

XLII Reunión Nacional de Endoscopia 2014

Trabajos video

Disección endoscópica submucosa: un manejo distinto de sus complicaciones

Gallardo-Cabrera VE, Hernández-Mondragón O, Blancas Valencia JM

Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México, D.F.

Caso clínico en video: Disección endoscópica submucosa: Un manejo distinto de sus complicaciones. El caso corresponde al de una mujer de 55 años de edad, con historia de cáncer gástrico en la familia (padre finado por cáncer gástrico y una hermana posoperada de gastrectomía parcial tras la detección de un carcinoma gástrico temprano). En el escrutinio se detectó una lesión submucosa en antrum gástrico mediante panendoscopia hace tres años; desde entonces en seguimiento clínico, radiológico y endoscópico con ultrasonido endoscópico cada seis a 12 meses. El ultrasonido endoscópico mostró una lesión submucosa en antrum gástrico de 20 x 20 mm, hipoeocoica, homogénea, que parece depender de la capa muscular propia, sin adenopatías ni invasión vascular. Acudió para disección submucosa. Se presenta el caso clínico en videos. Durante la disección se presentó una perforación transmural que fue resuelta mediante la colocación de clips hemostáticos y sellada con cianoacrilato. Se presenta el video del seguimiento a un mes del procedimiento. Actualmente la paciente fue dada de alta por mejoría.

Conclusión: La disección endoscópica submucosa es un procedimiento de poca difusión en nuestro país, ya que requiere de una curva de aprendizaje de al menos 30 procedimientos en modelos animales *ex vivo* e *in vivo*, por lo que las tasas de éxito y complicaciones están asociadas a las habilidades del operador. El uso de clips y cianoacrilato es otra de las modalidades para el tratamiento de complicaciones de la disección endoscópica submucosa.

Tromboembolia pulmonar, hemobilia, ictericia y colangitis postcolecistectomía laparoscópica y CPRE

Alcaraz-Regalado B, Montes-García GP

Objetivo: Presentar un caso clínico de tromboembolia pulmonar postcolecistectomía laparoscópica con hemobilia, ictericia y colangitis purulenta resuelto con manejo médico y por endoscopia.

Introducción: Las complicaciones posquirúrgicas de cirugía laparoscópica se pueden presentar en el posoperatorio inmediato, mediato o tardío. La tromboembolia pulmonar (TEP) representa un porcentaje bajo y es una urgencia médica que requiere manejo con anticoagulación sistémica, oxígeno suplementario y dependiendo de la extensión, manejo en la unidad de cuidados intensivos (UCI). La ictericia posquirúrgica tiene como principal causa la coledocolitiasis, lesión de vía biliar, colangitis y menos común hemobilia. La hemobilia es una causa poco común de anemia e ictericia obstructiva y el diagnóstico preoperatorio es difícil de establecer. La hemorragia de la vía biliar se llega a manifestar como hematemesis, melena o anemia, llegando incluso en casos severos a producir choque hipovolémico. La colangitis asociada a obstrucción de la vía biliar, requiere además de antibióticos de amplio espectro, de drenaje temprano.

Resumen clínico: Mujer de 58 años de edad. No antecedentes de importancia. Se presentó a urgencias con cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal en hipocondrio derecho, de intensidad moderada y ataque al estado general, medicada. A su ingreso con mal estado general, signo de Murphy presente. Afebril. Ultrasonido abdominal: colecistitis aguda alitiásica. Tomografía abdominal (TAC): vesícula con pared edematoso y líquido libre. Se sometió a cirugía laparoscópica encontrando vesícula biliar edematoso, líquido libre purulento. Colangiografía transoperatoria con dilatación de hepatocoléodo y pancreático principal. Se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) encontrando sólo estenosis del ámpula de Vater, realizando esfinterotomía guiada. Drenando sólo bilis espesa. Evolucionó bien sin embargo un día después presentó fiebre, dolor torácico, disnea, desaturación importante, se tomó TAC de tórax detectando tromboembolia pulmonar segmentaria (TEP). Se inició manejo con enoxaparina. Dos días después presenta fiebre, ictericia y calosfríos. Se realiza nueva CPRE encontrando sangrado transpapilar, obstrucción de ámpula de Vater por coágulos organizados y bilis purulenta, se lavó la vía biliar dejando drenaje con prótesis biliar 10 Fr de 9 cm. Evolucionó adecuadamente y se egresó con anticoagulación oral, completar esquema de antimicrobiano. Control en consulta



externa sin complicaciones. Descripción del video. Laparoscopia bajo anestesia general, tres puertos, encontrando abundante líquido de reacción peritoneal, libre, vesícula biliar edematoso, tensa, se aspiraron la cavidad abdominal y vesícula. Disección del triángulo de Calot, conducto cístico edematoso y dilatado, colangiografía transcística, con imagen sugestiva de estenosis longitudinal de colédoco intramural, realizando colecistectomía, dejando drenaje blando. En el posquirúrgico mediato, presentó disnea moderada e hipoxemia. Valoración por neumólogo. Angio-TAC mostró presencia de tromboembolia pulmonar bilateral en arterias segmentarias. Se inició anticoagulación, dos días después aparición de ictericia, fiebre y calosfíos, una TAC abdominal mostró un defecto de llenado, nueva CPRE, encontrando colangitis purulenta, hemobilia con sangrado activo y obstrucción de la vía biliar por coágulos organizados. Se drenó y lavado la vía biliar, dejando endoprótesis biliar 10 Fr. Evolucionó adecuadamente, tolerando la vía oral, cedió la fiebre, se ajustaron anticoagulantes a vía oral y se dio el alta médica. Se retiró la endoprótesis sin complicaciones. Recibió acenocumarina durante seis meses.

Conclusiones: La TEP es una complicación relativamente poco común, requiere manejo médico, la asociación con colangitis post-CPRE y hemobilia requirió de manejo multidisciplinario médico y endoscópico. Tuvo buena respuesta al tratamiento instituido.

Extracción endoscópica de cuerpo extraño con bolsa “endo bag”

Castillo-Méndez MS, Steinemann JD, Hernández A, Cerecedo J

Servicio de Endoscopia de Tubo Digestivo, Hospital General de Zona No. 32 Mario Madrazo, IMSS, México, D.F.

Presentamos el caso de un paciente femenino de ocho años de edad quien ingiere accidentalmente un imán ovalado. Posterior al incidente la paciente acude al médico quien le realiza una radiografía simple de abdomen en la cual se observa el cuerpo extraño en mesogastro. Se decide dar manejo conservador. Una semana después la paciente acude por persistir con malestar abdominal inespecífico y plenitud postprandial; la nueva radiografía de abdomen muestra el cuerpo extraño en la misma ubicación que la semana previa. Por este motivo es enviada para la extracción endoscópica del cuerpo extraño. En la endoscopia se encuentra el cuerpo extraño, que es un imán de 40 mm x 10 mm de una superficie metálica pulida en el cuerpo gástrico mezclado con abundante residuo a pesar de tener 12 hrs. de ayuno. Se intenta la extracción del mismo por varios métodos; pinzas extractoras de cuerpo extraño, canastilla trapezoide, canastilla helicoidal (MWB-2X4, Wilson Cook, Salem NC, USA) y Spider Net (Spider Net Retrieval Device 2.5 x 5.5 cm, ConMed, Utica NY, USA), sin éxito en ninguno de los casos debido a las características del cuerpo extraño. Ante el fracaso de los métodos disponibles en nuestro servicio, se decide adaptar una bolsa extractora a partir de una bolsa para extracción de vesícula biliar y apéndice cecal en procedimientos laparoscópicos (Endo Bag™ Autosuture™ 3" x 6" Specimen Retrieval System, Covidien, Mansfield MA USA), colocándole riendas largas de hilo resistente para facilitar su

manejo dentro del estómago, controlar el cuerpo extraño después de capturarlo y proteger la vía aérea durante la extracción del imán. En el video se muestran los intentos de extracción por los métodos mencionados, la forma en que se adaptó la bolsa extractora y el momento de colocación del cuerpo extraño dentro de la bolsa con la posterior extracción exitosa de ambos.

Ablación con radiofrecuencia focal en esófago de Barrett con displasia de alto grado

Rodarte-Shade M, Ramírez-Solís E, De la Mora-Levy JG, Alonso-Lárraga O, Zamora-Lizano J, Flores Carmona Y, Jáquez-Quintana J, Rodríguez-Pendas F, Sánchez-del Monte J, Hernández Guerrero A

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

Introducción: Se trata de un hombre de 71 años de edad con historia de enfermedad por reflujo gastroesofágico crónico, historia de fundoplicatura fallida así como hernia hiatal recurrente. Desde hace aproximadamente 10 años, el paciente ha estado en vigilancia por esófago de Barrett con displasia de bajo grado y además fue sometido a tratamiento ablativo con Argón Plasma. En su último seguimiento endoscópico se identificó un foco con displasia de alto grado por lo que se envía al Servicio de Endoscopia Gastrointestinal del Instituto Nacional de Cancerología.

Objetivo: Presentamos el manejo con radiofrecuencia focal de un paciente con esófago de Barrett y displasia de alto grado.

Material y métodos: Se realiza endoscopia superior con aplicación de ácido acético, visualización con imagen de banda estrecha (NBI) y magnificación. Se identifican cambios endoscópicos sugerivos de metaplasia intestinal con un Praga C3M6 (previas biopsias habían confirmado la displasia de alto grado).

Resultados: Por los cambios posoperatorios, se decide realizar radiofrecuencia focal con catéter Barrx™ 90 de 20 mm x 13 mm. Se realizan con éxito dos aplicaciones a 12 joules x cm² a 245 watts. Se cita para segunda sesión.

Conclusión: La radiofrecuencia representa una de las opciones efectivas para el manejo del esófago de Barrett con displasia de alto grado.

Aplicación de radiofrecuencia con balón en paciente con esófago de Barrett y displasia indeterminada

Rodarte-Shade M, Ramírez-Solís E, De la Mora-Levy JG, Alonso-Lárraga O, Zamora-Lizano J, Flores Carmona Y, Jáquez-Quintana J, Rodríguez-Pendas F, Sánchez-del Monte J, Hernández Guerrero A

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

Introducción: Se trata de un hombre de 71 años de edad con historia de cáncer de laringe y cuatro años de seguimiento por esófago de Barrett. Dentro de su seguimiento endoscópico se han obtenido reportes histopatológicos de displasia de bajo grado e indeterminado para displasia.



Objetivo: Presentamos el manejo con radiofrecuencia con balón de un paciente con esófago de Barrett y displasia indeterminada.

Material y métodos: Se realiza endoscopia superior con aplicación de ácido acético, visualización con imagen de banda estrecha (NBI), magnificación y endomicroscopía confocal. Se identifican cambios endoscópicos sugestivos de metaplasia intestinal con un Praga C3M7.

Resultados: Se realiza radiofrecuencia con balón con catéter Barrx™ 360 RFA Balloon Catheter de 18 mm. Se realizan con éxito dos aplicaciones a 15 joules x cm² a 145 watts. Se cita para segunda sesión.

Conclusión: La radiofrecuencia con balón puede ser una alternativa en el manejo de la displasia indeterminada.

Manejo paliativo de la obstrucción maligna enteral y biliar

Rodarte-Shade M, Ramírez-Solís E, De la Mora-Levy JG, Alonso-Lárraga O, Zamora-Lizano J, Flores Carmona Y, Jáquez-Quintana J, Rodríguez-Pendas F, Sánchez-del Monte J, Hernández Guerrero A

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

Introducción: Se trata de mujer de 62 años referida al Servicio de Endoscopia Gastrointestinal por ictericia obstructiva. Acude con una tomografía de abdomen que muestra una neoformación de cabeza de páncreas con conglomerado ganglionar retroperitoneal, paraaórtico, intercavó aórtico, tronco celiaco y raíz de mesenterio. Hay importante dilatación de la vía biliar intra y extra hepática. Se intenta realizar colangiopancreatografía retrógrada endoscópica sin éxito debido a que la lesión invade y estenosa el duodeno.

Objetivo: Presentamos el manejo endoscópico paliativo de la obstrucción maligna enteral y biliar.

Material y métodos: Guiado por ultrasonido endoscópico lineal se procede a realizar colangiografía con una punción biliar transduodenal. Una vez que se accede a la vía biliar, se introduce alambre guía y con ayuda de un cistotomo se introduce y libera una prótesis biliar metálica autoexpandible logrando crear un drenaje coledocoduodenal. En un segundo tiempo, se identifica la estenosis duodenal y se avanza un alambre guía con el cual se libera con éxito una prótesis duodenal metálica autoexpandible.

Resultados: Se realiza con éxito drenaje biliodigestivo endoscópico guiado con ultrasonido endoscópico y se coloca una prótesis duodenal de manera satisfactoria.

Conclusión: El abordaje endoscópico es efectivo para la paliación de la obstrucción maligna enteral y biliar.

Metástasis gástrica de melanoma

Rodríguez-Pendas F, Rodarte-Shade M, Ramírez-Solís E, Hernández Guerrero A

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

Introducción: El melanoma del tracto gastrointestinal puede ser primario o secundario a metástasis de otros sitios como piel

y membranas mucosas. El diagnóstico *ante-mortem* del melanoma metastásico gastrointestinal se presenta en sólo el 2% al 5% de los casos.

Objetivo: Presentar un video que evidencia lesiones compatibles con melanoma gástrico metastásico.

Material y Métodos: Reporte de un caso, documentado en video de un paciente al cual se le realizó una amputación transmetatarsiana por melanoma planar derecho en el 2011, que al año siguiente metastatizó a región inguinal derecha y actualmente es enviado al Servicio de Endoscopia Gastrointestinal por dolor abdominal y melena.

Resultados: Se evidenciaron en la endoscopia superior, tres lesiones subepiteliales en cuerpo aproximadamente de 4 cm con úlcera central y fondo hiperpigmentado; y en fondo úlcera de 5 cm cubierta con fibrina y fondo hiperpigmentado. El resultado histopatológico de las biopsias fue melanoma metastásico.

Conclusión: El diagnóstico de metástasis recurrente se debe siempre considerar en pacientes con historia de melanoma y que se presentan con trastornos gastrointestinales, dado que hasta el 60% de los pacientes que fallecen debido a esta neoplasia, presentan lesiones metastásicas en tracto digestivo y sólo el 2% al 5% de los casos serán diagnosticados *ante-mortem*, debido a presencia de síntomas inespecíficos.

Fasciolosis hepática. Tratamiento endoscópico. Presentación de un caso

Alcaraz-López B, Alcaraz-Regalado B, Puga-Gutiérrez MI

La fasciolosis es una zoonosis parasitaria causada por el trematodo hermafrodita *Fasciola hepatica*; afecta principalmente al ganado ovino, bovino, caprino, porcino, equino, otros animales herbívoros y accidentalmente al hombre. La pobreza asociada a la falta de educación sanitaria adecuada y la convivencia con rumiantes domésticos contribuyen a reforzar el riesgo de infectarse.

Resumen del caso: Mujer de 38 años de edad, ingresó programada para colecistectomía laparoscópica por cuadro de colecistitis crónica litiásica. Sus exámenes preoperatorios eran normales. El ultrasonido (US) de hígado y vías biliares (HVB) sólo mostró datos de litiasis vesicular sin defectos en el colédoco. Se operó con anestesia general inhalada, abordaje con tres puertos, encontrando una vesícula biliar de 8 x 3 x 3.5 cm, bilis espesa y varios litos de 0.8 x 0.7 x 0.5 cm. Cístico de 3 mm y colédoco de 6 a 7 mm de diámetro. Evolucionó adecuadamente, toleró dieta al día siguiente de la cirugía y se egresó por mejoría. Un día después acudió a urgencias por presentar dolor abdominal moderado en epigástrico, irradiado en hemicinturón, acompañado de náusea sin llegar al vómito, coluria e ictericia de escleras y tegumentos. Las pruebas de funcionamiento hepático (PFH) mostraron bilirrubinas con un patrón obstructivo, con bilirrubina directa (BD) de 3.5 mg/dl. Fosfatasa alcalina de 345 U/L (FA). El US de HVB mostró dilatación de hepatocolédoco de 8 mm con imágenes ecogénicas con sombra acústica. Se sometió a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) bajo sedación consciente, con endoscopio de visión lateral, marca Olympus modelo Exera 150, logrando canulación profunda y selectiva, observando en





colangiograma dos defectos de llenado de 3 x 2 cm en coléodo supraduodenal. Se realizó esfinterotomía guiada sin complicaciones, pasando balón extractor trilumen de 15 mm, y al extraerlo se apreciaron dos parásitos adultos de *Fasciola hepatica* de 3 x 2.5 x 0.3 cm, móviles. Se introdujo canastilla de Dormia de 3.5 cm de longitud y se atrapó uno de los parásitos extrayéndose junto con el endoscopio. El segundo parásito se escapó hacia la tercera porción de duodeno y no fue posible extraerlo. Se realizó colangiograma de control sin apreciar defectos de llenado. Se inició dieta a las seis horas del posoperatorio, tolerándola adecuadamente, la hiperbilirrubinemia disminuyó. El dolor abdominal desapareció y se inició nitazoxanida 500 mg vía oral cada 12 horas por cinco días. Se egresó un día después del procedimiento endoscópico. El control en la consulta externa mostró una paciente asintomática, sin ictericia, puertos bien y reintegrada a su vida cotidiana. El laboratorio de patología confirmó el diagnóstico macroscópico de parásito adulto de *Fasciola hepatica*. El estudio epidemiológico mostró como probable fuente de contaminación la convivencia de vacas de un establo vecino en su localidad.

Pólipos hamartomatosos de colon como causa infrecuente de hemorragia digestiva baja en un adolescente

Cerna-Cardona J, Antonio-Manrique M, Chávez-García MA, Hernández-Velázquez NN, Pérez-Corona T, Gómez-Peña NS, Pérez-Valle E, Espino-Cortés H, González-Angulo JA
Unidad de Endoscopia, Hospital Juárez de México, México, D.F.

Introducción: La hemorragia digestiva baja en niños representa el 10% al 20% de las atenciones de los gastroenterólogos pediatras. La causa más común en niños mayores de dos años son los pólipos juveniles. El abordaje diagnóstico requiere la sospecha clínica, estudios baritados y endoscópicos, con confirmación histológica. La complicación más frecuente es la invaginación, cuyo tratamiento es quirúrgico.¹⁻³

Evolución: Paciente masculino de 13 años de edad, sin antecedentes personales patológicos. Con historia de dos meses de evolución de presentar astenia, adinamia. Acude al médico particular quien realiza biometría hemática y diagnostica síndrome anémico, maneja con hierro vía oral, sin mejoría. Se agrega al cuadro hematoquezia en dos ocasiones aproximadamente 250 cc cada episodio, sin otra sintomatología agregada por lo que se ingresa al Hospital Juárez de México vía Urgencias. Niega pérdida de peso. A su ingreso con TA 110/70 mmHg, FC y P 142 por minuto, FR 20 por minuto, temperatura 36.4 °C. A la exploración física conjuntivas pálidas, abdomen con dolor a la palpación profunda en marco cólico, peristalsis disminuida, sin irritación peritoneal. Tacto rectal negativo. Laboratorios al ingreso Hb 8.6 g/dl, HT: 27.4%, Leucocitos 19,130, plaquetas 762 000, glucosa 65 mg/dl, Creatinina 0.5 mg/dl. Hierro sérico 12 mg/dl, albúmina 2.4 g/dl. Coproparasitológico con quistes de *Entamoeba histolytica*, Guayaco positivo. Se hemotransfunde en una ocasión y se realiza colonoscopia con los siguientes hallazgos: colon descendente, sigmoídes y recto, múltiples lesiones elevadas de aspecto polipoide de

diversos tamaños, la mayor de 3 cm, y otras planas sobreelevadas, con friabilidad a la toma de biopsias. Reporte histopatológico de poliposis hamartomatosa.

Evolución: Paciente presenta obstrucción intestinal, se decide realizar cirugía de urgencia, observando dilatación de colon transverso, descendente y sigmoídes. Se identifica invaginación en colon sigmoídes donde se palpan múltiples lesiones polipoideas, se realiza hemicolectomía izquierda con colorrecto anastomosis término-terminal. Se realiza tacto rectal, identificando lesiones polipoideas las cuales requerirán un segundo tiempo transanal. Reporte histopatológico de pieza quirúrgica de pólipos hamartomatosos atípicos. Posteriormente se realizan múltiples polipectomías quirúrgicas para extirpar pólipos rectales de diversos tamaños: 3 a 5 cm aproximadamente. Corroborando hallazgos histopatológico de pólipos hamartomatosos atípicos. Actualmente el paciente está en seguimiento y estudio, con buena evolución clínica.

Conclusiones: Ante un paciente adolescente con hemorragia digestiva baja, con presencia de anemia, uno de los diagnósticos diferenciales principales a considerar es la poliposis juvenil, que pertenecen al grupo de pólipos catalogados como inflamatorios no neoplásicos, porque carecen de potencial maligno. Se presentan hasta en un 3% a 4% de la población menor de 21 años. Comprenden aproximadamente 90% de todos los pólipos encontrados en los niños. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son la hematoquezia, dolor abdominal y prolaps rectal. Afectan con mayor frecuencia rectosigmoídes. El mejor método diagnóstico y terapéutico es la rectosigmoidoscopia. En algunos casos serán necesarios el colon por enema con doble contraste y la colonoscopia. La complicación más frecuente es la invaginación intestinal, cuyo tratamiento es quirúrgico.⁴

Referencias

- Holtz LR, Neill MA, Tarr PI. Acute bloody diarrhea: a medical emergency for patients of all ages. *Gastroenterology* 2009;136(6):1887-1898.
- Lee KK, Anderson MA, Baron TH, et al. Modifications in endoscopic practice for pediatric patients. *Gastrointest Endosc* 2008;67(1):1-9.
- Vinton NE. Gastrointestinal bleeding in infancy and childhood. *Gastroenterol Clin North Am* 1994;23(1):93-122.
- Cervante R, et al. Poliposis juvenil en niños. *Rev Gastroenterol* 2002;67:150-154.

Dilatación de estenosis esofágica secundario a atresia esofágica con fistula traqueoesofágica, mediante doble abordaje endoscópico

Sánchez-Cano SX, Monroy-Ubaldo J, Fonseca-Nájera J, Buenrostro-Gaitán A, Álvarez-González R, Ruelas-Vargas C

Servicio de Endoscopia Pediátrica, Unidad Médica de Alta Especialidad Dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, México D.F.

Introducción: La atresia esofágica es una malformación congénita frecuente que afecta aproximadamente 1 de cada 3 500



recién nacidos; consiste en la interrupción de la continuidad del esófago que puede tener o no comunicación con la tráquea. Con una morbilidad significativa luego de la reparación quirúrgica que suelen persistir debido a factores relacionados con la técnica, como la estenosis esofágica, refistulización traqueoesofágica y la traqueomalacia. La estenosis requiere de dilataciones; método de elección para el tratamiento de las estenosis esofágicas de cualquier etiología en los niños. Existe dificultad para encontrar un método ideal, que conjugando eficacia y seguridad, sea universalmente empleado. La complicación más importante de las dilataciones es la perforación del esófago. Con la intención de minimizar este riesgo se utilizaron las dilataciones retrógradas con hilo guía. Esto evitaba la creación de falsas vías durante la dilatación, haciendo muy seguro su uso; para muchos autores la solución idónea para el tratamiento de las estenosis esofágicas en la infancia.

Objetivo: Demostrar un método eficaz y seguro, cuando no es posible introducir el endoscopio hacia el esófago por una estenosis importante del mismo, y cuando se cuenta con una vía retrógrada para la visualización como es la gastrostomía.

Material y métodos: Se trata de paciente masculino de cinco años con antecedente de atresia esofágica con fistula traqueoesofágica distal, la cual fue tratada quirúrgicamente. Presenta refistulización, por lo que ameritó gastrostomía y ascenso yeyunal. El paciente no ha tolerado vía oral, por lo que se sospecha de estenosis de la anastomosis esofagoyeyunal. Se introduce endoscopio Olympus GIF TYP XP160 por cavidad oral, al no lograr entrar a esófago se introduce mismo endoscopio a través de gastrostomía, introduciendo guía tipo Zebra hidrofílica para CPRE a través de cavidad oral, hasta localizarla en cuerpo gástrico, se toma con pinza de cuerpos extraños y se extrae por gastrostomía, se anuda con hilo tipo Seda del 0 y se extrae a través de la cavidad oral. Ésta se une a Dilatador Tucker 12Fr realizando dilataciones seriadas hasta lograr introducir dilatador Tucker 34Fr, se introduce endoscopio con adecuado paso del mismo hasta el estómago, encontrando dilatación exitosa.

Resultados: Se realizó panendoscopia donde se encontró una zona de estenosis importante de aproximadamente el 80% a 15 cm de ADS, la cual posterior a las dilataciones con dilatador de Tucker es franqueada adecuadamente.

Conclusiones: El uso de hilo guía en pacientes con estenosis esofágica que cuentan con gastrostomía, es aún un método vigente y útil, sobre todo en pacientes que cuentan con una estenosis importante, y que no hay seguridad al introducir la guía metálica de los dilatadores de Savary-Guilliard, más sí existe una anastomosis con yeyuno.

Abordaje transgástrico ecoguiado con prótesis metálica autoexpandible para el manejo definitivo de pseudoquiste de páncreas

Flores-Carmona DY,¹ Alonso-Lárraga JO,² Hernández-Guerrero A,² Ramírez-Solís ME,² Rodarte-Shade M²

¹Servicio de Endoscopia Gastrointestinal. Instituto Nacional de Cancerología, México, D.F.

²Servicio de Endoscopia Gastrointestinal. Instituto Nacional de Endoscopia, México D.F.

Introducción: El pseudoquiste pancreático (PQP) es una colección de líquido pancreático puro o mezclado con material necrótico y sangre situado fuera o dentro de los límites del páncreas del cual procede. La causa más frecuente del PQP son los trastornos inflamatorios del páncreas, observándose en 15% al 20% de las pancreatitis crónicas, pueden complicar una crisis de pancreatitis aguda y en ocasiones ser de origen posttraumáticos o idiopáticos. Pueden desaparecer espontáneamente, aunque en la pancreatitis crónica regularmente persisten, dando lugar con frecuencia a la aparición de complicaciones tales como: abscesos, fistulas internas o externas, hemorragia intraquística o dentro del conducto pancreatico principal (CPP), ruptura en alguna de las cavidades serosas y la compresión de órganos vecinos; o pueden migrar fuera del abdomen y se han descrito en la pelvis, mediastino y cuello. El drenaje de los PQP mediante cistoenterostomía (QE) a través de un abordaje endoscópico guiado por ultrasonido endoscópico, se ha desarrollado como una alternativa al tratamiento quirúrgico. Los criterios endoscópicos para realizar el tratamiento endoscópico es que tengan pared no mayor de 10 mm (seis a ocho semanas), diámetro mayor de 5 cm y que se acompañe de síntomas o complicaciones, que exista evidente compresión del estómago o duodeno, que en el momento de la punción y aspiración no haya evidencia de hemorragia activa.

Objetivo: Mostrar el abordaje transgástrico ecoguiado con prótesis metálica autoexpandible para el manejo definitivo del pseudoquiste de páncreas.

Material y métodos: Reporte de caso clínico.

Caso clínico: Paciente masculino de 34 años de edad, sin antecedentes crónicodegenerativos, con antecedente de alcoholismo intenso durante seis años (una botella diaria), el cual suspendió hace año y medio. Con antecedente de pancreatitis en mayo de 2013. Inició su padecimiento actual en febrero de 2014 con sordera temprana, pirosis, regurgitación, pérdida de peso de 10 kg en tres meses y diarrea intermitente, por lo que acudió al médico, donde fue referido a nuestro centro. En la exploración física a su ingreso presentaba palidez, complejión delgada, alerta, orientado, mucosas hidratadas, cuello sin alteraciones, cardiovascular sin alteraciones, abdomen sin dolor ni aumentos de volumen durante la palpación, con peristalsis presente, sin irritación peritoneal. Los estudios de laboratorio presentaron hemoglobina de 11.2 g/dL, Hematócrito de 34%, plaquetas 245 000 mm³, leucocitos 7800 U/L, glucosa 115 mg/dL, nitrógeno ureico 8.6 mg/dL, creatinina 0.6 mg/dL, sodio 136 mEq/L, potasio 4.4 mEq/L, cloro 96 mEq/L, calcio 9.3 mEq/L, magnesio 2.3 mEq/L, lipasa 206 U/L, Ag CaE 2 mcg/L, Ca 19-9 20 UI/ml, bilirrubina total 0.35 mg/dL, bilirrubina directa 0.08 mg/dL, bilirrubina indirecta 0.27 mg/dL, fosfatasa alcalina 63 UI/L.

Se realizó tomografía axial computarizada de abdomen en donde se observó lesión de aspecto quístico dependiente de cabeza y cuerpo de páncreas de 11 x 12.7 cm en sus diámetros máximos, con pared engrosada y septos en su porción inferior y comprime el duodeno, estómago y asas intestinales.

En nuestro Servicio se le realiza ultrasonido endoscópico y durante el rastreo del bulbo duodenal se observa una imagen móvil de 53 x 70 cm de contenido heterogéneo, con detritus, el resto de páncreas sin alteraciones. Vasos mesentéricos, tronco celíaco y vasos esplénicos rechazados por el quiste. Se selecciona sitio de drenaje a nivel de la curvatura menor en un trayecto libre de vasos





y a una distancia de 5.5 mm, se punciona con aguja No. 19 obteniendo líquido purulento con detritus. Se introduce guía hidrofílica hasta la cavidad del pseudoquiste, se saca aguja y se introduce cistótomo. Se realiza fistula hacia el quiste con corriente de corte a 75 W, usando balón biliar (6 mm x 4 cm, Maxforce) se dilata a 6 mm y posteriormente se coloca prótesis metálica totalmente cubierta Wallflex® de 10 Fr x 8 cm (Boston Scientific). Se obtiene drenaje de líquido purulento con detritus. No se presentaron complicaciones durante y posterior al procedimiento, se cita en siete días para colocación de drenaje nasoquístico.

Se realiza esofagogastroduodenoscopia y se observa lago gástrico de aspecto lechoso, prótesis metálica totalmente cubierta en curvatura menor, permeable y funcional que comunica con quiste pancreático. Se pasa guía hidrofílica por el lumen de la prótesis hacia el quiste, corroborando localización por medio de fluoroscopia, se desliza por medio de la guía hidrofílica la sonda para drenaje nasoquístico con punta cola de cochino 7 Fr (WILSON-COOK), corroborando adecuada localización por medio de fluoroscopia, se inyecta medio de contraste identificando quiste de 4 x 7 cm aproximadamente. Se adiestra al paciente para realizar irrigaciones en casa con solución salina 1000 cc por sonda de drenaje cada ocho horas por tres días y se cita en cuatro días con tomografía y para valorar retiro.

Se revisó tomografía axial computarizada de abdomen en donde se observó el páncreas de aspecto normal, con cambios posquirúrgicos secundarios a drenaje cistogástrico con prótesis, la cual se observó en una adecuada posición, por lo que se decidió el retiro de la misma con asa de polipectomía sin complicaciones, se observó y exploró el trayecto fistuloso, el cual se encontraba permeable y sin gasto.

Resultados: El paciente evolucionó satisfactoriamente, remitió la saciedad temprana, la pirosis, la regurgitación, aumento de peso 2 kg en un mes. Se documentó tomográficamente la remisión del pseudoquiste pancreático.

Conclusión: El drenaje de los PQP mediante QE a través de un abordaje endoscópico guiado por ultrasonido endoscópico, es una alternativa factible y debe ser considerada como primera opción terapéutica en pacientes específicos. Debe ser aplicado en centros donde exista una significativa experiencia en la práctica de ultrasonido endoscópico y técnicas afines, así como la posibilidad de otras variantes de tratamiento ya sea médico, quirúrgico o de radiología intervencionista en las patologías del páncreas, para de esta manera lograr el éxito en el manejo de los pacientes portadores de esta enfermedad.

Radiofrecuencia como tratamiento adyuvante de cáncer epidermoide residual de esófago

Flores-Carmona DY, Ramírez-Solís ME, Hernández-Guerrero, A, Alonso-Lárraga O, Rodarte-Shade M

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

Introducción: El cáncer de esófago es una de las neoplasias con peor pronóstico, debido a que su diagnóstico suele realizarse en estadios avanzados de la enfermedad. En la actualidad el cáncer de esófago es el tercero más frecuente de las neoplasias gastrointestinales y el séptimo en la lista de los cánceres en el

mundo occidental. Más del 95% de los casos se deben a dos variedades histológicas: el carcinoma epidermoide o escamoso y el adenocarcinoma. El primero es el más frecuente y presenta una gran variabilidad geográfica en su incidencia, siendo zonas hiperendémicas el Norte de China, África del Sur e India. El adenocarcinoma ha experimentado en los últimos años un incremento en los países occidentales, principalmente a expensas del esófago de Barrett. El carcinoma epidermoide es la variedad histológica más frecuente. Se origina en el epitelio pavimentoso poliestratificado del esófago. Se caracteriza por la multicentricidad y la asociación con neoplasias epidermoides de la boca, laringe y faringe. Si la recidiva es local, la lesión es resecable y el riesgo quirúrgico del paciente es aceptable, algunos autores recomiendan la resección quirúrgica. Si la recidiva es local, la lesión irresecable o el riesgo quirúrgico muy elevado, se recomienda radioterapia asociada a un tratamiento endoscópico.

Objetivo: Mostrar el manejo endoscópico con radiofrecuencia para el tratamiento de cáncer epidermoide residual de esófago.

Material y métodos: Reporte de caso clínico.

Caso clínico: Paciente femenina de 78 años de edad sin antecedentes crónicodegenerativos, con disfagia y odinofagia de tres meses de evolución y pérdida de 10 kg en dos meses. Se realizó endoscopia en febrero de 2011 en donde se observó un tumor hemicircunferencial difícilmente franqueable a los 20 cm de la arcada dental, se tomaron biopsias y se documentó un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. Se realizó ultrasonido endoscópico con mini sonda de 12 MHz tridimensional en donde se documentó que el tumor tenía de grosor 1.4 cm, afectando todas las capas de la pared y en íntimo contacto con la aorta sin invadirla y dos ganglios periesofágicos de 6 mm de aspecto maligno. Se determina T3N1M0. Se inició tratamiento con quimioradioterapia (QRT) cuatro sesiones, sin embargo la paciente la suspendió. La paciente regresó a seguimiento cuatro meses después de la última sesión de QRT y en la endoscopia se observó a los 20 cm de la arcada dental estenosis franqueable a los 20 cm de la arcada dental, se toman biopsias y no se identifican células neoplásicas; 16 meses después la paciente vuelve a tener disfagia, se realizó endoscopia y se detectó una úlcera de 10 mm con bordes elevados, con NBI la mucosa y el patrón vascular irregular, se toman biopsias y se documentó carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado recurrente, por lo cual se cita a radiofrecuencia. Se aplicó la primera sesión de ablación endoscópica endoluminal por radiofrecuencia utilizando el sistema BARRx (BARRx Medical, Inc., Sunnyvale, CA) a 104 Watts y 15 Joules con el catéter de ablación Halo-90, no hubo complicaciones inmediatas relacionadas con el procedimiento.

Resultados: Se citó en tres meses y se observó únicamente una lesión ligeramente elevada de 0.5 cm de diámetro, con NBI y magnificación de vasos tortuosos y confluentes al centro de la misma, se tomó biopsia de la lesión, se dio la segunda sesión a 115 Watts y 15 Joules. El resultado de patología demostró: Esofagitis crónica leve inespecífica. La paciente continúa en seguimiento.

Conclusión: El manejo con radiofrecuencia puede ser de utilidad en la consolidación del tratamiento adyuvante del cáncer epidermoide residual de esófago.

Necrosectomía pancreática percutánea

**Barba-Mendoza JA, Hernández TA, Alanis ME, Benítez TF,****Hernández CA, Cerecedo RJ**

Módulo de Endoscopia. Hospital General de Zona No. 32, IMSS, México, D.F.

Presentamos el caso de un paciente masculino de 46 años de edad, ingresado al Servicio de Cirugía por sepsis abdominal secundaria a necrosis pancreática encapsulada. Semanas previas a su ingreso presentó cuadro de pancreatitis aguda necrótica posterior a la ingesta copiosa de alimentos grasos y alcohol. Fue sometido a dos lavados quirúrgicos y colocación de drenajes abdominales sin mejoría en su estado clínico. Una TAC mostró un drenaje no funcional dentro de una colección peripancreática. El paciente rechaza el manejo quirúrgico y un abordaje endoscópico le es ofrecido como alternativa, el cual es aceptado. Bajo control fluoroscópico es avanzada una guía yag de 0.035", a través del drenaje percutáneo, asegurando el acceso a la colección. Usando la Técnica de Seldinger el drenaje fue retirado y posterior a la dilatación de la fístula de la pared abdominal utilizando un globo de expansión radial CRE de 10 mm se coloca manualmente una prótesis esofágica metálica autoexpandible parcialmente cubierta de 1.5 x 18 cm. Esto permitió un mejor drenaje, lavados continuos y necrosectomía pancreática endoscópica. Una vez asegurado un acceso permanente a través de la prótesis, el paciente fue sometido a lavados continuos con 1000 ml/día de solución salina. Siete sesiones fueron requeridas para lograr la desbridación y limpieza completa de la cavidad retroperitoneal. El paciente mejoró significativamente y fue egresado 21 días posteriores al procedimiento endoscópico inicial.

Uso de sonda en endomicroscopía confocal en pacientes con esófago de Barrett

Barreto-Zúñiga R, González-Fernández C, Grajales-Figueroa G

Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.

Introducción: La endomicroscopía confocal (EC) es una nueva modalidad endoscópica que permite obtener imágenes de muy alta resolución de la mucosa del tracto gastrointestinal; ya que ayuda a integrar la visión macroscópica y microscópica en tiempo real. Para obtener estas imágenes de alta definición, la EC requiere la administración de un contraste previo a la realización del estudio con un agente como la fluoresceína, el cual ha demostrado ser seguro en varios estudios. Desde 2005 cuando apareció por primera vez el primer estudio *in vivo*, la EC ha mostrado ser útil en distintas patologías del tubo digestivo, entre ellas el esófago de Barrett (EB). El EB se define como el cambio del epitelio escamoso normal por un epitelio columnar con presencia de células caliciformes, este cambio también es conocido como metaplasia intestinal. Las guías de vigilancia para el manejo de pacientes con EB menciona la toma de biopsias dirigidas de lesiones visibles, seguidas por biopsias al azar de los cuatro cuadrantes cada 2 cm (protocolo de Seattle). Este método para detectar displasia tiene varias fallas (consume tiempo, es costoso y no siempre es preciso), ya que sólo se biopsia una pequeña fracción del EB (aproximadamente

menos del 3.5% del total de la superficie de un segmento de 2 cm de longitud). Un análisis detallado sobre especímenes de esofagectomía de pacientes con EB, reveló áreas de displasia de bajo grado (DBG), displasia de alto grado (DAG) y cáncer como zonas muy focalizadas abarcando áreas muy pequeñas del EB. Hasta un 40% de displasia de alto grado se asoció a focos sincrónicos ocultos de adenocarcinoma después de una esofagectomía. Igualmente el EB está asociado a un incremento en el desarrollo de adenocarcinoma esofágico, una incidencia que ha incrementado de manera alarmante en las últimas décadas (incremento 300% en las últimas cuatro décadas. Éste tiene una supervivencia pobre (<5% a cinco años) secundario a un diagnóstico tardío, infiltración vascular, linfática temprana y a una baja vascularización del tejido, lo cual conlleva a una repuesta pobre a quimioterapia.

Ámpula de Vater y alteraciones periampulares: Serie de casos

Gutiérrez-Udave R, García-Compeán D, Gaytán-Cardona G, Uresti-Bustos R, Maldonado-Garza H, González-González JA

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

Introducción: Durante el estudio de la colangiografía retrógrada transendoscópica, la observación de la papila mayor, su localización y sus diversas alteraciones son de vital importancia para la planeación y éxito del procedimiento. Asimismo, diversas lesiones pueden estar presentes en dicha región y el conocimiento de las mismas es esencial para el correcto diagnóstico y tratamiento de éstas.

Objetivo: Contar con un video demostrativo de las patologías más frecuentes del área ampular y periampular de la papila de Vater.

Material y métodos: De un archivo de videos colectados y editados prospectivamente en nuestro Servicio, se catalogaron los videos de lesiones ampulares y periampulares del área de la ampolla de Vater. Resultado: El video muestra desde una ampolla de Vater normal, a una ampolla con edema, inflamación, datos de litiasis biliar previa, reciente y lito impactado así como los diversos tipos de divertículos paraampulares y tumoraciones benignas y malignas de dicha área. Conclusiones: Consideramos que este material aporta datos valiosos para la enseñanza de la endoscopia tanto diagnóstica como avanzada.

Helminiasi en ileoscopia. Presentación de un video

Gutiérrez-Udave R, González-Altamirano J, García-Compeán D, Maldonado-Garza HJ, González-González JA

Centro Regional para el Estudio de las Enfermedades Digestivas, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González y Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, NL.

Masculino de 46 años sin antecedentes, acude a la consulta de Gastroenterología por sintomatología de reciente inicio, caracterizada por distensión abdominal intermitente, asociada a dolor





abdominal moderado, generalizado y autolimitado, meteorismo y borborigmos. Todos los síntomas se presentaban en el periodo posprandial. Al interrogatorio, negó cambio en el patrón de las evacuaciones, sangrado macroscópico, pérdida de peso o síntomas constitucionales. A la exploración física, signos vitales normales y abdomen levemente doloroso, con peristalsis normal. Estudios de laboratorio, el fisicoquímico de heces no mostró anormalidad y el coproparasitoscópico seriado fue negativo para parásitos o huevecillos. Radiografías normales. Se iniciaron anti-espasmódicos, sin respuesta alguna. Se realiza entero TAC, el cual fue normal. Se procede a realizar colonoscopia. Se intuba válvula ileocecal y se aprecia pequeña imagen filiforme en ileon terminal. Al emplear magnificación, fue posible identificar un gusano segmentado, adherido a la mucosa, de aproximadamente 1 cm de longitud. Al emplear cromoendoscopia virtual y magnificación (FICE), se resaltan notablemente las características anatómicas del helminto, haciendo posible identificar sus tres principales estructuras: escólex, en el segmento anterior, viendo incluso las ventosas, a través de las cuales se adhiere a la pared intestinal. Este segmento es clave para la identificación de estos gusanos. La región del cuello, la más delgada, no se encuentra segmentada. De esta región, los nuevos segmentos o proglótides, se diferencian y empujan en sentido distal los proglótides antiguos, creando una cadena, que lleva el nombre de estróbilo. La anatomía descrita previamente concuerda con la de un céstodo intestinal. Existen dos géneros principales: el más conocido género *Taenia*, con especies *solum* y *saginata*, cuyos adultos llegan a medir varios metros; y el género *Hymenolepis*, que mide entre 0,8 mm y 8 cm. Al igual que el resto de ejemplares del orden *Cyathophylida* presentan cuatro ventosas en su escólex, las cuales en la mayoría de las especies contienen ganchos en su interior. El rostelo está "armado" con una corona simple que contiene entre ocho y 10 ganchos, aunque algunas especies carecen de rostelo y ganchos (*H. diminuta*). Sin embargo, no fue posible identificarlos en la colonoscopia. El paciente se trató con antiparasitarios, posterior a lo cual hubo mejoría notable de los síntomas.

Litotripsia biliar con láser de Holmium

Gutiérrez-Udave R, García-Compeán D, Maldonado-Garza HJ, Gaytán-Cardona G, González-González JA

Centro Regional para el Estudio de las Enfermedades Digestivas, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González y Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, NL.

Paciente masculino de 56 años de edad, referido de otro centro con antecedente de colecistecomía abierta complicada, con colocación de sonda en T, 10 años atrás. Después del retiro de la sonda en T, el paciente inicia con dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho de manera intermitente. Un mes antes de su ingreso a nuestro Hospital presenta dolor abdominal, con alteración de las pruebas de función hepática y dilatación de la vía biliar por ultrasonido abdominal. Se realizó CPR.E, visualizando defecto de llenado redondeado de 25 mm en su diámetro máximo y estenosis en parte media de coledoco. No se logra realizar extracción o litotripsia mecánica. Se coloca prótesis plástica 10

Fr. tipo Tannenbaum en coledoco. Se programa para litotripsia endoscópica con láser. Se retira la prótesis y se realiza colangiograma, el cual demuestra el gran lito. Se utilizó el *baby scope* (fibra) para efectuar la coledoscopía no siendo posible, por lo que se hace coledoscopía con equipo neonatal FUJI y láser de Holmium de 60 W (VersaPulse PowerSuite), utilizando fibra de 150 lm (Lumenis, Santa Clara, CA, USA). Se observa coledoco distal con equipo neonatal Fuji, visualizado gran lito enclavado. Con la guía aún dentro del coledoco, se avanza el coledoscopio hacia el lito. Se pasa la sonda láser y se pone en contacto con el lito. Se utilizó la técnica de fragmentación apuntando el centro de la piedra. Se aplicaron 1800 disparos para lograr fragmentar en su totalidad la piedra. No se realizó la extracción de fragmentos durante este procedimiento, y se coloca prótesis plástica 10 Fr. Tipo Tannenbaum. En un segundo tiempo dos meses después, se realizó extracción de los fragmentos con canastilla y balón dejando la vía biliar libre de litos. No hubo complicaciones posprocedimiento. A seis meses del estudio el paciente se encuentra asintomático, con pruebas de función hepática normales.

Obstrucción intestinal por litiasis biliar. Fístula colecistoduodenal

Gutiérrez-Udave R, Elizondo-Rivera RL, García-Compeán D, Maldonado-Garza HJ, Uresti-Bustos R, González-González JA

Centro Regional para el Estudio de las Enfermedades Digestivas, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González y Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, NL.

Paciente masculino de 74 años de edad, el cual tiene antecedente de úlcera gástrica antral, prepilórica, secundaria al uso de antiinflamatorios no esteroideos un año antes de su ingreso. Se realizó endoscopia de control a los tres meses, demostrándose cicatrización completa de la úlcera, piloro patente, y las biopsias negativas para malignidad. En esta ocasión acude a nuestro Hospital por presentar dolor abdominal, náusea y vómito de contenido gástrico-biliar de 48 horas de evolución. El paciente había reiniciado los antiinflamatorios no esteroideos por dolor articular, dos semanas atrás. En urgencias, deshidratado, taquicárdico y normotensio. La exploración física revela distensión abdominal, sin datos de irritación peritoneal con peristalsis ausente. Se considera la posibilidad clínica de enfermedad péptica complicada y se realiza endoscopia superior. Se encontró gran cantidad de contenido gástrico-fétilo (800 mL), el cual se aspira y se revisa estómago, el cual se encuentra distendido, sin lesiones ulcerosas y área de piloro normal y patente. Se pasa a duodeno y en bulbo duodenal una úlcera grande, la cual comunica a la vesícula biliar y tiene múltiples litos grandes color café verdosos. El duodeno con abundante líquido intestinal, pero no se observan litos biliares. Ante la sospecha de obstrucción intestinal por litiasis biliar, se realiza TAC de abdomen, la cual demostró neumobilia, neumocolecisto, litiasis vesicular y un lito obstruyendo ileon terminal. Se realiza laparotomía y se palpa lito en ileon, a 130 cm del ángulo de Treitz. Se extrae por enterotomía y se realiza cierre primario. El Síndrome descrito por Leon Bouveret, médico Francés en 1896, comprende clásicamente una fístula colecistoduodenal con obstrucción



duodenal por lito biliar. Esta presentación es la menos frecuente de los casos de obstrucción intestinal por litos biliares (1% a 3%). La presentación más frecuente es la obstrucción en ileon terminal. Se observa más en mujeres ancianas. El estudio endoscópico llega a ser diagnóstico en el 69% de los casos y TAC es el mejor método diagnóstico. El tratamiento es variable, desde extracción del lito por endoscopia, su destrucción por litotripsia mecánica o láser, laparoscopia o cirugía tradicional.

Exclusión pilórica resuelta por endoscopia

Aldama-Hernández JR, García-Arévalo F

Resumen clínico: Femenino de 84 años presenta desde hace tres días dolor abdominal generalizado, incapacidad para evacuar 24 hrs, náuseas, vómitos y distensión abdominal. AHF: Interrogados y negados. APNP: viuda, ama de casa, toxicomanías negadas APP: HAS TX. Valsartán 1 x 2. Valoración cirugía general abdomen agudo quirúrgico. Plan LAPE. QX. 10-11 julio

2010, Incisión suprainfraumbilical, líquido libre 800 cc, aspiración del mismo, apéndice edematoso, apendicectomía Zuckerman, maniobra de Smith, lavado de cavidad, drenajes a retroperitoneo bilateral, colecistostomía sonda foley, crómico 00, yeyunostomía Whitzel seda 000, cierre de piloro con técnica cerrada, seda 1, rafia de hígado 00 cc, puntos halsted, rafia de duodeno con seda 00. Lembert, cierre de maniobra de Smith, colocación de puntos de contención subtotal, cierre de pared y colocación de drenajes. Drenajes: retroperitoneo, transcavidad de los epiplones, retroperitoneo, cabeza de páncreas por maniobra de Kocher. Hallazgos: líquido de reacción libre en cavidad 800 cc, páncreas indurado, aumentado de tamaño en toda su extensión, con escasas áreas hemorrágicas, no jabones, vía biliar no explorada, vesícula con bilis clara, apéndice edematoso, colon con divertículos sin compromiso. Complicaciones: Laceración GII de hígado, cara visceral segmento II, de 2 cm y otra en el segmento VII, ambas de 2 cm, controladas con puntos y gelatina polimerizada, laceración de 4 mm de duodeno por desgarro de la sutura de exclusión. Ingresa a UCI del 11 al 13 de julio.

