

41 Reunión Nacional de Endoscopia 2013

Trabajos libres en video

Quiste de duplicación duodenal

Durón-Sibaja FE, Valencia-Gutiérrez O, Espinosa-Medina DR, Ponciano-Guerrero M, Cigarroa-Galicia O
Instituto Mexicano del Seguro Social, Oaxaca, Oax.,

Descripción del caso: Paciente femenino de 16 años sin antecedentes médicos, ni familiares de importancia, acude por dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho de dos días de evolución; presenta náuseas sin llegar a vómito, coluria y está afebril. Se realiza USG con datos de colecistitis aguda y quiste de páncreas; laboratorios de control relevantes: leucocitos 12 000, amilasa normal, bilirrubina total 2.4 expensas, directa de 1.4. Se somete a TAC abdominal, que muestra quiste de páncreas, probable cistoadenoma pancreático, por lo que se practica USE observando lesión anecoica homogénea en submucosa con litos, colédoco separado. A continuación se realiza CPRE (que es el video editado) la cual revela que la lesión abarca $\frac{1}{4}$ de la luz y es suave. Con hallazgos de USE se practica precorte, se amplía con esfinterótomo con salida de líquido y múltiples litos; se complementa con lavado abundante, salen más litos, se observa la descompresión de la lesión y se retiran los litos con canastilla. El procedimiento finaliza sin incidentes.

Los hallazgos fueron consistentes con una duplicación duodenal con mejoría considerable de la paciente después del tratamiento endoscópico; es una anomalía rara benigna congénita, tradicionalmente quirúrgica. Presentamos un caso de tratamiento endoscópico.

Hemorragia secundaria a vórtice ectópica en intestino delgado distal

Murcio PE, Deleon MJ, Téllez AF
Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D. F.

La hipertensión portal es una complicación frecuente de la cirrosis. Los cambios hemodinámicos secundarios al incremento de

la presión portal favorecen el desarrollo de colaterales porto-sistémicas (vórtices) con potencial riesgo de ruptura que condicione hemorragia.

La mayoría de las vórtices se localiza en la unión gastroesofágica o el fondo gástrico; sin embargo, también pueden formarse en otros sitios del tracto gastrointestinal. Cuando esto ocurre, reciben el nombre genérico de vórtices ectópicas.² Las localizaciones descritas con mayor frecuencia son duodeno, yeyuno, íleon, colon, recto, periestoma, árbol biliar y peritoneo, entre otras.

Las vórtices ectópicas representan un reto diagnóstico por su dificultad de localización y acceso. En general constituyen una minoría de los eventos de hemorragia digestiva (< 5%) y las recomendaciones para su tratamiento están basadas en series de casos con pocos pacientes y reportes de caso.

Presentamos el caso de una paciente con cirrosis biliar primaria e hipertensión portal que cursó con evento de sangrado digestivo secundario a vórtice ectópica en íleon medio, documentada con enteroscopia retrógrada, que ameritó tratamiento con cianoacrilato y posterior derivación porto-sistémica intrahepática transyugular (TIPS) por evento de resangrado.

Manejo endoscópico de fuga de anastomosis esófago-yeyunal

Rodarte-Shade M, Alonso-Lárraga O, Ramírez-Solís E, Campuzano-Arteaga O, Hernández-Guerrero A
Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Instituto Nacional de Cancerología, México, D. F.

Presentamos el caso de una mujer de 49 años de edad referida al Instituto Nacional de Cancerología. A su ingreso la paciente se encontraba en el día #18 posoperada de gastrectomía total por adenocarcinoma gástrico; había cursado una recuperación tórpidamente debido a fuga de anastomosis. Se realizó un trago de material hidrosoluble que evidenció fuga importante del contraste. En el día posoperatorio #26 se solicita apoyo al servicio de endoscopia. Se practica endoscopia superior evidenciando dehiscencia de 70% de la anastomosis esófago-yeyunal. Se procede a colocar con éxito una prótesis esofágica metálica autoexpandible totalmente cubierta. Cuatro días después de colocar la prótesis se administra



un trago de material hidrosoluble que demuestra ausencia de fuga de contraste. Se inicia dieta líquida y se progresa a papilla. Finalmente la paciente se egresa satisfactoriamente a los seis días de la colocación de la prótesis con buena tolerancia a la vía oral. Al cabo de un mes de haber colocado la prótesis y previo trago de material hidrosoluble, esta se retira con éxito.

Manejo endoscópico de complicaciones secundarias a bypass gástrico. Reporte de caso de manejo con dilataciones y colocación de *stent* vía endoscópica

Martínez-Martínez FJ,¹ Campos J,² Galvao-Neto M,³ Veja-Romero FA, Melo T,⁵ Lima J,⁵ Andrade C,⁵ Ferraz A⁵

¹Servicio de Endoscopia, Hospital General Rubén Leñero, México, D. F.

²Neo-Gastro, Recife, Brasil

³Gastro Obeso Center, Sao Paulo, Brasil

⁴Cirugía General, Hospital General Rubén Leñero, México, D. F.

⁵Universidad Federal de Pernambuco, Recife, Brasil

Antecedentes: Masculino de 41 años con IMC de 41 e hipertensión arterial sistémica se sometió a bypass gástrico con reconstrucción en Y de Roux vía laparoscópica (BYP). En el tercer día del posoperatorio presenta salida de material purulento por drenaje asociado con dolor abdominal. A la exploración física se encuentra con tensión arterial normal y afebril. Se inicia dieta a través de sonda de gastrostomía, en estómago excluido. Al décimo día posoperatorio se inicia vía oral, seguida de drenaje abdominal importante.

Procedimientos: Se realizó endoscopia de tubo digestivo proximal (al día 24 del posoperatorio) para diagnóstico, evidenciando dehiscencia de gastroeyunoanastomosis. Se inició tratamiento endoscópico con balón dilatador de 20 mm Rigidflex (Boston Scientific, Natick, MA). Cuatro días después se colocó, bajo control anestésico y fluoroscopia, *stent* esofágico Polyflex (Boston Scientific, Natick, MA).

Al cabo de ocho días de la colocación del *stent* no había drenaje abdominal.

Al décimo día se retiró la endoprótesis por medios endoscópicos y se observó cierre de la dehiscencia.

Posterior al retiro de la endoprótesis se realizó estudio contrastado a través de gastrostomía observando fuga de material de contraste. Se practicó control endoscópico observando fístula gastro-gástrica. Se efectuó dilatación usando balón dilatador de 20 mm Rigidflex (Boston Scientific, Natick, MA) y se colocó *stent* esofágico de Nitiol al segundo día.

Manejo endoscópico de estenosis faringo-esofágica secundaria a trauma de cuello. Reporte de caso

Martínez-Martínez FJ,¹ Vega-Romero FA,² Macías-Montiel GA²

¹Servicio de Endoscopia, Hospital General Rubén Leñero, México, D. F.

²Cirugía General, Hospital General Rubén Leñero, México, D. F.

Masculino de 17 años con antecedente de trauma complejo de cuello por instrumento punzocortante ocurrido el 15 de octubre de 2012, con lesión en cartilago tiroides, sección total de esófago, lesión de faringe, laringe y glándula tiroides, intervenido quirúrgicamente realizando cierre de esófago, así como traqueostomía y gastrostomía. Evoluciona con fístula salival, por lo que ingresa 12 h después de dicha cirugía a quirófano por dehiscencia de esófago. Se realiza cierre del mismo y evoluciona con disfagia para sólidos y líquidos, fístula salival y disfonía. Se somete a endoscopia inicial, que reporta pérdida de anatomía de estructuras de la fonación y sin paso de endoscopio hacia el esófago. Se le envía al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias para valoración, donde se propone reparación gástrica y de vía aérea en dos tiempos quirúrgicos. Ingresa al Hospital General Rubén Leñero el día 29 de enero de 2013. Se inicia nutrición mixta y se practica endoscopia por sitio de gastrostomía; se encuentra estenosis en unión esófago-faríngea, por lo que se efectúan tres dilataciones endoscópicas los días 13-03-13, 19-03-13 y 03-04-13. En la primera dilatación se encuentra estenosis severa en unión esófago-faríngea (de 5 mm), se introduce guía endoscópica y con dilatación con balón biliar, ferulizando esófago con sonda de Levin al final de evento endoscópico. En la segunda dilatación se introduce guía endoscópica por sonda de Levin y se realiza dilatación hasta 15 mm con globo hidrostático, sin dejar sonda nasogástrica al final del procedimiento. En el tercer evento endoscópico se encuentra banda fibrosa esófago-esófago por lo que se decide corte con electrocauterio y dilatación hidrostática. El paciente evoluciona con tolerancia a la vía oral (desde el primer evento endoscópico) al recibir dieta líquida 24 h después de la primera endoscopia. Actualmente tolera dieta normal sin presentar disfagia y la fístula salival cerró de manera espontánea. El paciente evolucionó con mejoría, inició dieta líquida y luego blanda, y presentó cierre espontáneo de la fístula salival.

Conclusión: El manejo endoscópico de las complicaciones secundarias a bypass gástrico es una opción de tratamiento que evita reintervenciones quirúrgicas, con buenos resultados.

Miotomía endoscópica peroral en modelos animales inanimados en el proceso de aproximación a la técnica

Fuentes-Rojas I, Torices-Escalante E, Domínguez-Camacho L. Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Regional 1º de Octubre, ISSSTE, México. D. F.

La miotomía endoscópica peroral (POEM) se ha desarrollado en el contexto de la cirugía de mínima invasión a través de orificios naturales como una buena alternativa de tratamiento para la acalasia esofágica sintomática. La POEM se considera un procedimiento seguro que puede aplicarse a todos los pacientes con acalasia. Sin embargo, su baja



incidencia en combinación con las potenciales complicaciones graves relacionadas con el procedimiento técnicamente demandante ha dificultado la formación de endoscopistas expertos.

El objetivo de este trabajo es mostrar la experiencia del Servicio de Endoscopia Gastrointestinal del Hospital Regional 1º de Octubre en la aproximación a la técnica de POEM en simuladores biológicos inanimados.

