los 14 días, con toma de sangre oculta en heces negativa.

Aunque el diagnóstico de las infecciones agudas entéricas suele ser fácil debido a los datos clínicos, ante su persistencia debe profundizarse. Se ha comprobado que el coprocultivo da resultados malos y que es ligeramente mejor si se cultiva directamente de las biopsias obtenidas en colonoscopia. Una colitis infecciosa puede ser lo suficientemente grave como para simular una enfermedad inflamatoria intestinal.

El género *Aeromonas* son bacilos gramnegativos, facultativos, anaerobios, habitantes de ecosistemas acuáticos, resistentes a betalactámicos y mayormente sensibles a trimetoprim-sulfametoxazol, tetraciclinas y ciprofloxacino. El género contiene 22 especies; *veronii*, *caviae*, *aquariorum*, *salmonicida* e *hydrophila* son las más comunes en humanos. La OMS las considera microorganismos de riesgo II. Generalmente la infección gastrointestinal es autolimitada y se presenta más en niños, en los que es la tercera causa de enfermedad diarreica. Produce una enterotoxina citolítica y una citotóxica capaz de causar daño tisular importante, secreción acuosa e incremento de la actividad de adenosín monofosfato. Puede afectar tejidos blandos y producir fascitis necrosante fatal o el sistema hepatobiliar, donde constituye la principal etiología de colangitis. Su identificación bioquímica es difícil, aunque actualmente existen perfiles fecales comerciales capaces de identificarla en 48 a 72 h.

## Diátesis hemorrágica en tubo digestivo bajo: proctitis nodular, inflamatoria, varice rectal, divertículos con riesgo de sangrado, ectasias vasculares y pólipos de colon transversal: caso clínico

Urbina-León D,<sup>1</sup> Ramírez-Amezcu FJ,<sup>2</sup> González-Cabrera JA,<sup>3</sup> Valdez-Serafín JA,<sup>6</sup> Chehade-Alvarado AE,<sup>5</sup> Moreno-Jiménez PI,<sup>5</sup> Moleres-Regalado S,<sup>4</sup> Gutiérrez-Alvarado R<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, México, D. F.

<sup>2</sup>Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital General Darío Fernández ISSSTE, México, D. F.

<sup>3</sup>Servicio de Coloproctología, Hospital General Darío Fernández, ISSSTE, México, D. F.

<sup>4</sup>Curso de alta especialidad de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, México, D. F.

<sup>5</sup>Servicio de Urgencias, Nuevo Hospital Obregón, México, D. F.

<sup>6</sup>Servicio de Cirugía General, Hospital General Darío Fernández, ISSSTE, México, D. F.



Ficha de identificación: Masculino 57 años, escolaridad secundaria, administrativo, católico, originario Hidalgo, residente México DF, casado, interrogatorio: directo. Antecedentes personales no patológicos: Dieta rica en fibra, consumo diario de frutas y verduras, 1.5 litros de agua/día desde hace tres años; anteriormente consumo rico en grasas, carbohidratos e irritantes. Sedentario. Convive con un perro fuera de casa. Personales patológicos: Alérgicos negados, quirúrgicos: plastia abdominal por diastasis de rectos hace tres años, colecistectomía laparoscópica hace cinco años, traumáticos negados, transfusionales negados, enfermedades negadas. Padecimiento actual: Inicia hace tres años con cambios en su hábito intestinal con estreñimiento con evacuaciones Bristol 4 anteriormente, cambiando a Bristol 2, dolor abdominal tipo cólico leve-moderado relacionado con la ingesta de grasas e irritantes, distensión abdominal, flatulencias, meteorismo. Hace un año presentó dos evacuaciones hematoquécicas abundantes, que cedieron de manera espontánea. Acude a clínica familiar indicándose antiparasitario y es enviado a un hospital general realizándose colonoscopia e identificándose pólipo en colon del cual se toma biopsia aparentemente con resultado negativo a malignidad. Se inicia tratamiento con trimebutina y antiespasmódico con mejoría. Hace un mes presentó episodios de dolor en fosa iliaca izquierda cólico moderado, acompañado de urgencia fecal, evacuaciones con moco y restos de sangre que se presentan una a dos veces por semana. Se envía a servicio de endoscopia para realización de estudio endoscópico.

Exploración física: 1.75 m, 73 kg, TA 110/70, FC 80, FR 20, temp. 36.5. Cabeza y cuello sin alteraciones, tórax sin alteración, abdomen con cicatriz suprainfraumbilical por cirugía de pared mencionada, así como cicatrices en epigastrio y flanco derecho pequeñas (0.5 cm) por cirugía laparoscópica, con dolor leve en fosa iliaca izquierda a la palpación profunda; exploración de genitales normal, tacto rectal sin tumoraciones palpables, la pared del recto se palpa granular, hay aumento en el tono del esfínter.

Diagnósticos clínicos: 1. Síndrome de colon irritable, 2. Sangrado de tubo digestivo bajo. 3. Pólipo de colon. 4. Colitis inflamatoria en estudio.

Colonoscopia: Recto: mucosa de aspecto granular grueso, presencia de múltiples varices en recto, proximales a línea dentada, tortuosas de 3 a 5 mm coloración violácea. Se toman biopsias. Sigmoides, colon descendente, y flexura esplénica: presencia de divertículos difusos de 3 a 5 mm de diámetro, presencia de algunas ectasias vasculares de 1 a 2 mm de diámetro.

Colon transversal y ángulo hepático: haustras conservadas, vascularidad en la mucosa aumentada, múltiples divertículos de 3 a 5 mm contiguos a vasos perforantes, presencia de tres pólipos de aspecto: dos sésiles de 5 mm de diámetro sésiles y un pólipo pediculado de superficie regular con pedículo largo de 1 cm. Se procede a resección con asa en frío de pólipo pediculado sin complicaciones. Ascendente y ciego: abundante materia fecal que impide visualizar la mucosa.

Diagnósticos colonoscópicos: 1. Proctitis nodular inflamatoria moderada. 2. Varices en recto. 3. Ectasias vasculares de colon descendente. 4. Diverticulosis de colon sigmoides descendente y transversal con riesgo de sangrado. 5. Pólipos en colon transversal. Sangrado de tubo digestivo bajo: La diverticulosis y las ectasias vasculares son las causas más comunes de sangrado digestivo bajo. Las varices rectales resultan de la dilatación venosa submucosa de la línea

dentada proximales hacia el recto, son colaterales porto-sistémicas y se presentan en 3.6% de los cirróticos; su sangrado es raro (1% a 8%) pero puede poner en riesgo la vida. Su tratamiento endoscópico no está bien establecido, hay reportes de ligaduras, esclerosis y quirúrgico con control vascular, TIPS y raramente colectomía.

## Enteroscopia por cápsula endoscópica en pacientes pediátricos. Serie de casos en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Valdez-Chávez LV,<sup>1</sup> Castañeda-Ortiz RA,<sup>2</sup> Espinosa-Rosas P,<sup>1</sup> Hernández-Vez G,<sup>1</sup> Waller-González LA<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Sección de Endoscopia Digestiva y Respiratoria Pediátrica, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, México, D. F.

<sup>2</sup>Curso de Endoscopia Digestiva y Respiratoria Pediátrica, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, México, D. F.

<sup>3</sup>Servicio de Endoscopia, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, México, D. F.

Introducción: La enteroscopia por cápsula endoscópica (ECE) como método diagnóstico en niños, a pesar de tener algunas restricciones técnicas, constituye una herramienta útil para el diagnóstico de alteraciones del intestino delgado. Las principales indicaciones incluyen: hemorragia de tubo digestivo de origen desconocido (HTDOD), dolor abdominal crónico, enfermedad de Crohn (EC), enfermedad celiaca, enteropatía perdedora de proteínas, poliposis familiares y no familiares, enteropatía cosinofílica, daño tisular secundario y tumores.

Material y métodos: Estudio retrospectivo mediante revisión de expedientes que incluyó a pacientes menores de 18 años a los cuales se realizó ECE en el CMN 20 de Noviembre del ISSSTE en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2010 y el 28 de junio de 2013.

Resultados: Se incluyeron 13 pacientes con edades entre nueve y 17 años (promedio, 13 años): seis masculinos y siete femeninos. Los diagnósticos de envío y los hallazgos en la ECE fueron los siguientes:

Uno con sospecha de EC, en el que no se completó estudio por lesión obstructiva. Cinco con HTDOD: uno con pólipos en íleon terminal, dos con hiperplasia nodular linfóide, uno con lesiones telangiectásicas en yeyuno y un hemangioma de íleon terminal. Dos con dolor abdominal crónico: uno con estudio normal y el otro con pseudopólipo en ciego.

Tres con síndrome de Peutz-Jeghers: uno con defectos de llenado en intestino delgado en estudio radiológico, en el que la ECE demostró pólipos en yeyuno e íleon terminal; dos con anemia: uno con pólipos en yeyuno e íleon terminal y el último con pólipos en estómago, yeyuno y válvula ileocecal.

Uno con antecedente de poliposis familiar múltiple con dolor abdominal, constipación y hematoquecia, con defectos de llenado en yeyuno; en la ECE encontramos lesión erosiva lineal en yeyuno e hiperplasia linfóide de íleon terminal.

Uno con poliposis juvenil en todo el colon, con ECE que reveló abundantes pólipos sésiles en íleon, colon ascendente y transversal. Discusión: Nuestra experiencia confirma que la ECE es una

herramienta diagnóstica útil en pacientes con sospecha de enfermedades del intestino medio en la infancia; sin embargo, en nuestro país su realización se ve limitada por la falta de dicho recurso aun en centros especializados y por la poca difusión de su utilidad en el ámbito pediátrico. Existen pocos reportes en la bibliografía internacional sobre el uso de ECE en población pediátrica. En la bibliografía nacional solo se encuentra en 2010 una serie de casos de niños con HTDOD.

## **Pólipos fibroideos inflamatorios del tracto gastrointestinal: espectro clínico. Serie de casos del INCMNSZ**

Romano-Munive AF,<sup>1</sup> Ramos-Martínez P,<sup>2</sup> Barreto-Zúñiga R

<sup>1</sup>Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D. F.

<sup>2</sup>Departamento de Patología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D. F.

<sup>3</sup>Departamento de Endoscopia, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D. F.

**Introducción:** Los pólipos fibroideos inflamatorios son neoplasias benignas mesenquimatosas que se originan en el tracto gastrointestinal; tienen una incidencia en extremo baja (0.1%). Los síntomas clínicos son heterogéneos y dependen fundamentalmente de la localización. La endoscopia revela una lesión submucosa y el diagnóstico definitivo se establece mediante histopatología. La mayor parte de los casos requiere tratamiento quirúrgico. El pronóstico es excelente a largo plazo.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo realizado en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ). Incluyó a los pacientes con diagnóstico histopatológico de pólipo fibroideo inflamatorio desde enero de 2001 a diciembre de 2011.

**Resultados:** Se encontraron seis casos. La edad media de los pacientes fue 40.5 años (rango de 19 a 56 años) y 83.3% lo constituyeron mujeres. La duración media de los síntomas fue de siete meses (rango de 0 a 12 meses). Los síntomas más frecuentes fueron pérdida de peso (n = 3), fiebre (n = 2), náuseas (n = 2) y vómito (n = 2). Tres pacientes cursaron con anemia ferropénica. Dos casos se presentaron con intususcepción. La localización de los pólipos fibroideos inflamatorios fue la siguiente: esófago (n = 1), estómago (n = 2), intestino delgado (n = 2) y colon (n = 1). El abordaje se realizó mediante panendoscopia (n = 3), colonoscopia (n = 2), tomografía computarizada (n = 5) y ultrasonido endoscópico (n = 1). El tratamiento fue quirúrgico en cinco pacientes, sólo un caso requirió polipectomía en asa. Todos los sujetos se encuentran vivos y asintomáticos al seguimiento.

**Conclusión:** Los pólipos fibroideos inflamatorios son en extremo raros en nuestra población, suelen presentarse con pérdida de peso y anemia ferropénica, se localizan con mayor frecuencia en estómago e intestino delgado, requieren un abordaje multidisciplinario y su pronóstico es excelente. La presente es la serie de casos más grande de pólipos fibroideos inflamatorios que se ha reportado en población mexicana.

## **Caracterización endoscópico-histológica del cáncer gástrico en panendoscopias diagnósticas realizadas en el Centro Médico ISSEMYM Toluca. Experiencia de 11 años**

Anzástiga DDA, Rosales SAA, González HMS, Miranda CRM, Hinojosa RA, Sánchez FG, Carrillo PC

Servicio de Endoscopia, Centro Médico ISSEMYM Toluca, Metepec, Estado de México

**Introducción:** El cáncer gástrico es uno de los tumores más frecuentes: constituye la segunda causa de muerte por cáncer a nivel mundial. En México, según INEGI año 2012, fue la tercera causa de muerte en mujeres después del cáncer de mama y el cervicouterino y en hombres después del cáncer de próstata y el pulmonar. El Centro Médico ISSEMYM es un hospital de concentración que atiende a trabajadores gubernamentales del Estado de México; su departamento de endoscopia ha realizado 20 034 panendoscopias desde 2003.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia y características del cáncer gástrico en endoscopias diagnósticas realizadas en el Centro Médico ISSEMYM (2003-2013) con confirmación histológica.

**Material y método:** Estudio retrospectivo, serie de casos consecutivos. Se revisó la base de datos de endoscopia para recolectar datos de pacientes con reporte de cáncer gástrico o probable cáncer gástrico y se incluyeron los casos confirmados histológicamente. Se utilizó estadística descriptiva.

**Análisis:** En las 20 034 pandendoscopias se identificaron 135 pacientes con hallazgos macroscópicos de cáncer gástrico, 20 de los cuales se excluyeron por no contar con datos completos. El estudio incluyó a 84 pacientes: 34 mujeres (40.4%) y 50 (59.6%) hombres, con edad promedio de 58.97 años (rango 27-88). Hallazgos histopatológicos: adenocarcinoma tipo difuso: 28; adenocarcinoma tipo intestinal: 26; adenocarcinoma no clasificado: 19; linfoma gástrico: seis; adenocarcinoma mixto: dos; neoplasia estromal: uno; adenocarcinoma papilar: uno, y metástasis hepática: una. Pobremente diferenciados, 11; 19 moderadamente diferenciados y uno bien diferenciado. Clasificación macroscópica Borrmann I: 11; Borrmann II: 11; Borrmann III: 43; Borrmann IV: 18; Borrmann V: 1. Por año, 2003: 12 (14.2%); 2004: 5 (5.9%); 2005: 6 (7.1%); 2006: 10 (11.9%); 2007: 7 (8.6%); 2008: 8 (9.5%); 2009: 6 (7.1%); 2010: 10 (11.9%); 2011: 5 (5.9%); 2012: 12 (14.2); 2013: 3 (3.5%). Localización: cuerpo: 38 casos; antro: 11, extenso (más de tres zonas): 11; fondo: 9; unión esófago-gástrica: 7; píloro: 4, e incisura angularis: 4.

**Conclusiones:** La población estudiada es una muestra representativa del Estado de México. Se encontró cáncer gástrico confirmado por histología en 0.41% (84 casos de 20 034 panendoscopias), el promedio de edad fue 58.9 años con predominio del sexo masculino, así como de Borrmann III en términos macroscópicos; 2003 y 2012 fueron los años con mayor número de pacientes diagnosticados. La frecuencia de cáncer gástrico en este estudio coincide con lo descrito en la bibliografía internacional. Observamos un leve predominio de adenocarcinoma de tipo difuso de acuerdo con la clasificación de Lauren, el cual se considera de peor



pronóstico. Todas las lesiones identificadas fueron cánceres localmente avanzados.

## Estreñimiento e incontinencia: ¿hiposensibilidad rectal?

Huete-Sandoval GA,<sup>1</sup> Suárez-Morán E,<sup>2</sup> Vargas-Bravo CA<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Motilidad Gastrointestinal, Hospital Español, México, D. F.

<sup>2</sup>Laboratorio de Fisiología Digestiva y Endoscopia, Departamento de Gastroenterología, Hospital Español. Curso de Alta Especialidad: Motilidad Gastrointestinal, UNAM, México, D. F.

<sup>3</sup>Servicio de Cirugía General, Hospital ISSEMYM, Estado de México

**Introducción:** La percepción sensorial intacta es esencial para mantener la continencia y evacuación normales. En cambio, la hiposensibilidad rectal (HR) se ha reportado en 60% de los pacientes con trastornos anorrectales y el mecanismo subyacente no se conoce.

**Objetivo:** Valorar cambios de los reflejos recto-anal contráctil y sensorial motor en pacientes referidos por estreñimiento e incontinencia fecal y compararlos con un grupo control sano.

**Material y método:** Se revisaron todas las manometrías anorrectales realizadas de 2010 a 2012 por estreñimiento (n = 11) e incontinencia (n = 17), se seleccionaron las que cumplían con los criterios de inclusión (n=28) y se agregaron 14 pacientes sanos.

**Resultados:**

**Sujetos:** Un total de 42 pacientes con edad promedio de 53.5 años (rango, 17-94 años); mayor número de mujeres que de varones (66.7 y 33.3%)

**Sensación rectal:** Los datos obtenidos del umbral sensorial al inducir la primera sensación, la sensación de evacuar y la urgencia de defecar fue menor en pacientes sanos en relación con los enfermos, con significancia estadística para todos los casos. ( $p$  = significativa; prueba ANOVA).

**Reflejo recto-anal contráctil (RRAC) y reflejo sensorial motor (RSM):** El RRAC estuvo presente en todos los pacientes explorados, a menor volumen en pacientes sanos en comparación con los enfermos ( $p$  = significativa; prueba ANOVA). El RSM estuvo presente en todos los pacientes explorados a excepción de algunos incontinentes. La ausencia del reflejo se asoció con hiposensibilidad ( $p$  = significativa; prueba ANOVA).

**Conclusión:** Los pacientes con estreñimiento e incontinencia son hiposensibles y tienen alteración de los RRAC y RSM.

## Cáncer de colon en un paciente de 19 años. Informe de un caso

Huete-Sandoval GA,<sup>1</sup> Manrique MA,<sup>2</sup> Chávez García MA,<sup>2</sup> Vargas-Bravo CA<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Motilidad Gastrointestinal, Hospital Español, México, D. F.

<sup>2</sup>Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Juárez de México, México, D. F.

<sup>3</sup>Servicio de Cirugía General, Hospital ISSEMYM, Estado de México

**Introducción:** El cáncer de colon es la segunda causa de muerte relacionada con cáncer en Estados Unidos y la tercera neoplasia más común en el mundo.

El cáncer de colon en pacientes pediátricos y adolescentes es una enfermedad neoplásica rara: su incidencia es de 1/1 000 000, es decir 100 casos por año en menores de 20 años.

**Presentación del caso:** Adolescente de 19 años sin antecedentes patológicos ni familiares de importancia. Acude por dolor abdominal en cuadrante inferior izquierdo de cuatro meses de evolución y pérdida de peso de 20 kg; evacuaciones melénicas en escóbalos, no dolorosas, con moco; astenia, adinamia, hiporexia y plenitud temprana.

Muestra palidez marcada en piel y mucosas, sin adenomegalias, abdomen globoso a expensas de ascitis, peristalsis presente, doloroso a la palpación en fosa iliaca izquierda, sin irritación peritoneal. En el tacto rectal no hay restos hemáticos.

La TAC de abdomen muestra engrosamiento de la pared del colon, a nivel aproximado de la unión del colon descendente al sigmoide de 20 mm con disminución de la luz que fuerza de manera homogénea, sin infiltración a órganos vecinos o metástasis. Ascitis abundante.

Histológicamente se reporta como foco microscópico de adenocarcinoma mucoproducente. Se realizó cirugía de urgencia en vista de que el paciente presentó abdomen agudo quirúrgico obstructivo con hallazgos de carcinomatosis peritoneal diseminada, neoplasia de aspecto maligno en colon izquierdo y estenosis secundaria a nivel de la unión de colon y sigmoides. Se realizó colostomía de Hartmann y toma de biopsias.

La colonoscopia reporta lesión elevada en la unión del colon descendente con el sigmoide, infiltrante, de aspecto maligno, mucosa irregular, friable, que estenosa 90% de la luz intestinal, de aspecto maligno, que no permite el paso del endoscopio.

**Discusión:** El cáncer colorrectal ocupa el segundo lugar en mortalidad por cáncer en México. Durante la infancia y la adolescencia es un problema extremadamente raro: 100 casos por año en menores de 20 años en Estados Unidos. El antígeno carcinoembrionario muestra elevaciones séricas, los estudios de imagen como endoscopia (colonoscopia), colon por enema, tomografía axial computarizada y resonancia magnética son útiles para obtener una localización más exacta del tumor, dimensiones, origen, localización de posibles metástasis principalmente a pulmón y hueso.

En cuanto al tratamiento, la resección quirúrgica es la mejor opción en estadios tempranos. La quimioterapia y la radioterapia son tratamientos que se utilizan dependiendo de la fase clínica del tumor según las clasificaciones de Dukes, UICC y AJCC. Los fármacos más usados son 5-fluoruracilo, ácido folínico, irinotecan y oxaliplatino. En niños y adolescentes que presentan hemorragia rectal con dolor abdominal inexplicable debe llevarse a cabo una evaluación colorrectal y realizarse una colonoscopia para llegar a un diagnóstico temprano.

## Síndrome anémico secundario a hemangioma cavernoso de intestino delgado diagnosticado por cápsula endoscópica en paciente pediátrico. Reporte de caso y revisión de la literatura

Hernández-Vez G,<sup>1</sup> Castañeda-Ortiz RA,<sup>1</sup> Espinosa-Rosas Plácido,<sup>1</sup> Jiménez-Urueta PS,<sup>2</sup> Valdez-Chávez LV,<sup>1</sup> Hernández-Camet E,<sup>2</sup> Waller-González LA<sup>3</sup>





<sup>1</sup>Sección de Endoscopia Digestiva y Respiratoria Pediátrica, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, México, D. F.

<sup>2</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, México, D. F.

<sup>3</sup>Servicio de Endoscopia, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, México, D. F.

Niña de 10 años de edad que se presenta en la consulta externa con síndrome anémico de cinco años de evolución, con antecedente de cirugía abdominal al mes de edad no especificada. Inicialmente se realizó abordaje diagnóstico en busca de una enfermedad hematológica, lo que resultó negativo. Sin evidencia de otras manifestaciones, se inició tratamiento con hematínicos. Por falta de mejoría a pesar de tratamiento se amplió el abordaje en busca de pérdidas sanguíneas gastrointestinales; se realizó tránsito intestinal, que mostró defectos de llenado, panendoscopia con datos de esofagitis y gastritis, y colonoscopia normal, así como gammagrama con eritrocitos marcados con Tc 99m sin evidencia de hemorragia. Por defectos de llenado en tránsito se practicó el estudio de cápsula endoscópica, la cual mostró una zona de estrechez cerca de la válvula ileocecal que no permitió el paso por un tiempo mayor de 12 h; no se llegó al diagnóstico. Siete años después del inicio del padecimiento, sin evidenciar nunca mejoría de la anemia, por primera vez presentó sangrado de tubo digestivo bajo, por lo que se retomó el abordaje de estudio. Se hizo enteroscopia de doble balón, la cual reportó una lesión ulcerosa a nivel yeyunal. El manejo médico no fue exitoso por persistencia de la hemorragia, motivo por el que se repitió un segundo estudio de enteroscopia por cápsula endoscópica, en la que se observó una imagen violácea en íleon distal que resultó ser un hemangioma cavernoso, que fue resecado de forma videoasistida por mínima invasión. Los hemangiomas del intestino delgado son una patología rara. Su diagnóstico es en extremo difícil y por lo general se establece durante la cirugía. La cápsula endoscópica es una herramienta que puede optimizar el diagnóstico preoperatorio y facilitar el diagnóstico en pacientes en quienes no es evidente el sitio de pérdida sanguínea a nivel intestinal o en quienes la única manifestación es anemia crónica. La paciente permaneció siete años sin diagnóstico; sin embargo, finalmente se logró identificar la lesión y resolverla por medios quirúrgicos. Hasta el momento actual se encuentra asintomática. Aseveramos la utilidad de la enteroscopia por cápsula en el paciente pediátrico.

## Uso y abuso de los estudios endoscópicos de tubo digestivo alto en el Hospital General de Tijuana

Chávez GC

Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital General de Tijuana, SSA, Tijuana, Baja California

Con la finalidad de señalar la importancia de la evaluación clínica integral en pacientes a los que se les solicitó estudio endoscópico alto en el Hospital General de Tijuana, se revisaron los diagnósticos de envío y los hallazgos endoscópicos de los estudios realizados en el periodo que comprende del 1 de enero de 2003 al 28 de junio de 2013 (9 años y medio).

Durante ese periodo se efectuaron en total 6 488 estudios endoscópicos (promedio de 683 estudios por año, con rangos de 271 a 893), de los cuales 4 217 (65% del total) fueron de tubo digestivo alto.

Los diagnósticos de envío más frecuentes fueron sangrado de tubo digestivo alto (62%, 2 615), enfermedad ácido péptica (16%, 675) y enfermedad por reflujo gastroesofágico (14%, 590); el restante 8% (337) comprendió una serie de enfermedades variadas.

De los 4 217 estudios, 42% (1 771) fueron solicitados por el servicio de urgencias, 11% (464) por diferentes servicios en pacientes hospitalizados y 47% (1 982) provenía de la consulta externa de los distintos servicios del hospital.

De las 1 771 endoscopias practicadas a solicitud del servicio de urgencias, 59% (1 045) se reportó normal; solo 41% (726) presentaba alguna patología.

En lo relativo a estudios de pacientes hospitalizados en los diferentes servicios, 34% (158) se reportó normal, con 66% de los pacientes (306) con patología.

Del total de estudios de consulta externa de los diversos servicios del hospital (1 982), 52% de los mismos se reportó normal (1 031), con el restante 48% (981) presentando patología.

La suma de los resultados nos describe que de forma global solo en 47.7% (2 013 de 4 217) de los estudios endoscópicos altos realizados en el Hospital General de Tijuana del 1 de enero de 2003 al 28 de junio de 2013 se encontró un hallazgo patológico.

Lo anterior nos deja 52.3% (2 254 estudios) de endoscopias altas realizadas a pacientes sanos (sin patología de tubo digestivo alto detectable).

Conclusión: En el Hospital General de Tijuana se está abusando de la solicitud de estudios endoscópicos altos, ya que en más de la mitad de los que se realizan no se encuentra enfermedad alguna. El porcentaje más alto de estudios negativos para patología corresponde al servicio de urgencias, lo que puede indicar una evaluación clínica inadecuada de los pacientes.

## Linfoma NK/T en esófago: reporte de caso

Pineda-Figueroa LD, González-Fernández C, Salas-Lozano N, Brito-Lugo P, Mira-Silva J, Carballo-Zárate A, Reynoso-Gómez E

Hospital Español de México, México, D. F.

El linfoma de células T-NK extraganglionar tipo nasal con localización gastrointestinal es raro. Hasta ahora no se han registrado en la literatura linfomas T-NK con localización esofágica como el presentado. El curso clínico es agresivo, con sintomatología relacionada con el efecto de masa del tumor. La lesión endoscópica fue lesión ulcerativa en tercio esofágico interior. El diagnóstico de este tipo de tumor es un reto.

## Rendimiento diagnóstico de la nasoendoscopia en la detección de várices esofagogástricas en población mexicana

Cerna-Cardona J, Manrique-Martin A, Chávez-García MA, Hernández-Velázquez NN, Pérez-Corona T, Gómez-Peña Alfaro NS, Pérez-Valle E, Espino-Cortes H, González-Angulo JA, Uriegas-de las Fuentes A





Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Juárez de México, México, D. F.

**Antecedentes:** El escrutinio de várices esofágicas en el contexto del paciente con cirrosis hepática es obligatorio. El estándar de oro actual es la esofagogastroduodenoscopia. Los nuevos endoscopios ultradelgados tienen un rendimiento diagnóstico similar al estándar de oro, son más tolerables y con menor tasa de efectos colaterales.

**Objetivo:** Determinar el rendimiento diagnóstico de la nasoendoscopia en la detección de várices esofagogástricas en pacientes con cirrosis hepática.

**Materiales y métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo, transversal, analítico. Se incluyó a un total de 30 pacientes con cirrosis hepática y presencia de várices esofagogástricas y/o gastropatía hipertensiva portal mediante EGD de abril a junio 2013. La nasoendoscopia se realizó 7 a 15 días después de la EGD previo consentimiento informado. Criterios de exclusión: enfermedad cardiopulmonar avanzada, hemorragia digestiva alta reciente, obstrucción nasal y/o traumatismo facial, uso de anticoagulantes. Se recolectó información de variables demográficas, resultados de nasoendoscopia y EGD, estadificación CHP y MELD mediante una ficha de recolección de datos. Se aplicó cuestionario para valorar aceptabilidad y tolerabilidad de ambos procedimientos. Para el análisis se utilizó la estadística descriptiva analítica e inferencial con Statistic 8.0.

**Resultados:** 30 pacientes incluidos (2 excluidos): 57.1% mujeres y 42.9% hombres; media de edad, 54 años (SD +12.17); 50% CHP A, 42.9% CHP B y 7.1% CHP C; media de puntaje MELD, 12. Las etiologías más frecuentes de la cirrosis fueron etílica (57.1%) y VHC (28.6%). La nasoendoscopia detectó várices esofágicas con sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) de 100% (IC 95%), coeficiente de correlación de Pearson de 1; várices gástricas: S, 80%; E, 100%; VPP, 100%, y VPN, 96% (IC 95%); y gastropatía hipertensiva portal: S, 81%; E, 100%; VPP, 100%, y VPN, 64% (IC 95%). La nasoendoscopia fue mejor tolerada y aceptada por el paciente que la endoscopia convencional ( $p = 0.001$ ). La tasa de efectos indeseables en la nasoendoscopia fue menor comparada con la EGD ( $p = 0.003$ ).

**Conclusiones:** La nasoendoscopia es un procedimiento con rendimiento diagnóstico similar a la EGD en el escrutinio de várices esofagogástricas y se relaciona tanto con una mayor tasa de tolerabilidad y aceptabilidad por el paciente como con menor número de efectos adversos. Una limitante de nuestro estudio es el tiempo y número de pacientes incluidos, por lo que es deseable incrementar el tamaño de la muestra para obtener datos concluyentes.

## **Evaluación endoscópica, histológica y manométrica de esofagitis eosinofílica (EEo): seguimiento en el tiempo de un caso y revisión de la literatura**

González-Fernández C,<sup>1</sup> Salas-Lozano N,<sup>1</sup> Pineda-Figueroa L,<sup>1</sup> Zarate-Orsorio A,<sup>2</sup> García-Menéndez A<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Gastroenterología, Hospital Español de México, México, D. F.

<sup>2</sup>Servicio de Patología, Hospital Español de México, México, D. F.

<sup>3</sup>Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Español de México, México, D. F.

Masculino de 26 años cuyo padecimiento inició hace nueve años cuando acudió al servicio de urgencias por referir sensación de cuerpo extraño a nivel de la horquilla esternal después de la ingesta de antibiótico, con náuseas, disfagia a sólidos y líquidos, y sialorrea. Es alérgico a mostaza, soya, jitomate y manzana.

A su llegada se realiza laringoscopia, la cual es normal y se procede a sala de endoscopia; se observa cuerpo extraño impactado a nivel de tercio inferior de esófago, el cual se extrae en fragmentos. A los dos meses, persiste con disfagia a sólidos, pirosis y regurgitación ácida; se realiza nuevo estudio endoscópico que muestra esófago traquealizado, surcos lineares hasta el tercio medio de esófago y úlcera Forrest III en duodeno. Se toman biopsias de esófago que reportan esofagitis eosinofílica (EEo) y se inicia tratamiento con fluticasona vía oral, dos disparos cada 12 h, y dieta de eliminación dirigida. Durante su curso clínico se somete a prueba en parche para descartar alergias y manometría esofágica con aperistalsis segmentaria; también se efectúan varios estudios endoscópicos por síntomas de reflujo gastroesofágico, observando cambios morfológicos en la mucosa esofágica.

La EEo es una condición crónico-inflamatoria de disfunción esofágica e infiltrado eosinófilo en ausencia de otras causas potenciales de eosinofilia. La patogénesis involucra factores ambientales y genéticos, los cuales estimulan la respuesta inmune de linfocitos T-helper (Th)-2. Los síntomas, la expresión de genes anormales y la patología son reversibles al retirar los alimentos alérgenos y administrar terapia antiinflamatoria.

## **Factores asociados con buena respuesta de la proctopatía secundaria a radioterapia tratada con argón plasma**

Zamora-Lizano J, Ramírez-Solís ME, Hernández-Guerrero A, Alonso-Lárraga JO, De la Mora-Levi JG, Sánchez-del Monte J

Unidad de Endoscopia Digestiva, Instituto Nacional de Cancerología, México, D. F.

**Antecedentes:** La proctitis crónica por radiación es una complicación que ocurre hasta en 20% de los pacientes que reciben radioterapia por enfermedades malignas de la pelvis. Los efectos de la radioterapia pélvica son acumulativos, progresivos e impredecibles. Las principales complicaciones que afectan la calidad de vida del paciente son la rectorragia y el dolor pélvico. Hay diversas modalidades terapéuticas disponibles para controlar estas complicaciones. Estos tratamientos son los esteroides tópicos como la budesonida, el oxígeno hiperbárico, la fotocoagulación con argón y la aplicación de mesalazina.

**Objetivo:** Hacer un análisis comparativo entre las diferentes estrategias utilizadas y determinar los factores asociados con mala respuesta al tratamiento endoscópico con argón plasma en nuestra experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan).



**Resultados:** Se analizaron de forma retrospectiva 40 pacientes que recibieron argón plasma por proctitis posradiación en el servicio de endoscopia en el INCa.

**Conclusiones:** Se encontró que los factores asociados con mala respuesta al tratamiento con argón plasma son el estadio IIb del cáncer cervical uterino y el grado IV de proctopatía por radiación.

