

XLII Reunión Nacional de Endoscopia 2014

Trabajos cartel

Extracción endoscópica de cuerpo extraño en tubo digestivo alto, experiencia de dos años en el Hospital 1º de Octubre del ISSSTE

Solorio-González A, Torices-Escalante E, Domínguez-Camacho L

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

Introducción: Un cuerpo extraño se define como cualquier objeto o alimento que se ingiere de manera accidental o voluntaria y que se detiene en la vía digestiva alta provocando alteraciones en la deglución.

Objetivo: Realizar una comparación de los distintos grupos de edades así como las zonas afectadas y el tipo de cuerpo extraño de los pacientes atendidos por el Servicio de Endoscopia de nuestro hospital.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo en el Servicio de Endoscopia Gastrointestinal del Hospital Regional 1º de Octubre del ISSSTE entre el 1 de junio de 2012 al 1 de junio de 2014, la población de estudio fueron pacientes a los que se les realizó endoscopia digestiva alta con extracción de cuerpo extraño. Las variables a analizar fueron género, edad, sitio de implantación del cuerpo extraño, así como las complicaciones que se presentaron durante el procedimiento endoscópico.

Resultados: Durante el periodo del estudio en el Servicio de Endoscopia Gastrointestinal se realizaron 39 endoscopias por cuerpo extraño de los cuales 10 (74.35%) fueron hombres y 29 (25.65%) mujeres. Las edades abarcaron rangos de cuatro a 68 años con una media de edad de 44 y mediana de 58. En cuanto al género las edades fueron de seis a los 83 años para el sexo femenino con media de 51.31 años y para el sexo masculino fue de cuatro a 86 años con media de 23.8 años presentándose la mayor frecuencia en la cuarta década de la vida en mujeres y en la primera década en hombres. En cuanto al sitio donde se encontró el cuerpo extraño el más frecuente fue el tercio medio esofágico con 18 casos (46.15%), el cricofaríngeo seis (15.38%), tercio proximal tres (7.69%),

tráquea tres (7.69%), antro gástrico tres (7.69%), hipofaringe dos (5.12%), tercio distal dos (5.12%), cardias uno (2.56%), bulbo duodenal uno (2.56%). En cuanto a los objetos encontrados los más frecuentes fueron prótesis dentales 17 (43.58%), moneda siete (17.94%), hueso de pollo tres (7.69%), seguro tres (7.69%), espina de pescado dos (5.12%), carne uno (2.56%), alfiler uno (2.56%), botón uno (2.56%), palillo uno (2.56%), pieza dental uno (2.56%) y tapón de plástico uno (2.56%). En todos los casos la extracción se realizó de manera satisfactoria y sin complicaciones.

Conclusión: La ingesta de cuerpos extraños es una urgencia endoscópica frecuente, la cual requiere de atención inmediata para evitar complicaciones mayores, siendo los grupos con mayor susceptibilidad los menores de 10 años y los mayores de 50 por lo que el endoscopista debe estar capacitado para realizar la extracción de manera satisfactoria y reducir el riesgo de complicaciones al mínimo.

Acalasia cricofaríngea, presentación de un caso

Rodríguez-Chávez JL, Castañeda-Huerta ND, Álvarez-López F, Velarde Ruiz-Velasco JA, Suárez-Morán E, Pineda-Figueroa LD

Servicio de Gastroenterología. Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde”. Guadalajara, Jal.

Introducción: La disfunción del músculo cricofaríngeo o acalasia cricofaríngea provoca síntomas constrictivos en la región del esfínter esofágico superior (EES) debido a la relajación inadecuada durante la deglución y puede asociarse a divertículo de Zenker. La prevalencia se estima inferior al 5% de los trastornos del EES. El diagnóstico se basa en la videorradioscopia y visualización endoscópica, y aunque la manometría no constituye una prueba segura la detección de gradientes transesfinterianos elevados apoya el diagnóstico. No existe tratamiento farmacológico y la miotomía representa el tratamiento de elección. Otras medidas como dilatación o inyección de toxina botulínica tienen pocos efectos duraderos. Tras la miotomía la disfagia remite en la mayoría de los casos.



Objetivo: Revisar la literatura actual de la acalasia cricofaríngea como causa rara de disfagia, basada en la presentación de un caso clínico del tal Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde” en Guadalajara, Jal.

Material y métodos: Se incluye el caso de un paciente que acudió a nuestro hospital por disfagia orofaríngea y pérdida de peso. En el abordaje se le realiza estudio endoscópico, videomecánica de deglución y manometría esofágica. Basado en los hallazgos se realiza el diagnóstico de acalasia cricofaríngea y se continua el tratamiento dirigido a corregir la causa subyacente.

Resultados: Masculino de 28 años que inicia cinco años previos de manera súbita con disfagia orofaríngea a alimentos sólidos y líquidos, en ocasiones recurriendo a provocarse el vómito para aliviar los síntomas, así como pérdida de peso de 16 kg. Antecedentes de enfermedades crónicodegenerativas, hospitalizaciones o cirugías previas, ingesta de alcohol, medicamentos, tabaquismo o toxicomanías negados. TA 120/70 mmHg, FC 100x', con hábito ectomórfico, cavidad oral sin lesiones, neurológicamente sin alteraciones, adecuada coloración de piel, sin evidencia de tumoreaciones en cuello, cardiorrespiratorio y abdomen normales. Hb 13.7 g/dl, leucocitos 3.49/ul, plaquetas 252,000, Glu 112 mg/dl, Cr 0.7 mg/dl, Alb 3.4 g/l. Se inicia manejo con líquidos IV y nutrición parenteral. Se realiza estudio endoscópico el cual presenta hallazgos normales, notando dificultad para el paso del endoscopio a nivel del EES. Videomecánica de la deglución con alteración en el transporte faringoesofágico y persistencia del medio de contraste en valéculas y senos piriformes. Manometría esofágica con un EES hipertónico, presión de reposo de 135 mmHg y falta de relajación completa. Se descarta mediante estudios serológicos, tomográficos y de resonancia magnética patologías metabólicas, neuromusculares, de cuello y tórax. Se concluye el diagnóstico de acalasia cricofaríngea y se realiza abordaje quirúrgico mediante miotomía del músculo cricofaríngeo con evolución posterior satisfactoria.

Conclusiones: A pesar de su baja prevalencia, la acalasia cricofaríngea es una causa importante de morbimortalidad, que puede ocasionar deshidratación, desnutrición, neumonía por aspiración y obstrucción de la vía aérea. Descartar las causas orgánicas es parte fundamental en el diagnóstico que conllevará entre otros tratamientos al de primera elección, la intervención quirúrgica, con buenos resultados en la mayoría de los pacientes.

Miotomía cricofaríngea endoscópica para el tratamiento de divertículo de Zenker recurrente. Reporte de caso en el Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Regional 1º de Octubre del ISSSTE

Jaén-López JG, Domínguez-Camacho L, Torices-Escalante E
Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Regional 1º de Octubre, ISSSTE, México, D.F.

Antecedentes: La primera descripción del divertículo hipofaríngeo se le atribuye a Abraham Ludlow en 1764. Sir Charles Bell describió en 1816 dos componentes para el desarrollo de éste, la

falta de coordinación motora entre el músculo constrictor inferior de la faringe y el cricofaríngeo y la existencia de un defecto anatómico entre estos músculos. En 1877, el físico alemán Albert describió la patología del divertículo que lleva su nombre. El cirujano William I Wheeler realizó la primera resección exitosa del divertículo en el año 1886. El divertículo de Zenker representa del 60% al 65% de todos los divertículos esofágicos y es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino. Es adquirido e inusual antes de los 30 años de edad. Aproximadamente 50% ocurre entre la séptima y octava décadas de la vida. Se ha definido que la patología primaria del desarrollo del divertículo es una incoordinación en la función cricofaríngea, debido a cambios estructurales del esfínter esofágico superior que determinan un pobre cumplimiento del mismo. El síntoma más común es la disfagia, otros incluyen regurgitación de alimentos semidigeridos, halitosis, dolor al deglutar, tos, dolor en cuello, pérdida de peso y signo de Boyce. La neumonitis por aspiración es la complicación más frecuente, seguida de la perforación y conlleva riesgo de desarrollar carcinoma escamoso. El diagnóstico se realiza con fluoroscopia, pruebas de función motora esofágica y panendoscopia. El tratamiento de elección es la diverticulectomía y miotomía cricofaríngea. La recurrencia de esta patología alcanza un 16%, siendo la miotomía cricofaríngea suficiente para su manejo.

Conclusiones: El divertículo de Zenker es un divertículo por pulsión. El síntoma más común es la disfagia, para realizar el diagnóstico adecuado nos valemos de estudios contrastados del esófago y endoscopia. El tratamiento adecuado es la diverticulectomía y miotomía del cricofaríngeo. El tratamiento endoscópico es otra opción de tratamiento y suficiente para la recurrencia. Caso clínico: Mujer de 74 años de edad, diabética e hipertensa, miotomía cricofaríngea cuatro años previos. Sintomatología de un año de evolución, caracterizada por disfagia alta a alimentos sólidos, regurgitación de alimentos semidigeridos y signo de Boyce. Estudios de laboratorio normales. La panendoscopia reporta adyacente al esfínter esofágico superior un divertículo de 3 cm con presencia de material hialino en su interior y entrada a tercio esofágico superior sin dificultad. Se procede a realizar nueva miotomía, introduciendo guía metálica hacia antrum gástrico seguida de dilatador Savary Guilliard 7 fr para ferulizar, se continua con miotomía con *knidde knife* de 1.5 cm, obteniendo adecuada relajación local, hemostasia, dando por terminado procedimiento sin complicaciones. Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Abordaje híbrido para el tratamiento de la acalasia en el Hospital General de Zona No. 194, IMSS

Jiménez-Cárdenas A, Carvajal-Vega C, Delgado-Cuenca A, Casimiro-Dorantes J, Alpizar-Cárdenas E, García-Márquez J, García-Martínez S

Hospital General de Zona No. 194, IMSS

Objetivo: Describir los resultados del tratamiento híbrido (laparoscopia-endoscopia), de la acalasia en el Hospital General de Zona No. 194 del IMSS.

Material y métodos: Estudio observacional, retrolectivo. Se valoró en los cuatro casos la disfagia progresiva y pérdida de peso, el



esofagograma y la endoscopia mostraron los hallazgos habituales de la acalasia, misma que fue corroborada por manometría. Se realizó miotomía de 10 cm de longitud bajo visión directa endoscópica, con funduplicatura anterior por laparoscopia, se presentó una perforación de la mucosa esofágica que se suturó sin la necesidad de convertir.

Resultados: Se incluyeron cuatro pacientes, todos con tratamiento combinado, 0% de conversión, no hay mortalidad, no se ha presentado disfagia posoperatoria, los pacientes refieren estar satisfechos con el procedimiento, el tiempo quirúrgico en promedio es de 40 min, sangrado escaso, se presentó perforación advertida vía endoscopia y reparación laparoscópica.

Conclusiones: La miotomía de héller laparoscópica acompañada de manejo endoscópico puede ser realizada de manera segura, efectiva y rápida mediante el tratamiento conjunto. El manejo conjunto de la acalasia es seguro y efectivo, como se observó en la complicación presentada, pensamos que debe ser considerado como tratamiento de primera línea antes de recurrir a otras alternativas no invasivas y hasta que se obtenga más información y experiencia en la miotomía endoscópica. Son necesarios estudios prospectivos que permitan determinar los aspectos favorables de la técnica combinada.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico, diagnóstico endoscópico y su relación con los grados de obesidad

Jiménez-Cárdenas A, Carvajal-Vega C, Delgado-Cuenca A, Casimiro-Dorantes J, Alpizar-Cárdenas E, García-Márquez J, García-Martínez S

Servicio de Endoscopia, Hospital General de Zona No. 194, IMSS

La obesidad se define como un índice de masa corporal $> 30 \text{ kg/m}^2$, y México se ha convertido en un problema prioritario de salud pública.

Objetivo: Determinar la relación de los grados de obesidad y la enfermedad por reflujo con diagnóstico clínico y endoscópico.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y longitudinal donde se incluyeron 800 pacientes que acudieron a la consulta de endoscopia, de los cuales el 60% presentaban diagnóstico clínico de enfermedad por reflujo y el 65% diagnóstico anatomo-patológico y endoscópico de enfermedad por reflujo gastroesofágico de mayo de 2012 a mayo de 2013, de los cuales 448 fueron del sexo femenino representando el 80% de la muestra y 112 del sexo masculino representando el 20%. Se realizó una revisión de los expedientes de los pacientes de donde se extrajo la información con respecto a los grados de obesidad y síntomas de reflujo.

Resultados: De los 800 pacientes incluidos en el estudio, el 72% presentaron hernia hiatal como diagnóstico endoscópico y referían síntomas de enfermedad por reflujo. El hallazgo endoscópico de esofagitis, según la clasificación de Savary Miller, fue de grado I: 63%; II: 22%; III: 11%; IV: 4%. En base a grados de obesidad y esofagitis: Sobre peso: 20%, Obesos: 40%, Obeso severo: 70% y Obeso mórbido: 95%.

Conclusiones: De acuerdo a pruebas estadísticas, resultados endoscópicos y su relación con el IMC se puede inferir que a mayor grado de obesidad es mayor el factor de riesgo para desarrollar enfermedad por reflujo gastroesofágico y hernia hiatal.

Análisis discriminante de escalas pronósticas para determinar mortalidad en hemorragia digestiva variceal

López-Luria LA, Martínez-Ramírez G, Mejía-Loza S, Juárez-Valdés E, Zamarripa-Dorsey F

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

Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA) es una de las principales complicaciones en pacientes con insuficiencia hepática (IH). Se han diseñado diversos sistemas de puntuación para estratificar el riesgo de mortalidad y resangrado. Muchas de ellas capaces de predecir resangrado, mortalidad, tratamiento endoscópico, transfusión de paquetes globulares, costos y días de estancia hospitalaria. Las escalas de Child y MELD son empleadas para determinar mortalidad en pacientes con IH. Es importante contar con una herramienta que determine de una manera exacta el grupo de pacientes que tienen mayor riesgo de complicaciones, mortalidad y resangrado. El poder predecir qué pacientes se encuentran dentro del grupo de elevada o baja mortalidad, puede mejorar la intervención temprana.

Objetivo: Detectar la utilidad de las escalas AIMS-65, Rockall, Blatchford, MELD, MELD-NA y Child como variables predictivas de la mortalidad a las ocho semanas en pacientes con HDA variceal consecuencia de insuficiencia hepática aguda o crónica.

Material y métodos: Pacientes > 18 años admitidos al Servicio de Urgencias con diagnóstico de HDA, para cada paciente se calculó la escala MELD, MELD-NA, Rockall, Blatchford, AIMS-65 y Child. Se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas, y a las cualitativas se les obtuvo su distribución por frecuencia absoluta. Con el objeto de detectar la utilidad de las escalas como variables predictivas de la mortalidad a las ocho semanas, se realizó un análisis discriminante. Para el procesamiento de la información se elaboró una base de datos en Excel (Microsoft), y el análisis estadístico se realizó con el paquete computacional SPSS versión 19.

Resultados: Se presentaron 195 pacientes con diagnóstico de HDA. Solamente se incluyeron 102 con HDA variceal; 77 (75%) representaron el género masculino, con una media de edad de 53.9 años (± 11.5). El 84.3% presentaron HDA secundario a várices esofagogastricas y 15.7% por gastropatía portal hipertensiva. El 74.5% requirió algún tipo de tratamiento endoscópico (ligadura variceal, obliteración y/o escleroterapia), sólo el 12.3% presentó resangrado durante su estancia intrahospitalaria y la mortalidad a ocho semanas se presentó solamente en el 5.9%. Se realizó un análisis discriminante de las escalas en conjunto para valorar mortalidad (Rockall 0.767, Child 0.674, AIMS-65 0.527, MELD 0.353, MELD-NA 0.312, Blatchford 0.213) con una detección de 5/6 pacientes fallecidos (1.51) y 83/96 vivos (-0.94), con una certeza del 86% para predecir mortalidad.

Conclusiones: La evaluación rutinaria de este análisis a los pacientes ingresados con diagnóstico de HDA variceal en pacientes con insuficiencia hepática, clasifica en un 86% para predecir la mortalidad, mientras el valor sea más próximo a 1.5.



Precisión de la Escala AIMS65 en predicción de intervención médica, días de estancia intrahospitalaria y mortalidad temprana en Sangrado de Tubo Digestivo Alto

López-Luria LA, Martínez-Ramírez G, Juárez-Valdés E, Zamarripa-Dorsey F

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

Introducción: La Escala AIMS65 fue validada para mortalidad, días de estancia y costos intrahospitalarios. Toma en cuenta parámetros de fácil accesibilidad (albúmina sérica <3 g/dL, INR >1.5, alteración del estado mental, presión arterial sistólica <90 mmHg y edad > 65 años). No hay estudios que validen su certeza en la necesidad de intervención médica (transfusión de paquetes globulares y tratamiento endoscópico).

Objetivo: Determinar la certeza pronóstica de la Escala AIMS65 a corto plazo en la necesidad de intervención médica y mortalidad intrahospitalaria.

Material y métodos: Adultos de 18 años o más admitidos en el Servicio de Urgencias por sangrado digestivo alto de junio de 2011 a junio de 2013. A cada paciente se valoró el puntaje de la Escala AIMS65, causa de muerte intrahospitalaria y necesidad de intervención médica (transfusión de paquetes globulares y/o tratamiento endoscópico).

Resultados: Se estudiaron 195 pacientes. El 4.1% fallecieron durante la hospitalización. La causa de la muerte relacionada a sangrado fue del 37.5%. El 78.9% requirió algún tipo de intervención médica. Se utilizó el Software de Estadística 8 para valorar resultados. Con el análisis de varianza Anova de Fisher se comprobó que a mayor puntaje en la escala, existían mayores DEIH ($p=0.05$). Se utilizó *Ji cuadrada* para valorar la relación entre el número de paquetes globulares y el puntaje de la escala, lo cual fue no significativo ($p=1.1$), la mortalidad ($p=0.03$) y la necesidad de tratamiento endoscópico ($p=0.03$), siendo estos últimos estadísticamente significativos. La media de AIMS65 fue de 1.21 puntos. **Conclusiones:** La Escala AIMS65 es eficaz para la predicción de mortalidad, días de estancia intrahospitalaria, resangrado y necesidad de tratamiento endoscópico, no así de la transfusión de paquetes globulares.

Metástasis supraclavicular derecha como manifestación atípica del cáncer epidermoide de esófago. Reporte de un caso

Cerna-Cardona J, Antonio-Manrique M, Chávez-García MA, Hernández-Velázquez NN, Pérez-Corona T, Gómez-Peña NS, Pérez-Valle E, Peñavera-Hernández JR, González-Angulo JA, Espino-Cortés H

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

Introducción: Los carcinomas de esófago suponen alrededor del 6% de todos los cánceres del aparato gastrointestinal. Casi todos los carcinomas epidermoides afectan a adultos mayores de 50 años.

El consumo de tabaco y alcohol juegan un papel importante en su patogenia. La mayoría se diagnostican en estadios avanzados, generalmente los tumores del tercio superior metastatizan a estructuras vecinas, así como también a ganglios cervicales izquierdos y muy rara vez a los derechos. Hasta un 60% de los pacientes con cáncer de esófago se presentan en estadios avanzados.

Evolución: Paciente masculino de 70 años de edad, con antecedente de tabaquismo desde los 17 años de edad, tres a cinco cigarrillos por día. Alcoholismo desde los 17 años de edad. Sin antecedentes personales patológicos conocidos. Historia de cuatro meses de disfonía continua, sin periodos de aclaramiento de la voz. Hace tres meses con aumento de volumen supraclavicular derecho, de crecimiento progresivo. A la exploración física con Karnofsky 80%, zonas linfoproliferativas (+), adenopatía supraclavicular derecha de 5 x 3 cm, dura, fija a planos profundos, dolorosa a la palpación, no móvil, no asciende con la deglución. Campos pulmonares ventilados sin estertores. Abdomen blando, sin megalías. Tacto rectal con leve crecimiento prostático, sin induraciones. Extremidades sin adenopatías. Paracálinicos con Hg 7.2 g/dL, HT 21.5%, plaquetas 21000, electrolitos normales y tiempos de coagulación normal. Se realiza nasofibrolaringoscopia con presencia de parálisis cordal derecha, sin observarse tumoreaciones en hipofaringe ni laringe. Rayos X posteroanterior de tórax revela presencia de opacidad de espacio supraclavicular derecho, atelectasia apical derecha, plaquipleuritis y fibrosis superior derecha. TAC de tórax con tumoración supraclavicular derecha que llega a ápice pulmonar y mediastino superior, vascularizada, la cual es cruzada por la arteria subclavia derecha, desplaza a la tráquea y esófago a la izquierda, tórax con múltiples imágenes bajas sugestivas de metástasis pulmonares. Se decide realizar biopsia por TAC de la lesión, reporte histopatológico de carcinoma epidermoide poco diferenciado. Se inicia tratamiento por parte de oncología como carcinoma epidermoide de primario desconocido a base de taxano-carboplatino. Dentro del protocolo de estudio se solicita panendoscopia, la cual reporta los siguientes hallazgos: Esófago con forma y distensibilidad alterada, por lesión sobreelevada que se extiende desde los 19 a los 25 cm de la arcada dentaria superior, ocupa el 60% de la circunferencia, estenosa y dificulta el paso del endoscopio (9.8 mm), mucosa de aspecto engrosada, ulcerada, friabilidad extrema y distensibilidad alterada a la toma de biopsias. El reporte histopatológico fue de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado queratinizante en esófago. Paciente con cáncer de esófago estadio IV, recibe 4 ciclos de quimioterapia, presenta cuadro de neumonía nosocomial grave. Actualmente en seguimiento y manejo paliativo.

Conclusiones: El cáncer de esófago representa la sexta causa de muerte por causa en el mundo. Uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de carcinoma epidermoide de esófago es el tabaquismo y alcoholismo. La mayoría (>60%) se diagnostican en estadios avanzados, donde el objetivo del tratamiento es la paliación de la disfagia. Sólo un 15% de los pacientes, se diagnostican en estadios tempranos potencialmente curables. En el caso de nuestro paciente, se presentó en estadio IV, con metástasis a un sitio infrecuente como ser la región supraclavicular derecha (<1%).

Linitis plástica gástrica, presentación de un caso, Unidad



Médica de Atención Ambulatoria del IMSS, Morelia, Mich.

Arroyo-Aguilar A, Sánchez-Benítez G, Aguilar-Estrada R, Villanueva Y, Salazar N, Gómez A

Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) del IMSS, Morelia, Mich.

Objetivo: Presentar los signos endoscópicos encontrados en un paciente atendido en nuestro Servicio en donde endoscópicamente se sospecha esta enfermedad, así como exponer otros datos complementarios que pueden ser de gran ayuda para su diagnóstico. La importancia de este artículo es que no teníamos reportado un caso confirmado con linitis plástica gástrica.

Criterios de inclusión y exclusión: Pacientes con sospecha de cáncer gástrico a quienes sí se les realizó estudio histopatológico. Se excluyen aquellos con sospecha/evidencia de malignidad pero por alguna razón, no presentaron estudio histopatológico.

Material y métodos: Universo de estudio: 800 pacientes a quienes se les realizó estudio endoscópico alto de enero de 2010 a junio de 2014 en el turno vespertino de la Unidad Médica de Atención Ambulatoria del IMSS en Morelia, Mich., sólo uno cumplió con el criterio de inclusión. Tipo de estudio: Transversal, observacional, retrospectivo.

Justificación: La linitis plástica gástrica es un adenocarcinoma gástrico infiltrante, difuso y maligno. Representa alrededor del 10% de todos los cánceres de estómago, aunque se desconoce su prevalencia exacta en México de acuerdo a lo consultado. La linitis plástica gástrica afecta a personas asiáticas (Corea, China, Taiwán y Japón) pero cada vez es más alta su frecuencia en México.

Introducción: Su presentación es mayor en mujeres. Edad promedio 40 años. Los signos y síntomas son inespecíficos, los más frecuentes son arqueo, vómito, epigastralgia y pérdida de peso. Puede asociarse a disfagia progresiva. La linitis plástica gástrica se caracteriza por una proliferación glandular maligna y microscópicamente se encuentran células en anillo de botella. Tasa de supervivencia a nivel mundial es de 15% a cinco años.

Presentación del caso: Se presentó a consulta de valoración endoscópica, mujer 55 años sin antecedentes patológicos personales ni antecedentes familiares relevantes de cáncer. Refería epigastralgia, vómitos, reflujo y pérdida de peso crónica, jamás fue súbita. Se le realizó endoscopia donde se reporta disminución de la peristalsis esofágica y ausencia de ella a nivel distal, con hipertrfia de los pliegues fúndicos y sin signos tumorales. La biopsia informa presencia de *Helicobacter pylori* (Hp). Es referida por su médico tratante porque a pesar del tratamiento para erradicar el Hp, con escasa mejoría, se agrega incremento de la epigastralgia que empeoraba en períodos posprandiales, acompañado de plenitud gástrica, regurgitaciones, vómitos y pérdida de peso (1 kg en el último mes). Presenta SEGD donde se observó estómago con defecto de llenado en cuerpo que abarcaba curvatura mayor y menor, con áreas de rigidez parietal. Se realiza segunda endoscopia (tres meses después) reportando los mismos hallazgos pero con ligero aumento de su consistencia. Se reporta estudio histopatológico con regeneración celular y presencia de células en anillo de botella en la fibrosis lesional, con células pignóticas. Ante este caso, en el que endoscópicamente no existió evidente tumoreación en mucosa gástrica pero con alteraciones que orientaron a

infiltración tumoral de la pared, asociado al elevado índice de sospecha clínica y radiológica, se remitió a Oncología y gastrocirugía para su atención y seguimiento. **Discusión:** La linitis plástica gástrica es una forma infiltrativa difusa del adenocarcinoma gástrico. Afecta la pared gástrica y su crecimiento es en profundidad, por lo que puede presentar una mucosa normal o con pliegues engrosados, pero con disminución o ausencia de peristalsis. Usualmente la biopsia de mucosa tomada por endoscopia es negativa para malignidad, como ocurrió en este caso, lo cual conlleva a no concluir el diagnóstico en etapas tempranas y realizarse el diagnóstico en etapas avanzadas de la enfermedad.

Conclusiones: En presencia de estrechamiento de la luz gástrica y la pérdida de la peristalsis pueden ser signos que orienten la etiología tumoral del órgano, a pesar de que las biopsias de la mucosa sean negativas de malignidad.

Uso de N-Butil-2-cianoacrilato para tratamiento endoscópico de várices gástricas: Experiencia en un hospital de tercer nivel

Hernández-Hernández G, García-Tamez A, Rosales-Solís AA, Sánchez-Flores G, González-Huezo S, Hinojosa-Ruiz A
Departamento de Gastroenterología, Hospital de Diagnóstico Especializado, ISSEMYM Toluca, Metepec, Edo. de Méx.

Objetivo: Analizar los datos epidemiológicos de los pacientes que presentan várices gástricas que reciben terapia endoscópica con N-butil-2-cianoacrilato.

Materiales y métodos: Desde octubre a febrero de 2014 fueron analizados en forma retrospectiva 72 casos de pacientes con várices gástricas que fueron tratados en nuestro hospital de tercer nivel de atención con N-butil-2-cianoacrilato, utilizando una mezcla 1:1 con lipiodol, la cual fue inyectada intravaricealmente. La situación terapéutica fue sangrado activo, profilaxis primaria y secundaria. **Resultados:** De los 72 pacientes, nueve presentaban sangrado activo (12.5%), obteniendo control del sangrado en ocho pacientes (88.8%), se realizó profilaxis primaria en 51 pacientes (70.8%), profilaxis secundaria en 13 pacientes (18%). El número de sesiones empleadas por paciente para lograr erradicación de las várices fue de 1.65 ± 0.76 , el volumen total de cianoacrilato (ml/paciente) 2.3 ± 1.15 . Las várices fueron GOV1 en 76.3%, GOV2 en 12.5%, IGV1 en 6.9% y para IGV2 5.5%.

Conclusiones: El sangrado agudo de várices gástricas fue controlado satisfactoriamente en el 88.8% de los casos, sin eventos adversos reportados; el cianoacrilato actualmente se considera el medio terapéutico estándar de oro para várices gástricas.

Experiencia en la colocación de gastrostomía endoscópica percutánea en pacientes hospitalizados en un hospital de tercer nivel

Altamirano-Castañeda L, Blanco-Velasco G, Blancas-Valencia JM

Unidad de Endoscopia Digestiva. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS, México, D.F.

Introducción: La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP), es un procedimiento mínimamente invasivo, utilizado como una vía de alimentación enteral a largo plazo. Es una técnica descrita por Gauderer y Ponksy en 1980. La indicación principal es la de mantener la nutrición en pacientes con tubo digestivo indemne, pero que por problemas de deglución, obstrucción u otras causas, no pueden mantener dicha nutrición por vía oral, y en los que se presupone que dicho soporte deberá mantenerse por un periodo superior a las tres a cuatro semanas. Es sabido que las tasas de complicaciones son bajas, pues se han reportado en tan sólo (1.0% a 2.4%), infecciones en sitio del estoma en (5% a 25%), y mortalidad en (0.8%), sin embargo, no han sido analizados en nuestra población.

Objetivos: Describir la frecuencia, indicaciones, complicaciones, mortalidad a 30 días y la tasa relacionada a complicaciones por enfermedades de base en los pacientes analizados sometidos a colocación de GEP.

Material y métodos: Grupo descriptivo, transversal y retrospectivo. Se analizaron los datos en un periodo de enero de 2011 a mayo de 2014. Se determinó el número de procedimientos de GEP, género, edad, complicaciones mayores o menores postprocedimiento, mortalidad a 30 días y se estimó mediante el índice de comorbilidad de Charlson la mortalidad a un año. En todos los pacientes se colocó la GEP mediante la técnica de "pull" previa administración de profilaxis antibiótica para evitar infecciones asociadas.

Resultados: Se incluyeron a 66 pacientes con indicación de colocación de GEP. El promedio de edad fue 63.3 años, el 52.5% fueron hombres, y dentro de las indicaciones más comunes fueron las neurológicas en un 72.5%, neoplásicas 15%, metabólicas en 5% y otras causas 7.5%. Todos los pacientes tenían más de 100,000 plaquetas y albúmina >2.8 g/dl. Las complicaciones se manifestaron en nueve pacientes (13.6%) y fueron entre ellas: en tres por infección del estoma; en dos hubo salida incidental en menos de 48 hrs; un paciente tuvo extrusión parcial de la sonda con infección en el borde de la herida y un paciente se determinó fallida la colocación por aumento en la vasculatura del estómago, con alto riesgo de hemorragia durante el procedimiento. En los pacientes analizados se estimó un índice de comorbilidad de Charlson de dos puntos que traduce mortalidad al año del 26%. El tiempo promedio de permanencia de la sonda fue de 47 días y en dos de ellos se mantuvo hasta por seis meses. La mortalidad a 30 días se encontró en 11 pacientes (16%) por descompensación o complicación de la enfermedad de base, y no hubo muertes causadas por la colocación de la GEP.

Conclusiones: Este estudio demuestra que en nuestra experiencia, el procedimiento de colocación de GEP es similar a la descrita en la literatura, y se considera como un método de elección de nutrición enteral a largo plazo en pacientes hospitalizados.

Pólipo gástrico, manejo endoscópico. Reporte de un caso. Hospital Regional 1º Octubre del ISSSTE

Cabrera-Fernández ED, Torices-Escalante E, Domínguez-Camacho L

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

Introducción: Los pólipos gástricos son definidos como lesiones sésiles o pediculadas que se originan de la mucosa o submucosa gástrica y protruyen hacia el lumen del estómago. Los más comunes son aquellos originados a partir de las glándulas fúndicas hasta en un 77% de todos los pólipos observados, seguidos de los hiperplásicos y los adenomas. Más del 90% de todos ellos son asintomáticos y se encuentran de forma incidental, sin embargo dentro del cuadro clínico se puede encontrar el sangrado, anemia, dolor abdominal u obstrucción mecánica. Los adenomas gástricos son lesiones precancerosas que pueden contener displasia de bajo o alto grado dentro de las mismas. La prevalencia de los adenomas varía entre 0.5% a 3.75% e incrementa hasta en un 20% en países de alto riesgo. La progresión a carcinoma está relacionado a su tamaño, incrementando hasta en un 40% a 50% en aquellas lesiones >2 cm de diámetro. Usualmente emergen en el contexto de la gastritis atrófica o metaplasia intestinal, sin encontrarse asociación con la infección por *Helicobacter pylori*; histopatológicamente pueden clasificarse en tubulares, túbulo-vellosos y vellosos según su arquitectura, y en tipo intestinal o gástrico basados en el epitelio. Los adenomas grandes son frecuentemente vellosos, acompañados con alto grado de displasia y una proporción significativa contiene transformación carcinomatosa, por lo que deben ser tratados con resección total con polipectomía endoscópica o resección mucosa endoscópica.

Caso clínico: Paciente femenino de 55 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo. Inicia padecimiento actual seis meses previos con dispepsia, plenitud gástrica y melena. Se realiza endoscopia, encontrando a nivel de curvatura mayor pólipos de pedículo largo con dimensión de 7 cm, friable, multilobulado de aspecto infiltrante. Se toman biopsias teniendo como resultado histopatológico: Adenoma túbulo-vellosos con displasia de bajo y alto grado, realizándose polipectomía con asa, previa infiltración a nivel de base de pedículo con adrenalina 1:10,000 evidenciando la presencia de un vaso sangrante en pedículo, colocándose cuatro hemoclips con hemostasia satisfactoria. El resultado de patología demostró neoplasia epitelial superficial de tipo carcinoma papilar bien diferenciado patrón polipoide vellosos, con la base de los pedículos libres de actividad.

Conclusiones: El tipo histológico con mayor riesgo de malignización son los adenomas vellosos teniendo focos de adenocarcinoma hasta en un 40% de los casos. Los carcinomas papilares son menos comunes que los tubulares, se encuentran bien diferenciados con procesos digitiformes alineados por células cilíndricas. Cuando el estudio de un pólipos extirpado tenga focos de carcinoma, el tratamiento puede ser considerado curativo si el mismo está bien diferenciado, limitado a la mucosa, los márgenes son adecuados y no hay metástasis ganglionar. El riesgo de metástasis en un adenocarcinoma que ha sido completamente extirpado es mínimo y la tasa de supervivencia después del tratamiento endoscópico se encuentra entre el 80% a 90%. La polipectomía es el tratamiento de elección siendo la hemorragia la complicación más frecuente con una incidencia del 0.6% a 6.1% por pólipos. Con el objetivo de prevenir el sangrado se ha dispuesto de terapia combinada, principalmente tres procedimientos: la inyección de solución con epinefrina, resección del pedículo con asa caliente y el empleo de clips de hemostasia. Posteriormente a la resección deben de continuar en vigilancia endoscópica por el alto riesgo a desarrollar tumores adicionales en el futuro, hasta alrededor del 30% de los pacientes.



Debe ser realizada cada seis meses en aquellos pólipos resecados de forma incompleta, con alto grado de displasia o carcinoma intramucoso y cada año para los otros subtipos.

Reconocimiento endoscópico de progresión tumoral local en linfoma no Hodgkin gástrico en un paciente con dos sesiones de quimioterapia

Palacio-Pizano LF, Gutiérrez-Alvarado R, Martínez-Carrillo M, Govea-González O, Garduño-Hernández I, Valdez-Serafín JA, Girón-Villalobos E, Hernández-Bastida MA, Molerés-Regalado S

Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, México, D.F.

Introducción: Se trata de un paciente masculino de 62 años de edad con diagnóstico de linfoma no Hodgkin difuso de células grandes con inmunofenotipo B (CD 30 positivo en células tumorales) a quien se le realiza una panendoscopia en nuestro Servicio el 9 de mayo de 2014 con reporte de tumoración gástrica Borrmann tipo I en antró, de bordes elevados; se le realizan dos sesiones con quimioterapia (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y rituximab). El 24 de junio de 2014 realizamos otra panendoscopia de control donde se encuentra gran lesión tumoral en cuerpo y antró con bordes elevados hiperémicos y edematosos que abarca hasta el píloro y que cierra de forma considerable la luz gástrica y el acceso al píloro. Se toman biopsias en antró y región prepílorica.

Objetivo: Demostrar que a través de la endoscopia se puede dar seguimiento a pacientes con linfomas gástricos con la finalidad de evaluar si el tratamiento de quimioterapia elegido resulta en una disminución de la actividad tumoral o no, información valiosa para el oncólogo médico.

Material y métodos: Se utiliza endoscopio Olympus 180, pinza para toma de biopsias, método observacional y comparativo entre las imágenes de la primera y la segunda panendoscopia.

Resultados: Se encuentra evidencia de crecimiento y extensión tumoral en estómago en la segunda endoscopia comparada con la primera.

Conclusiones: Al observar un crecimiento y extensión tumoral en mucosa gástrica después de dos ciclos de quimioterapia combinada, es evidente que el cáncer no ha sido controlado por esta combinación, por lo que es información valiosa para el oncólogo médico con la finalidad de cambiar el tipo de quimioterapia, revisar laminillas y revisar nuevas biopsias.

Prevalencia de gastritis crónica folicular secundaria a infección por *Helicobacter pylori* en pacientes del Servicio de Endoscopia del Hospital General de Zona No. 194 del IMSS

Jiménez-Cárdenas A, Carvajal-Vega C, Delgado-Cuénca A, Casimiro-Dorantes J, Alpizar-Cárdenas E, García-Márquez J, García-Martínez S

Servicio de Endoscopia, Hospital General de Zona No. 194, IMSS

Introducción En la actualidad se reconoce al *Helicobacter pylori* (*Hp*) como una de las infecciones más comunes a nivel mundial y como el principal agente causal de la gastritis crónica, estimándose en cerca de la mitad de la población en general, entre 90% a 95% de los pacientes con úlcera duodenal y del 60% al 70% de aquellos pacientes con úlcera gástrica. La relación de la infección con la úlcera péptica viene apoyada por estudios epidemiológicos que demuestran la alta prevalencia de la infección en enfermos ulcerosos y por estudios clínicos que evidencian la drástica disminución de las recidivas y las complicaciones después de la erradicación del microorganismo.

Objetivo: Determinar la prevalencia de gastritis crónica folicular secundaria a infección por *Hp* en pacientes del Servicio de Endoscopia del Hospital General de Zona No. 194 del IMSS

Objetivos específicos: 1. Determinar los factores de riesgo para la presencia de gastritis folicular crónica (GFC) secundaria a (*Hp*). 2. Conocer los métodos para establecer diagnóstico de gastritis crónica folicular (GCF) secundaria a infección por *Hp*.

Material y método: Estudio trasversal y retrospectivo. Se trabajó con muestreo no probabilístico por conveniencia del 3 de junio de 2013 al 28 de marzo de 2014. De acuerdo a las bases de datos de pacientes que asistieron al Servicio de Endoscopias con diagnóstico de gastritis y sospecha de infección por *Hp*.

Sangrado de tubo digestivo. Reporte de un caso

Solís-Vázquez MA, Torices-Escalante E, Domínguez-Camacho L

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

Introducción: El sangrado de tubo digestivo alto se divide de acuerdo a su origen en dos grandes grupos: variceal y no variceal. El no variceal es en el que nos centraremos; divide sus principales causas de la siguiente manera del 35% al 50% para la enfermedad ulcerosa péptica, las malformaciones vasculares que incluyen la enfermedad de Dieulafoy representan menos del 5%. Con una mortalidad global del 10% al 36%. Entre las causas de sangrado de tubo digestivo bajo las lesiones provenientes del intestino delgado representan un 2% a 5%, recordemos que el divertículo de Meckel está presente en menos del 2% de la población.

Caso clínico: Se trata de paciente masculino de 47 años de edad, antecedentes de enfermedades crónicodegenerativas y drenaje de absceso en cuello. Inicia su padecimiento ocho días posteriores a drenaje de absceso en cuello con la presencia de edema de miembros inferiores y evacuaciones diarréicas en 30 ocasiones. Por lo que se decide su ingreso, en su séptimo día de estancia hospitalaria presenta evacuaciones melénicas con descenso de las cifras de hemoglobina (Hb 6.2, Htc 19, Plaquetas 226) por lo que se realiza panendoscopia con hallazgos de esofagitis grado B de los Ángeles, pangastropatía crónica de predominio antral, Lesión de Dieulafoy en 2^a porción duodenal se infiltran cuatro cuadrantes con adrenalina 1:20000 con control satisfactorio del sangrado con control de Hb posterior de 10.4. Cinco días posteriores presenta nuevamente evacuaciones melénicas y descenso de la Hb hasta 5.6. Se realiza nueva panendoscopia encontrando esofagitis Grado C de los Ángeles, pangastropatía crónica atrófica de predominio

antral, pangastropatía erosiva de predominio antral y úlceras múltiples de 5 a 15 mm en bulbo y 2^a porción duodenal. En las 48 horas posteriores presenta hematoquezia con nuevo descenso de las cifras de Hb a 6.7 realizándose colonoscopia con reporte de colopatía inespecífica, se canulan y exploran 40 cm de íleon con hallazgos de restos hemáticos frescos, por lo que se sugiere la posibilidad de sangrado del intestino medio. Posterior a ésta se interviene con hallazgos de un divertículo de Meckel a 60 cm de la válvula ileocecal realizándose resección y entero-entero anastomosis término-terminal. Mostrando evolución favorable, siendo egresado al séptimo día del postquirúrgico.

Conclusiones: El sangrado de tubo digestivo tanto alto como bajo son patologías actuales y prevalentes en nuestro medio, es una causa importante de morbilidad y mortalidad. Son bien conocidas las guías para optimizar el proceso diagnóstico, pero está claro que cada paciente se debe individualizar. Además actualmente gracias al avance tecnológico contamos con métodos que nos permiten explorar con mayor facilidad la totalidad del tubo digestivo.

Manejo de várices duodenales con inyección de cianoacrilato en la unidad de endoscopia del Hospital General de México

Macías-Ángeles YR, Bellacetín-Figueroa O, García-Guerrero V, Zárate-Guzmán AM, Bernal-Sahagún F, Valdés-Lías R, Corral-Medina A, Saraiba-Reyes M, López-Ladrón de Guevara V

Servicio de Endoscopia, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, México, D.F.

La hemorragia variceal es una de las causas más comunes de muerte en pacientes con hipertensión portal, la hemorragia de várices ectópicas ocurre de un 2% a 5% y 17% de estas son debidas a várices duodenales, tienen una mortalidad del 40% en el primer episodio. Diferentes tratamientos han sido utilizados en el control de la hemorragia.

Material y métodos: Se realizó una descripción retrospectiva de tres casos de pacientes con diagnóstico de insuficiencia hepática, ingresaron al Servicio por cuadro de hemorragia de tubo digestivo durante el año 2013 en la Unidad de Endoscopia del Hospital General de México; tratados con aplicación de cianoacrilato.

Resultados: Primer caso: Hombre de 53 años de edad con antecedentes de derivación esplenorenal distal 2010. Ingresa por cuadro de rectorragia de un mes de evolución. Reportando una Hb 5.6 g/dL Htc 17, plaquetas 187 000, TP 15, INR 1.3. Colonoscopia dentro de parámetros normales. Endoscopia: Remanentes de várices esofágicas. Transfusión de 4 PG, persiste con rectorragia. Angio TC proceso inflamatorio en 2^a-3^a porción de duodeno. Enteroscopia: várices duodenales, aplicación de cianoacrilato.

Segundo caso: Hombre de 44 años. Melena de 10 días de evolución. Hb 6.3 g/dL Htc 19%, plaquetas 72 000. INR 1.4. Panendoscopia: Várices grandes se ligan seis trayectos. Evoluciona con hematoquezia, se realiza colonoscopia con resultado normal. Persiste con descenso de hemoglobina hasta 2.6 g/dL, se realiza cápsula endoscópica con reporte normal. Se realiza endoscopia con tubo útil encontrando várices duodenales con estigmas de hemorragia, se aplica cianoacrilato.

Tercer caso: Mujer de 45 años de edad. Ingresa por hematoquezia de cinco días de evolución. Hb 6.3 mg/dL Htc 18%. Se realiza endoscopia y se observa en la segunda porción de duodeno sangre fresca, se avanza a 3^a porción y se observa trayecto vascular. Se aplica 3 cianoacrilato sin complicaciones.

Discusión: El mejor método para diagnosticar várices esofágicas es la endoscopia, el tratamiento es la aplicación de cianoacrilato, se ha demostrado ser seguro. En los tres pacientes fue la primera elección de tratamiento con éxito del 100% sin datos de resangrado. Uno de ellos falleció secundario a neumonía tres meses posteriores a la aplicación, segundo paciente falleció con complicaciones de peritonitis y la última paciente continua en vigilancia. Ninguno de los pacientes presentó complicaciones por la aplicación del fármaco.

Conclusiones: El tratamiento con cianoacrilato es técnicamente posible, permite el control de un primer episodio de hemorragia, pero no es el tratamiento definitivo. En pacientes con hipertensión portal se debe revisar sistemáticamente el duodeno para descartar várices duodenales como parte del screening en pacientes cirróticos.

Utilización de una fistula coledocoduodenal para el tratamiento de coledocolitiasis por CPRE

Sánchez-Cano DX, Torres-Pacheco J, Martínez-Carrillo M, Garduño-Hernández I, Molerés-Regalado S, Hernández-Bastida MA, Castaño-Ramírez LA, Govea-González O, Gutiérrez-Alvarado R

Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, México, D. F.

Introducción: Las fistulas biliares internas son complicaciones poco frecuentes de las enfermedades biliares. Su etiología fundamental es la litiasis y menos frecuentemente como yatrogenia al realizar una falsa vía durante la papilotomía o postquirúrgica. Las fistulas más comunes son las colecistoduodenales; la siguen en orden de frecuencia las fistulas colecistocísticas, coledocoduodenales y colecistogástricas. La fistula coledocoduodenal es pues, poco frecuente, suponiendo un 5% de todas las fistulas biliares internas. No existe una clínica específica que indique la existencia de fistula coledocoduodenal; los signos y síntomas atribuidos a la fistula como la ictericia o la colangitis son frecuentes en la fistula secundaria a litiasis. Se han descrito dos tipos de fistulas coledocoduodenales secundarias a litiasis. Según Ikeda y Okada, el Tipo I que presenta el orificio cerca de la papila y se origina dentro de la porción intramural del colédoco y el Tipo II, que presenta el orificio en mucosa duodenal adyacente a la papila y se origina en la porción extramural del colédoco. Según Sheu y Shin, en distales o peripapilares, cuando el orificio fistuloso aparece sobre la papila o dentro de 2 cm en torno a ella, y proximales, cuando el orificio fistuloso se halla por encima de esa área. Las fistulas secundarias a ulcus duodenal se corresponderían a este segundo tipo y se formarían por atrapamiento de la porción terminal del colédoco en el proceso inflamatorio periulceroso con la formación subsiguiente del trayecto fistuloso. Si existe ictericia u obstrucción de la vía biliar principal; realizar papilotomía y fistulotomía endoscópica

como drenaje biliar, procedimiento que está bien documentado en casos de fistulas secundarias a coledocolitiasis, utilizándose esta vía para la extracción de cálculos. Las fistulas bilioentericas internas coledocoduodenales espontáneas constituyen un hallazgo ocasional durante la colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE).

Objetivo: Exponer el uso de una fistula coledocoduodenal para tratar por CPRE la coledocolitiasis.

Material y métodos: Se realizó CPRE en un paciente masculino de 48 años con antecedente de colecistectomía y 3 CPRES en 2008. Ingresa con diagnóstico de coledocolitiasis recidivante. Se somete a CPRE siendo imposible canular la papila duodenal, observando salida de bilis a través de orificio fistuloso adyacente por lo que se decide canular dicha vía, pudiendo completar el estudio. Resultados: Se realizó barrido de litos con balón insuflado a 11 mm. Hasta no observa imágenes sugestivas de litos y obtener un adecuado vaciamiento de la bilis.

Conclusiones: La fistula coledocoduodenal puede ser una vía útil al no poder completar el procedimiento por la papila duodenal. Sobre todo si es una fistula tipo I.

Impacto de la indometacina en la profilaxis de pancreatitis posterior a colangiografía endoscópica en pacientes de alto riesgo. Estudio retrospectivo comparativo en el Hospital Juárez de México

Lezama-De Luna FV, Antonio-Manrique M, Chávez-García MA, Pérez-Corona T, Gómez Peña-Alfaro NS, Pérez-Valle E, Espino-Cortés H, Hernández-Velázquez NN

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

Introducción: La colangiopancreatografía endoscópica (CPE) representa un procedimiento útil y muy utilizado en nuestro medio para la valoración y tratamiento de la patología pancreática y biliar. La CPE se ha asociado a un espectro de complicaciones como pancreatitis, hemorragia, perforación, colangitis y eventos cardiopulmonares. La pancreatitis es la complicación más común de la CPE, con una incidencia reportada entre el 4% y el 10%, la cual se eleva en pacientes de alto riesgo hasta un 20% según lo reportado en diferentes estudios.

Objetivo: Evaluar el impacto de la indometacina rectal en la reducción de la incidencia de pancreatitis post-CPE en pacientes de alto riesgo sometidos a este procedimiento en la Unidad de Endoscopia del Hospital Juárez de México.

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado en el Hospital Juárez de México. Se elaboró una base de datos que se almacenó en Hoja Excel Microsoft 2010. El análisis estadístico se realizó para las variables cuantitativas con *Ji cuadrada* y la prueba exacta de Fischer. Se asignó un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: En el grupo A la incidencia de pancreatitis post-CPE fue de 9.2% (nueve pacientes). El 78% de las pancreatitis se clasificó como leve. En relación al grupo B de estudio, la incidencia de pancreatitis post-CPE en este grupo fue de 4.6% (cuatro

pacientes), el 100% de estos pacientes cursó con un cuadro de pancreatitis leve.

Conclusión: La CPE continúa siendo una herramienta diagnóstica y terapéutica muy importante para el manejo de la patología pancreática biliar. En esta revisión retrospectiva podemos demostrar que el uso de indometacina rectal 100 mg aplicada en pacientes de alto riesgo previa o inmediatamente después al procedimiento, es un método seguro y práctico, a su vez disminuye el porcentaje de pancreatitis posterior a la CPE casi a la mitad en relación a los pacientes que no se les administró. Consideramos que por accesibilidad, costo y efectividad probada, ésta debe ser una medida profiláctica que puede ser aplicada de forma rutinaria.

Factores de riesgo relacionados al desarrollo de pancreatitis después de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

Guerra-Figueroa MC, Valderrama-Bastida I, Fragoza-Aguillares EO

Servicio de Endoscopia, Hospital General "La Villa", SSA, México, D.F.

Introducción: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es el procedimiento que se asocia con mayor morbilidad y mortalidad de la endoscopia digestiva alta. La pancreatitis post-CPRE es la complicación más común con una incidencia reportada entre 1.8% y 7.2% (puede variar hasta 40%).

Objetivo: Identificar los factores de riesgo en la población mexicana que se encuentran en potencial riesgo de desarrollar pancreatitis posterior a la CPRE.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal de pacientes sometidos a CPRE por cuadro obstructivo de la vía biliar extrahepática en tres hospitales de la Secretaría de Salud del D. F. de septiembre de 2012 a marzo de 2013.

Resultados: Se estudiaron un total de 96 pacientes de los cuales 76% (n=73) fueron mujeres y 24% (n=23) hombres. El rango de edad fue de 17 a 91 años, con una media de 40.2 (DE=18.3), de los cuales 70.8% (n=68) fueron pacientes menores de 50 años y 29.2% (n=28) mayores de 50 años. Posterior a la CPRE la amilasa se elevó en 15.62% (n=15) y se mantuvo inferior al límite en 84.37% (n=81). Se tomó la amilasa elevada al triple como diagnóstico de pancreatitis. Se utilizó la prueba *Ji cuadrada* de Pearson obteniendo un valor de 0.004, con una razón de momios de 8.181 (95% 1.54 a 15.51). La lipasa se elevó en el 25% (n=24) y se mantuvo inferior en 75% (n=72). La prueba de Pearson obtuvo un valor de 0.002, con razón de momios de 4.491 (IC 95% 1.67 a 12.01), traduciéndose significancia. Del total de la población, el 22.9% presentaron dolor pancreático post-CPRE. Encontrando asociación entre el dolor post-CPRE y la elevación de amilasa con una razón de momios de 8 (IC 95% 2.3 a 25.8). También se analizó que en este estudio 22 pacientes presentaron sintomatología dolorosa, de los cuales nueve resultaron con elevación de amilasa tres veces su valor normal, lo que traduce una prevalencia de dolor posterior al procedimiento de 22% en pacientes con hiperamilasemia.

Conclusiones: En este estudio se presentó pancreatitis post-CPRE en 15.6% de los pacientes. La edad mayor o igual a 50



años, eleva cinco veces el riesgo de pancreatitis post-CPRE; pacientes con dolor abdominal pancreático tienen ocho veces más riesgo de presentar hiperamilasemia sérica en comparación con la población asintomática. El resto de las variables no fueron significativas estadísticamente.

Fístula coledocoduodenal yuxtagapilar en paciente con colangitis secundaria a coledocolitiasis

Valdez-Serafín JA, Ramírez-Amezcua FJ, Molerés-Regalado S, Gutiérrez-Alvarado R, Hernández-Bastida MA, Torres-Pacheco J, Sánchez-Cano DX, Castaño-Ramírez LA, Girón E, Palacio-Pizano F

Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, México, D.F.

Introducción: La colangitis aguda es una emergencia médica la cual cuenta con una elevada tasa de mortalidad sin tratamiento. La importancia de la endoscopia radica en liberar la obstrucción, que en la mayoría de los casos es secundaria a litos, y garantizar un drenaje efectivo de la vía biliar. La presentación de las fistulas coledocoduodenales es una entidad rara pero que está íntimamente asociada a coledocolitiasis como principal causa; y en el caso de las fistulas yuxtagapilares generalmente son pacientes los cuales fueron tratados anteriormente con esfinterotomías, o a la presencia de divertículos parapapilares. Presentación de Caso clínico: Paciente femenina de 75 años de edad sin antecedentes crónicodegenerativos, con antecedente de cuadros repetidos de cólico biliar tratada con analgésicos y antiespasmódicos. La cual ingresa al Servicio de Cirugía General con diagnóstico de colangitis, la paciente refiere inicio del cuadro clínico cinco días antes con dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, el cual inicia posterior a la ingesta de colecistoquinéticos. Por lo que se automedica con analgésico y antiespasmódico sin presentar mejoría; dos días después nota ictericia así como acolia y coluria, 24 horas antes de su ingreso presenta fiebre de 38°C la cual no cede a paracetamol, por lo que acude a esta unidad. A su ingreso se realiza ultrasonido de hígado y vías biliares en el cual se observa vesícula biliar con múltiples litos en su interior de 70 x 40 x 30 mm con pared de 4 mm, colédoco de 10 mm se observa imagen hiperecogénica en colédoco distal compatible con coledocolitiasis, se inicia terapia antibiótica y CPRE, en la cual se observa fistula coledocoduodenal yuxtagapilar, con presencia de lito enclavado. Se realiza la canulación de colédoco por medio de la fistula, realizándose bariado, obteniendo abundante material purulento y múltiples litos de aproximadamente 5 a 7 mm corroborándose por fluoroscopia; 72 horas posteriores al procedimiento endoscópico se realiza colecistectomía por vía laparoscópica. La paciente es egresada 48 horas posteriores a la intervención quirúrgica.

Lipoma gigante de colon. Manejo endoscópico

Gracia-Bravo LJ, López FL, Garduño I
Unidad Médica Guadalupe Inn, México, D.F.

Introducción: El primer lipoma colónico fue descrito en 1757 por Bauer, ocupa el segundo lugar entre los tumores benignos de colon después de los pólipos edematosos; con una incidencia variable de 0.035 a 4%. Más común en mujeres de 40 a 50 años. La mayoría de ellos son asintomáticos, ocasionalmente se complican en forma de obstrucción por invaginación requiriendo de tratamiento quirúrgico de urgencia.

Material y métodos: Se presenta el caso de paciente femenino de la 7^a década de la vida previamente sana, la cual inicia su padecimiento actual con dolor en marco cólico derecho intensidad 8-10 acompañado de distensión abdominal sin datos de oclusión intestinal o abdomen agudo, bioquímica y radiológicamente sin datos de alarma abdominal, motivo por el cual solicitan colonoscopia para apoyo diagnóstico. Encontrando a nivel de colon derecho una lesión polipoide amarilla mucosa de aspecto normal, signo de cojín o almohadilla positivo con pedículo de 10 cm de longitud con torsión del mismo e isquemia de la base, la cual se observa de 2 cm de diámetro; se realiza *lifting* de la lesión y polipectomía con asa sin incidentes o accidentes colocando hemoclips en la base, la paciente es egresada con buena evolución a cuatro meses del procedimiento asintomática. Análisis: Más del 90% de los lipomas se originan de la submucosa, con crecimiento lento hasta producir síntomas. Son más frecuentes en ciego (30%) ascendente y transverso (18%), colon izquierdo de menor localización. Son asintomáticos y al presentar síntomas estos son de forma inespecífica; algunos autores mencionan que a partir de los 4 cm presentan síntomas como dolor, sangrado o invaginación. El dolor es el síntoma más frecuente y crónico debido a la recurrencia de invaginación o torsión del pedículo. La invaginación puede presentarse de forma aguda como una obstrucción mecánica completa con o sin estrangulación y de forma crónica. Este evento es secundario a la presencia del tumor intraluminal aunado a la peristalsis y los elementos ingeridos empujan al tumor distalmente actuando como motor para telescopaje, presentando los síntomas clásicos de obstrucción acompañado en algunas ocasiones de diarrea sanguinolenta por la mezcla de sangre, moco y mucosa intestinal. En un 24% a 42% puede palparse un tumor alargado móvil doloroso. La ecografía abdominal tiene un 100% de sensibilidad y un 88% a 93% de especificidad. En los cortes sagitales se observa la imagen de "pseudorrión o sándwich" y en el corte axial la imagen en "diana". En la TC los lipomas se observan como tumores homogéneos, redondos bien circunscritos, similares a la grasa mesentérica. Macroscópicamente se observan como lesiones sésiles o pediculadas de color amarillento recubiertos por una mucosa de aspecto normal, a la presión se observa el signo del cojín o almohadilla, así como el signo de la carpeta. Se ha mencionado que la resección endoscópica es factible en tumores de 2 cm; mayor a esto se reporta de forma controversial reportando una alta tasa de complicaciones principalmente la perforación relacionado con el ancho de la base, el volumen del lipoma así como el compromiso de la muscularis propia.

Conclusiones: Los lipomas son neoplasias del tejido adiposo bien limitadas de la submucosa. Su incidencia aumenta con la edad y se observan con mayor frecuencia en mujeres. No existe una tendencia a malignización, aunque se observan carcinomas de colon concomitantes en 1/3 de los casos y el riesgo de cáncer de colon aumenta en el portador de lipoma colónico. En nuestro paciente se evidenció la asociación de dolor abdominal crónico



intermitente coincidiendo con lo informado en la literatura secundario a torsión del pedículo, lo cual se resolvió de forma segura mediante polipectomía endoscópica confirmando que esto es factible en casos selectivos.

Hallazgo incidental de dispositivo intrauterino traslocado a colon

Godínez-Martínez LE, Antonio-Manrique M, Chávez-García MA, Hernández-Velázquez NN, Gómez-Peña Alfaro NS, Pérez-Valle E, Pérez-Corona T, Espino-Cortés H, González-Angulo JA, Lezama-de Luna JF

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

Introducción: La presencia de cuerpos extraños en el tracto digestivo llega a generar de 1500 a 2750 defunciones por año en Estados Unidos. Habitualmente la sintomatología dependerá del tipo de cuerpo extraño, localización y el tiempo de evolución. La mayoría de los cuerpos extraños que se localizan en el tracto digestivo superior, particularmente esófago generarán mayor sintomatología en comparación con los que se encuentren en tubo digestivo inferior, en donde la sintomatología se dará más por la presencia de complicaciones. El estómago representa el sitio en el que más frecuentemente se localizan los cuerpos extraños, mientras que el colon representa el sitio menos habitual. Los dispositivos intrauterinos (DIU) son métodos anticonceptivos eficaces, pero no exentos de problemas. Se han descrito múltiples complicaciones tanto precoces como tardías secundarias a su uso. Ocasionalmente pueden perforar órganos adyacentes como rectosigmoides, vejiga, apéndice, colon, intestino delgado e incluso parénquima ovárico, estas habitualmente son sintomáticas y requieren tratamiento.

Objetivo: Presentación de caso clínico en el que de forma incidental se detectó la presencia de dispositivo intrauterino traslocado, perforando colon.

Resumen clínico: Femenino de 43 años de edad, teniendo sólo como antecedente de relevancia ser alérgica a la penicilina, menarca a los 14 años, eumenorréica con ciclos de 30 x 4 días, inicio de vida sexual a los 19 años, una pareja sexual, gesta seis, para seis, último parto hace seis años, negando durante el primer interrogatorio la utilización de método de planificación familiar alguno, Papanicolaou hace cuatro años negativo a cáncer. Un padecimiento actual de siete meses que inició con dolor abdominal de tipo cólico, continuo, con una escala visual análoga de 8/10, inicialmente difuso, posteriormente localizado a hemiabdomen inferior, asociado a distensión abdominal, náuseas, vómito, hiporexia e hipertermia de predominio nocturno, estreñimiento, pujo y temblores progresivos, pérdida de 20 kg desde el inicio del cuadro. EF: Normocefala, mucosa oral con regular hidratación, palidez de piel, cuello sin adenomegalias, sin ingurgitación yugular, tráquea central, móvil, abdomen globoso a expensas de tumoración abdominopélvica que se extiende hasta cicatriz umbilical, peristalsis presente disminuida en frecuencia a la palpación, no hay datos de irritación peritoneal. Tacto vaginal con vagina eutérmica, elástica, cérvix posterior formado, ligeramente acoartado, extremidades sin alteraciones. Sus laboratorios de ingreso fueron Hb 8.8, hto 27.7, VCM 87, HCM 26, plaquetas 478 000, neutrófilos 76%, eosinófilos 3.2%, glucosa 85, creatinina 1, BUN 15, TP 16, TTP 46%, INR 1.52, BT 0.23, BD 0.12, DHL 178, TGO 10, TGP 4,

albúmina 2.1. Tomografía: con imagen extensa en hueco pélvico, heterogénea, compatible con absceso. Se realiza laparotomía exploradora con resección de segmento de asa ciega (colon sigmoídes) por isquemia, lavado de cavidad, colocación de drenajes y colostomía. Al no encontrar causa alguna del origen del absceso se solicita colonoscopia encontrando dispositivo intrauterino traslocado perforando colon sigmoídes, y encontrando que la causa del cuadro crónico fue ocasionada por este evento.

Conclusión: La endoscopia resulta un método complementario en casos en los que la etiología de una patología no esté determinada claramente, el apoyo diagnóstico fue fundamental en este caso para poder brindar tratamiento adecuado y efectivo para la paciente.

Prevalencia de pólipos colónicos detectados en un centro de tercer nivel

Muñoz-Bautista A, Blanco-Velasco G, Blancas-Valencia JM, Altamirano-Castañeda ML, Tun-Abraham AE, Gallardo-Cabrera VE, De la Torre M

Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda, Centro Médico Nacional Siglo XXI

La detección de lesiones polipoideas por medio del método estándar aceptado hoy en día es la colonoscopia, y ofrece una oportunidad no sólo para la detección de lesiones premalignas a las cuales se les puede resear y dar seguimiento, sino también para la detección de neoplasia de manera temprana, y es curable. La prevalencia de pólipos basada en datos de autopsias oscila entre 28% y 53% con una detección colonoscópica del 18% a 36%. Entre los pólipos de colon, los adenomas de gran tamaño, de histología vellosa o túbulo-vellosa, especialmente si son múltiples, son los que tienen el mayor potencial de transformación maligna. En algunos estudios se ha expresado que los pacientes con un único adenoma pequeño no tienen más riesgo que la población general y que por tanto no necesitarán seguimiento endoscópico en comparación con los que tienen pólipos de mayor tamaño, los cuales son más displásicos.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de pólipos colónicos en nuestra población, así como las características de los mismos.

Material y métodos: Estudio transversal, evaluándose estudios colonoscópicos realizados en un periodo de dos años: de mayo de 2012 a mayo de 2014, de los cuales se analizará edad, género, características de los pólipos: tamaño, número y localización, y resultados histológicos.

Resultados: Se realizaron un total de 578 colonoscopias detectándose 146 pólipos en 92 pacientes, los cuales tuvieron una edad media de 60.7 años, 56% fueron mujeres y el 44% hombres. La localización más frecuente fue en recto sigmoídes con un 55.4%, seguido del colon descendente con un 15.2%. El 76% fueron sésiles, el 13% pediculados y el 10.8% planos. El tamaño de los pólipos menores a 5 mm fueron los más prevalentes con un 41.7% y los 05-10 mm con un 38.6%. El tipo histológico más prevalente fue el pólipos hiperplásico con un 32.1%; los pólipos sésiles fueron los encontrados con mayor frecuencia observados en el 76%. Encontrándose datos de displasia en el 4% de los pólipos estudiados y adenocarcinoma en el 6.8% de los mismos.



Conclusiones: La prevalencia de pólipos colónicos en nuestra población fue del 15.9% por debajo de los reportes publicados. Se encontró displasia en el 0.6% de la población estudiada y adenocarcinoma en 1.7%. Las debilidades del estudio es que éste fue retrospectivo, así como la baja incidencia de detección de los pólipos, lo cual puede estar influido por la preparación colónica y la experiencia del endoscopista (teniendo en cuenta que se trata de un hospital-escuela).

Características macroscópicas e histológicas de pólipos digestivos documentados por estudios endoscópicos de enero a diciembre de 2013 en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Lomas-Bautista M, Waller-González A, Segura-Gómez E, Borbolla-Arizti JP, Morales-Polanco S, Benítez R
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, México, D.F.

Introducción: Los pólipos son lesiones irregulares que proyectan sobre la mucosa del tracto digestivo y que pueden tener diferentes características macroscópicas como ulceración, hemorragia y en algunos casos se relaciona con lesiones tumorales malignas digestivas o bien metastásicas.

Objetivo: Determinar la prevalencia de pólipos digestivos documentados por estudios endoscópicos realizados en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE durante 2013, así como establecer las características macroscópicas observadas y la asociación con la presencia de malignidad en estas lesiones.

Material y métodos: Se revisaron los estudios endoscópicos hechos de enero a diciembre de 2013, se documentó su localización, se revisó el aspecto macroscópico, tamaño, número, ulceración, hemorragia y cambios con magnificación y NBI y los hallazgos histológicos de los mismos, se excluyeron a todos los pacientes con antecedente de neoplasia, Barret y con diagnóstico previo de enfermedad inflamatoria intestinal, se revisó además el uso de inhibidor de la bomba de protones por más de seis meses. Se usó para el análisis SPSS v22.

Resultados: Se realizaron 3131 estudios endoscópicos de los cuales fueron 898 del tracto superior y 546 colonoscopias. De los 118 pacientes estudiados 76 (62%) fueron mujeres y 42 (43%) hombres, con una edad promedio de 58 años (rango de 20-82); 64 se localizaron en tubo digestivo alto: ocho a nivel de la unión esófago gástrica; 20 en antro; 25 en cuerpo; ocho en fondo y cinco en duodeno (54% del total) y 54 en colon (46% del total); de los cuales se localizaron 21 en el recto, cuatro en el sigma, siete en el descendente, nueve en el transverso y 11 en el ascendente y ciego. En el 64% de los casos fueron pólipos únicos y 36% múltiples. El 5% tuvo tamaño de 1-5 mm 30% de 6-10 mm y 17% más de 10 mm. Los hallazgos endoscópicos 62% (n=73) fueron reportados como pólipos con mucosa de aspecto normal, 12% (n=14) ulcerados o con presencia de hemorragia; con cambios de coloración en el 3% (n=4) cambios celulares a la aplicación de NBI en 4% y presencia de ulceración con cambios a la aplicación de NBI en el 5%, así como 2% de pólipos de aspecto serrado. El 24.6% de los reportes histológicos concluyeron positivo a malignidad y 75.4%

negativo. De los cuales 7% adenocarcinomas; 10% adenoma con displasia, 4% de adenoma sin displasia, hiperplasia en el 46%, tumor neuroendocrino en el 2% y proceso inflamatorio inespecífico en 37%. Se realizó análisis de asociación entre los hallazgos endoscópicos, el número, tamaño y la localización con la presencia o ausencia de malignidad. Siendo de significancia estadística el tamaño del pólipos (más de 10 mm) así como su localización en recto con una $p \leq 0.005$.

Conclusiones: Los hallazgos endoscópicos como el tamaño así como la aplicación de filtros de imagen puede orientar ante la sospecha de malignidad de pólipos del tracto digestivo y dirigir el manejo endoscópico y el seguimiento a estos pacientes. A pesar de que la mayoría de los pólipos gástricos se relacionan con proceso inflamatorio deben ser resecados o biopsiados antes de considerarse como relacionados a proceso inflamatorio y regenerativo.

Eficacia de adalimumab en tratamiento de inducción en colitis ulcerativa

López-Luria LA, Martínez-Ramírez G, Zamarripa-Dorsey F
Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Juárez de México, México, D.F.

Introducción: La terapia biológica ha revolucionado el tratamiento de la EII.

Objetivo: Disminuir el tratamiento múltiple, los efectos adversos, llevar a la inducción en menor tiempo, mantener la remisión por períodos prolongados, espaciar las hospitalizaciones y evitar procedimientos quirúrgicos. Sigue existiendo una necesidad de nuevas alternativas terapéuticas, ya que los pacientes pueden no responder a los tratamientos actuales, o desarrollar toxicidades limitantes del tratamiento. En los estudios ULTRA fue demostrada la eficacia y seguridad de adalimumab (ADA) para inducción y mantenimiento de la remisión en pacientes con CU con actividad moderada y severa. El objetivo del trabajo fue valorar la eficacia de la terapia con ADA en la inducción a la remisión clínica (definida por la escala de Mayo (EM)) en pacientes con CU a la semana ocho del tratamiento.

Material y métodos: Se incluyeron seis pacientes con diagnóstico de CU con extensión de enfermedad de cualquier tipo. Quienes cursaban con enfermedad clínicamente activa graduada por EM (6-12 puntos) y por un *subscore* endoscópico de 2-3 puntos, que fallaron a la terapia con esteroides o inmunosupresores en un período mayor a cuatro semanas. Se administró tratamiento de inducción con ADA a dosis de 160/80 mg, 0/2 sem; 40 mg cada 14 días desde la semana cuatro. Se eligieron pacientes vírgenes a terapia biológica. Se valoró la respuesta al tratamiento a la semana ocho de manera clínica mediante EM y por control endoscópico con mapeo histológico. Se utilizó el peor sangrado rectal y la frecuencia de evacuaciones de tres días previos al estudio endoscópico. Se hizo un análisis descriptivo de las variables clínicas y bioquímicas, presentadas en medidas de tendencia central y porcentajes. Se definió remisión parcial como disminución de por lo menos dos puntos en la EM inicial y remisión completa como menor a cuatro puntos en la EM.

Resultados: El 83% de la población eran hombres, con una media de edad de 38.3 años. El 50% de los pacientes presentó remisión





completa (media dos puntos, rango 3-1) y el 50% tuvo una remisión parcial (media de seis puntos, rango 7-5). Clínicamente disminuyó en promedio la cantidad de evacuaciones por día y la presencia de sangrado. El 66.6% de los pacientes tenía afección completa del colon. De acuerdo al *subscore* endoscópico presente en la EM en la semana 0 en 100% de los pacientes presentaban enfermedad severa (sangrado espontáneo y ulceraciones) y a la semana ocho el 50% tenía enfermedad leve (eritema, disminución del patrón vascular, friabilidad de la mucosa leve), 33.3% tenían enfermedad moderada (eritema, patrón vascular ausente y friabilidad de la mucosa) y 16.6% enfermedad severa. Se observó una respuesta completa histopatológica en sólo el 33.3%. Un paciente fue detectado con displasia de bajo grado.

Conclusiones: ADA es un tratamiento eficaz en la respuesta clínica y endoscópica en la inducción de la enfermedad, pero no así en relación a la mejoría histopatológica. Es el primer estudio realizado en nuestra institución y no existen otros estudios en México que corroboren los resultados de los grandes ensayos clínicos controlados. Estos resultados confirman que los hallazgos obtenidos de los grandes estudios son reproducibles en la práctica clínica diaria. En un segundo estudio se valorará la eficacia del mantenimiento a la semana 52.

Prevalencia de metástasis abdominales posteriores a la colocación de sonda de gastrostomía percutánea vía endoscópica en pacientes con cáncer de cabeza, cuello y esófago

Motola-Kuba M, Rodríguez-Pendas F, Jaquez-Quintana JO, Ortega-Espinosa C, Reynoso-Noverón N, Hernández-Guerrero A

Servicio de Endoscopia, Instituto Nacional de Cancerología, México, D.F.

Introducción: La incidencia de metástasis a distancia en pacientes con cáncer (Ca) de cabeza/cuello es rara y los sitios más afectados son pulmón, hueso y piel. Existen casos reportados en donde demuestran diseminación a nivel de tubo de gastrostomía (GEP) hasta en 9.4% y casos esporádicos de metástasis a órganos abdominales, posterior a la colocación de GEP.

Objetivo: Definir la prevalencia de metástasis a nivel abdominal en pacientes con Ca de cabeza, cuello o esófago, posterior a colocación de GEP.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el cual se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de Ca de cabeza, cuello o esófago, los cuales fueron sometidos a colocación de GEP con presencia de actividad tumoral en el Instituto Nacional de Cancerología de enero 2009 a diciembre 2013. Se obtuvieron variables demográficas, clínicas, así como frecuencia de metástasis abdominales y en el sitio de GEP posterior a su colocación. Se realizó estadística descriptiva para el análisis de datos.

Resultados: De 66 pacientes con Ca de cabeza, cuello y esófago con colocación de GEP, 43 cumplieron con criterios de inclusión, con edad mediana de 64 años, 32 (74%) de género masculino, 24 (55%) con diagnóstico de Ca en cavidad oral, nueve (21%)

de laringe, tres (7%) de esófago y el resto de nasofaringe, hipofaringe y glándulas salivales. El 88% se encontraron en estadio clínico III y IV. La principal indicación para colocación de GEP fue disfagia en 40 pacientes (93%). En su seguimiento, ningún paciente del grupo estudiado presentó datos de metástasis en el sitio de GEP. Dos pacientes (4.7%) presentaron metástasis abdominales. El primer paciente a nivel hepático y el segundo a glándulas suprarrenales, las cuales fueron detectadas por TAC 25 y 244 días posteriores al procedimiento. La mortalidad fue 10 y 22 días desde su detección por imagen, respectivamente.

Conclusiones: Del grupo estudiado no hubo reporte de metástasis a nivel de la GEP, a diferencia de reportes en la literatura. Sin embargo, dos pacientes presentaron metástasis intraabdominales que es un fenómeno inusual en estos pacientes, el cual podría corresponder de forma secundaria a la colocación de GEP.

Endoscopia en cirugía bariátrica. Experiencia tras cinco años

Fragoza-Aguillares EO, Martínez-Martínez FJ, Campos-Pérez F

Servicio de Endoscopia y Clínica Integral de la Obesidad y Enfermedades Metabólicas, Hospital General Rubén Leñero, México, D.F.

Introducción: La obesidad y el sobrepeso son el principal problema de Salud Pública en México ya que se presenta con una frecuencia de 72% en mujeres y 66% en hombres mayores de 20 años. El único tratamiento para la obesidad mórbida eficaz a largo plazo es la cirugía bariátrica. Los procedimientos bariátricos aumentan cada año, al igual que los pacientes referidos a valoración endoscópica.

Objetivo: Dar a conocer la experiencia de la Institución en el papel que desempeña la endoscopia en la cirugía bariátrica.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal de pacientes sometidos a procedimientos bariátricos entre agosto de 2009 y junio de 2014.

Resultados: Se realizaron 796 cirugías bariátricas: 678 (85.2%) bypass gástricos y 118 (14.8%) mangas gástricas. Se colocaron nueve balones intragástricos en pacientes muy obesos; al momento se han retirado siete. Se realizaron 391 endoscopias, 225 (57.5%) como parte del protocolo prequirúrgico y 166 (42.5%) en pacientes posoperados. De éstas, se realizaron 121 (72.9%) en posoperados de bypass gástrico, 43 (25.9%) de manga gástrica y dos (1.2%) posterior a la colocación de banda gástrica. Los hallazgos endoscópicos en pacientes sometidos a bypass gástrico fueron: anatomía posquirúrgica normal (58 casos, 47.9%), estenosis de anastomosis (26 casos, 21.4%), dehiscencia de anastomosis (cinco casos, 4.1%), cuerpo extraño (dos casos de fitobezoar y tres con material de sutura; 4.1%), y hemorragia gastrointestinal (tres casos, 2.4%); se realizaron 15 (12.3%) dilataciones hidroneumáticas y se colocaron nueve (7.4%) sondas nasoenterales. En pacientes posoperados de manga gástrica se encontró anatomía posquirúrgica normal en 20 casos (46.5%), estenosis en siete (16.2%), fistula en cinco (11.6%) y hemorragia gastrointestinal en un caso (2.3%); se realizaron cinco dilataciones hidroneumáticas (11.6%) y se colocaron cinco sondas nasoenterales (11.6%). Se encontraron dos bandas gástricas migradas colocadas en otro hospital.



Conclusión: Los cambios posquirúrgicos normales posteriores a la cirugía bariátrica es el hallazgo más común. La estenosis de anastomosis es la complicación más frecuente que requiere tratamiento endoscópico. En nuestra serie la incidencia de dehiscencia de anastomosis corresponde a la bibliografía actual. La hemorragia gastrointestinal es una indicación posquirúrgica poco común, resolviéndose de manera conservadora en la mayoría de los casos.

Experiencia con el balón intragástrico en pacientes con obesidad mórbida

Waller-González A, Lomas-Bautista M, López-Ladrón de Guevara V

Servicio de Endoscopia, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, México, D.F.

Antecedentes: La obesidad y sus comorbilidades condicionan una disminución en la expectativa de vida en la población general. El balón intragástrico sirve como terapia puente para los pacientes con obesidad mórbida para facilitar el procedimiento quirúrgico.

Objetivo: Presentar la experiencia del Servicio de Endoscopia en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE con la colocación del balón intragástrico en pacientes con diferentes grados de obesidad como terapia puente para la realización de procedimientos quirúrgicos bariátricos.

Metodología: Estudio retrospectivo donde se incluyeron todos los casos a los que se les realizó colocación de balón gástrico de junio de 2011 a abril de 2014 en el Servicio de Endoscopia. Se analizaron múltiples variables y los hallazgos endoscópicos previo a la colocación del balón. Se calculó el tiempo de tratamiento como las semanas que estuvo el balón en la cavidad gástrica, así como el peso final previo al retiro del balón y se revisaron los efectos adversos que se presentaron durante el tiempo de tratamiento.

Resultados: Se colocaron 27 balones gástricos en el periodo antes mencionado. El peso promedio fue de 147 kg ($DE \pm 45.5$ kg), talla 1.64 m ($DE \pm 0.11$ m) e índice de masa corporal (IMC) 53 ($DE \pm 14.82$). El tiempo promedio de tratamiento fue de 30.8 semanas con un promedio de pérdida de peso de 21.1 kg. Se presentaron complicaciones en 29.8% de los pacientes, ninguna grave, en dos casos se requirió retirar el balón, y no hubo ningún fallecimiento. Existe una correlación de 0.49 entre el tiempo de tratamiento y la pérdida de peso ($p=0.0009$); los pacientes sin comorbilidad tuvieron un tiempo promedio de tratamiento de 47 semanas, mientras que aquellos con comorbilidad estuvieron en tratamiento 29 semanas ($p=0.41$). La pérdida de peso de los pacientes con comorbilidad fue de 21.43 kg mientras que de aquellos sin comorbilidad fue de 24 kg ($p=0.78$). Hubo una pérdida de peso de 19 kg en los pacientes sin efectos adversos mientras que los que tuvieron efectos adversos perdieron 27.6 kg ($p=0.25$). Los pacientes sin alteraciones endoscópicas tuvieron un tiempo promedio de tratamiento de 28 semanas, mientras que aquellos con alteraciones endoscópicas mantuvieron el tratamiento 32 semanas ($p=0.55$), la pérdida de peso en aquellos sin alteraciones endoscópicas fue de 29 kg comparado con los pacientes con alteraciones endoscópicas que perdieron un promedio de 18.42 kg ($p=0.10$).

Conclusiones: El balón intragástrico es una herramienta útil en la pelea contra la obesidad. No se asocia a complicaciones graves y si el paciente se apega a las indicaciones dadas, hay una correlación entre la pérdida de peso y el tiempo de tratamiento. Las comorbilidades, los efectos adversos y las alteraciones endoscópicas reportadas no influyen en la tolerancia al balón ni en la pérdida de peso.

Primer año de trabajo en el Hospital General Regional No. 251, IMSS, Metepec, Edo. Méx.

Miranda-Delgadillo G, Borbolla-Arizti JP

Servicio de Endoscopia, Hospital General Regional No. 251, IMSS, Metepec, Edo. Méx.

Introducción: La endoscopia gastrointestinal ha tenido avances tecnológicos importantes en los últimos años. Se reporta el primer año de trabajo del Servicio de endoscopia de un Hospital General Regional del IMSS en el Estado de México.

Objetivo: Reportar la experiencia del 1er año de trabajo del Hospital General Regional No. 251 del IMSS.

Material y métodos: Se revisó la casuística de enero a diciembre de 2012. **Ánalisis:** Se realizaron un total de 897 procedimientos, 46 fueron CPRE, 156 colonoscopias y 695 endoscopias de tubo digestivo alto. No hubo mortalidad en el Servicio y en dos casos no fue posible realizar la CPRE.

Resultados: Se realizaron un total del 897 procedimientos, de los cuales el 59.6% correspondió al sexo femenino (535) y el 41.4% masculinos (362). Se realizaron 25 ligaduras de várices esofágicas, dos polipectomías en hernia hiatal, una escleroterapia en paciente con lesión de Dieulafoy, resección en seis pacientes de pólipos gástricos, se esclerosaron en tres casos lesiones sangrantes de antró por úlcera gástrica, dos escleroterapias por angiodisplasia en 2^a porción de duodeno, se resecaron dos pólipos en duodeno, dos colocaciones de sonda nasoyeyunal, seis extracciones de cuerpos extraños en niños, tres dilataciones esofágicas con dilatador esofágico guiado, dos endoscopias transoperatorias. Se realizó en ocho pacientes resección de pólipos colónicos. Se tuvo como evento adverso un desgarro de mucosa de sigmoides. Se realizaron 46 CPRES, en ocho pacientes se colocaron endoprótesis biliares por colangiocarcinoma, se retiraron dos endoprótesis colocadas previamente hace dos y cuatro años. Se colocaron tres endoprótesis en pacientes con fistula biliar. En dos pacientes hubo extracción de litos de 12 y 15 mm con dilatación neumática del ámpula duodenal. Se presentaron ocho eventos adversos, dos por sangrado de ámpula biliar que cedió con electrocoagulación, dos pacientes presentaron apnea al inicio del procedimiento, en cuatro pacientes hubo elevación de enzimas pancreáticas post-CPRE. En dos pacientes no se completó el estudio por presencia de lito impactado y divertículo yuxtagástrico. En un paciente con colangiocarcinoma tipo Bismuth IIIb no fue posible colocar endoprótesis.

Conclusiones: La endoscopia gastrointestinal es un servicio importante en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades gastrointestinales.

