

# Trabajos en calidad de poster presentados en el XLV Congreso Venezolano de Gastroenterología, XXVI Congreso Venezolano de Gastroenterología Pediátrica y XIX Encuentro Latinoamericano de Intestino Delgado: Video capsula y Enteroscopia

## RESÚMENES DE TRABAJOS (POSTERS)

### EDUCACIÓN MÉDICA

#### PEM001 DISMINUCIÓN DE LA DMO EN PACIENTES CON EII

Ligia Ortega, Yohan Mosquera, Franco Naressi, Penelope Nuñez, José Nuñez, Yennyamar Pacheco CMPJGH

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), es una patología gastrointestinal crónica de etiología multifactorial. Una complicación frecuente en esta entidad es la disminución de la densidad mineral ósea (DMO). El objetivo de esta investigación es describir los hallazgos de la DMO en pacientes adultos con EII atendidos en el Centro Médico Pediátrico Dr. José Gregorio Hernández, durante agosto-septiembre de 2022. **Material y Método:** Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal con 10 pacientes adultos diagnosticados con EII. Las mediciones de DMO se efectuaron en la columna lumbar y el cuello femoral mediante DXA. **Resultados:** La edad promedio de los pacientes fue de 47.5 años, con una distribución equitativa por sexo. El 40% presentó manifestaciones extra-intestinales. En cuanto a la DMO, el 40% tuvo DMO normal, el 20% osteopenia y el 40% osteoporosis. Se observó una disminución significativa en la DMO de la cabeza del fémur. El 60% han recibido esteroides como parte del tratamiento. No se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la baja DMO y factores como sexo, edad, IMC y uso de suplementos de calcio y vitamina D. **Discusión y Comentario:** Los resultados son consistentes con estudios previos que muestran alta prevalencia de osteopenia y osteoporosis en pacientes con EII. La falta de correlación significativa puede deberse al tamaño reducido de la muestra. **Conclusiones:** Los pacientes con EII tienen un riesgo elevado de disminución de la DMO. Se recomienda monitoreo regular y suplementación adecuada de calcio y vitamina D para prevenir complicaciones óseas.

#### PEM002 LITIASIS BILIAR PRIMARIA RECURRENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Lorena Carrión, Antonio Zapata HGO

La litiasis coledociana se define como la presencia de cálculos en el colédoco, como resultado de su migración desde la vesícula (litiasis coledociana secundaria) o de su formación in situ en la vía biliar (litiasis coledociana primaria). El objetivo del trabajo es presentar un caso de ictericia obstructiva biliar primaria recurrente de paciente colecistectomizada hace 3 años. Se trata de paciente femenino de 62 años, con antecedente de Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) extra institucional por coledocolitiasis y colecistectomía convencional en 2021 y CPRE en 2023 en nuestra institución, quien refiere inicio de enfermedad actual el día 06/06/2024 caracterizado por presentar dolor abdominal de aparición insidiosa, localizado en epigastrio, que se irradia a hipocondrio derecho e izquierdo, de tipo cólico, de moderada intensidad, concomitante náuseas, 24h después se asocia ictericia generalizada y fiebre de 38.5°C que cede a la administración de dipirona IV, por lo que acude a nuestro centro donde es evaluada, se realiza ultrasonido abdominal, evidenciando colédoco dilatado en su porción media y distal (10 mm), exámenes de laboratorio que reportan leucocitos en 23.300, neutrófilos 93.1%, AST: 142 U/L, ALT:132 U/L, ALP: 422 U/L, BT: 10.20 mg/dl, BD: 9.42 mg/dl. Se realiza CPRE con evolución posterior favorable por lo que se egresa. En el caso reportado, es importante el antecedente de colecistectomía; en general, la presencia de cálculos dentro del conducto biliar después de la colecistectomía generalmente se considera "retenida" dentro de los 2 años posteriores a la colecistectomía o "recurrente" después de este período.

## PEM003

### **SANGRADO DIGESTIVO INFERIOR COMO MANIFESTACION POCO COMUN DEL SINDROME DE KLIPPEL TRENAUNAY: REPORTE DE CASO**

Venus Villegas, Alismary Arenas, Noraidel Alvarez HUDJMCR

El síndrome de Klippel-Trenaunay es una entidad poco frecuente, descrita en 1900 por dos médicos franceses, con una incidencia estimada en 1 de cada 100.000 nacidos vivos. Se caracteriza por la presencia de malformaciones arteriovenosas, de predominio en miembros inferiores, que generan hipertrofia en huesos y tejidos blandos. Rara vez afecta el tracto gastrointestinal, pero, si lo hace, puede causar importante sangrado digestivo, llegando a comprometer la vida del paciente. Se presenta caso clínico de paciente masculino de 24 años de edad, que ingresa en repetidas ocasiones, por presentar rectorragias, en abundante cantidad, acompañado de astenia y mareos, causando anemia recurrentes, en el último ingreso se solicitan paraclínicos reportando HB 8,9 gr/dl y Hematocrito 27,4 %, TP 0,89 seg, TPT -2,10seg, por esta razón se le indican 2 unidades de concentrado globular, posterior a la compensación hemodinámica, se realiza estudio de colonoscopia evidenciándose causa de sangrado: Varices Rectales gruesas hasta recto alto, y hemorroides internas grandes en corona con estigmas de sangrado reciente, refiriéndose a la consulta de coloproctología, ya que esta es una opción a considerar para controlar el sangrado y mejorar la calidad de vida del paciente. Palabras claves: síndrome de Klippel-Trenaunay, rectorragias, varices rectales, hemorroides internas.

### **PEM004 METÁSTASIS HEPÁTICA SINCRÓNICA DE ADC COLORRECTAL: REPORTE DE CASO**

Alfredo Monsalve, Maria Isabel Ramirez, Braandoon Ramirez, Silvia Rojas, IAHULA

Introducción: es bien sabido que el cáncer colorrectal es uno de los más frecuentes a nivel mundial y su sospecha clínica es uno de los mayores detonantes para realizar estudios endoscópicos. En sus etapas avanzadas es un hallazgo frecuente la metástasis hepática. Caso clínico: paciente masculino de 52 años de edad quien consulta por dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho asociado a pérdida de peso y síntomas de distress postprandial asociados a masa palpable en cuadrante superior izquierdo, siendo llevado a endoscopia digestiva superior observando compresión extrínseca gástrica, por lo que es llevado a tomografía computarizada abdominopélvica contrastada, en la que se observa lesión hepática de gran tamaño con múltiples lesiones satélites en ausencia de clínica sugestiva de alguna lesión primaria, por lo que se toma biopsia por trucut arrojando resultados para ADC de colon corroborados por inmunohistoquímica. Se realiza colonoscopia en la que se observa lesión a nivel de colon

sigmoides, por lo que es remitido a servicio de oncología donde recibe protocolo FOLFOXIRI + avastin por 6 meses logrando mejoría imagenológica y endoscópica Conclusiones: en el diagnóstico de cáncer colorrectal siempre se ha tomado en cuenta la clínica para establecer la necesidad de estudios endoscópicos. Acorde a la experiencia de este caso se debe dar importancia a la pesquisa endoscópica y pruebas como la SOH al evidenciar lesiones hepáticas de aspecto maligno dada su alta relación con el cáncer colorrectal

### **PEM005 SHOCK SEPTICO SECUNDARIO A OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ÍLEO BILIAR**

Rosalía Perazzo, Kira León, Biandi Guerrero, H.U.M.P.C.

Caso infrecuente de íleo biliar, en paciente femenina de 66 años de edad con factores predisponentes a esta patología, como es: la obesidad, litiasis vesicular asintomática, mayor a 60 años, sexo femenino. En la cual el manejo temprano pudo disminuir el riesgo de complicación, en este caso shock séptico de punto de partida abdominal con falla renal. La resolución quirúrgica oportuna incrementa la tasa de supervivencia, por lo que actualmente es considerado el manejo estándar. El apoyo con los estudios imagenológicos orientan al diagnóstico efectivo. Resumen de caso: femenina de 66 años de edad, con hipertensión arterial y obesidad grado II, con dolor abdominal con 5 días de evolución, tipo cólico de moderada intensidad, localizado en hemiabdomen inferior, de predominio en fosa ilíaca izquierda, ausencia de evacuaciones y emesis de contenido alimentario. Abdomen: globoso a expensas de panículo adiposo, ruidos hidroaéreos disminuidos, distendido, doloroso a la palpación superficial y profunda en hemiabdomen inferior. Ultrasonido abdominal: asas intestinales dilatadas, imagen anecogénica que toma la forma de espacio que ocupa en región perihepática e interasa. Laboratorios: leucocitosis: 17.300mm<sup>3</sup>, segmentados: 70%, urea: 109gr/dL, creat: 5.1gr/dL, sodio: 122mEq/L, glicemia: 189gr/dL. Tomografía de abdomen y pelvis: fístula colecistoduodenal, cálculo biliar impactado en porción de íleon terminal, neumobilia. Hallazgos quirúrgicos: lito biliar en íleo terminal a 300cm de asa fija de 4X3cm y 500cc de bilis intestinal, dilatación de asa delgada, edema y cambios de coloración irreversibles. El paciente evoluciona a shock séptico de punto de partida abdominal con falla renal.

### **PEM006 ADENOCARCINOMA MUCINOSO COLÓNICO METASTÁSICO Y SU DEBUT COMO APENDICITIS AGUDA. REPORTE DE UN CASO INUSUAL.**

Carmen Vázquez, Saturnino Fernández, HUC

La apendicitis aguda es un padecimiento frecuente pero su asociación como primer síntoma de cáncer colorrectal (CCR) es inusual, con una incidencia reportada de 3.4- 15% sobre todo

en pacientes menores de 40 años. El cáncer colorrectal, por su lado, corresponde a un 10% de los cánceres diagnosticados a nivel mundial cada año, siendo el segundo más frecuente en mujeres y el tercero en hombres. La distribución del CCR asociado a apendicitis aguda es: ciego (43.7%), colon ascendente (18.8%), colon transverso (12.5%), colon sigmoideos (12.5%) y recto (12,5%); las neoplasias pueden causar obstrucción de la luz del apéndice y resultar en apendicitis aguda. Se reporta el caso de una paciente femenina de 32 años de edad, sin antecedentes patológicos conocidos, con clínica aparente de apendicitis aguda; se realiza ultrasonido abdominal en el que se evidencia imagen en Diana, tubular y aperistáltica, de paredes engrosadas, con centro hiperecogénico en su interior, tras apendicetomía que deriva a laparotomía exploradora los hallazgos quirúrgicos reportaron: tumor en ciego con infiltración a apéndice cecal. Se realizó hemicolectomía radical derecha y segmento de íleon distal más ciego y apéndice cecal, más colon ascendente y plastrón adenomegalico de mesocolon derecho e íleo-transverso-anastomosis; con resultados histopatológicos que alcanzaron el debut de un Adenocarcinoma mucinoso ulcerado, moderadamente diferenciado. Se presenta este caso clínico debido a la poca frecuencia de encontrar incidentalmente esta entidad en una apendicetomía a causa de manifestaciones propias de una apendicitis aguda.

#### **PEM007 LINFOMA DE BURKITT EN PACIENTE CON VIH. UN DIAGNOSTICO INUSUAL. A PROPOSITO DE UN CASO**

Neiry Magdaleno, Anais Garcia, Sylvia Benitez, Ana Elia Guerra

**Introducción:** El linfoma de Burkitt es el primer tipo de linfoma No Hodgkin descrito en asociación con la infección por VIH. Representa entre el 30% y el 40% de los linfomas no Hodgkin en pacientes VIH+ con predominio en el sexo masculino.<sup>1,2</sup>  
**Caso clínico:** En nuestro trabajo presentamos un Masculino de 53 años quien durante 8 meses de evolución presento síntomas B (Pérdida de peso, fiebre, escalofríos) asociado a una gran masa retroperitoneal. Al realizarse serología VIH reporta positiva debutando con un conteo de CD4+ 37,0cel/ul concluyente para SIDA estadio C3. Al asociarse disfgia esofágica se realizan estudios endoscópicos evidenciando afectación difusa de la mucosa gástrica con múltiples lesiones ulceradas en cuerpo y duodeno sospechosas de origen linfoproliferativo la cual se confirmó mediante biopsia e inmunohistoquímica concluyendo como linfoma no hodgkin tipo Burkitt asociado a VIH estadio IIIbx según Ann Arbor. A pesar de criterios clínicos de alto riesgo se siguieron pautas internacionales e inició terapia antiretroviral, quimioterapia citoreductora y profilaxis primaria para gérmenes oportunistas. **Discusión:** La asociación entre el Virus de inmunodeficiencia humana y el linfoma de Burkitt se debe a la supresión del sistema inmunológico. La forma de presentación clínica suele ser grave y de rápida progresión, con una morbimortalidad superior al 50%, tomando en cuenta que el pronóstico depende

de varios factores como el estadio de la enfermedad, la respuesta terapéutica y la función inmunológica del paciente. Por lo tanto, el diagnóstico y el tratamiento suelen ser desafiante.<sup>2</sup>

**Palabras Claves:** Linfoma de Burkitt, Linfoma No Hodgkin, VIH, Inmunosupresión.

#### **PEM008 ACALASIA ESPASTICA TIPO III: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Rosalía Perazzo, Biandi Guerrero

La acalasia es el trastorno motor esofágico de mayor frecuencia, en el que los músculos del esfínter esofágico inferior no se relajan adecuadamente. Reporte de caso: Masculino de 55 años, con enfermedad actual de 1 año de evolución, presentando disfagia, odinofagia, espasmos esofágicos que duran minutos y seden espontáneamente, dolor torácico que irradia a epigastrio, inapetencia y pérdida de peso. Examen físico: Eupneico, hidratado, tolerando escasamente liquido a través de la vía oral. Laboratorios: dentro de límites normales. Se realiza endoscopia digestiva superior (31-05.23), se concluye: Esofagitis eosinofílica, Acalasia?? Biopsia: Esofagitis eosinofílica. Endoscopia superior: el (16-08-2023): se evidencia: antro: mucosa de aspecto congestiva eritematosa, hacia curva mayor con cara posterior se observa sobre pliegue polipoideo, lesión elevada sésil con erosión superficial. Biopsia: Pólipo hiperplásico de glándulas antrales. No se observaron atipias. Esófago baritado: hallazgos subjetivos de Acalasia. Manometría esofágica: la mayoría de los tragos son inespecíficos. Neurogastroenterólogo, concluye: Acalasia tipo III o acalasia espástica Clasificación de Chicago 4.0 y sugiere realización de miotomía de Heller. Sin embargo, es realizada la miotomía endoscópica peroral (POEM), con mejoría satisfactoria. **Discusión:** la miotomía endoscópica preoral, es un procedimiento innovador y mínimamente invasivo diseñado para tratar la acalasia y otros trastornos de la motilidad esofágica. **Conclusiones:** al realizar una miotomía de los músculos del esófago a través de la técnica endoscópica POEM, se ofrece ventajas significativas, como una recuperación más rápida y menos complicaciones en comparación con la cirugía abierta convencional. Actualmente esto representa un gran potencial para mejorar la calidad de vida.

#### **PEM009 CUERPO EXTRAÑO EN ABDOMEN, COMPLICACIONES ASOCIADAS: REPORTE DE DOS CASOS**

Rosalía Perazzo, Biandi Guerrero, Anny Sandoval

Los cuerpos extraños en abdomen son complicaciones de procedimientos quirúrgicos, que, aunque no exista una tasa

precisa de casos aumentan el riesgo de mortalidad. Presentación de caso 1: Femenino de 49 años, consulto por dolor abdominal, distensión y vómitos. Examen Físico: abdomen: distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos en hemiabdomen izquierdo, signos de irritación peritoneal. Ecografía abdominal: signos ecográficos de obstrucción Intestinal. Rx Abdomen simple: cintilla radiopaca del textil. Laparotomía exploradora: Ovillo de asas firmemente adherido en relación a compresa. Evolución satisfactoria. Caso 2: Masculino de 50 años, con salida de secreción purulenta a través de orificio cutáneo de laparoscopia previa de colecistectomía por obstrucción biliar, posteriormente realizan fistulectomía laparoscópica por fístula hepatocutánea, persistiendo secreción y alzas térmicas. Antecedentes: litiasis vesicular. CPRE en 4 oportunidades por litiasis coledoceana, previo a colecistectomía laparoscópica. Colecistectomía laparoscópica con drenaje de abscesos. Drenaje de absceso hepático guiado por tomografía. Examen físico: incisión subcostal derecha con salida de secreción purulenta, fétida. Ecografía abdominal: imagen neo vesícula vs colección en lecho vesicular. Hospitalización: se evidencia salida de cuerpo extraño a través de fístula enterocutánea (compresa). Rx abdomen simple de pie: visualizando cintilla radiopaca. Hallazgos de laparotomía exploradora: compresoma adherido a tejido celular subcutáneo, aponeurosis y peritoneo parietal. Evolución satisfactoria. Discusión: 80% de objetos extraños dejados en el abdomen, corresponden a compresas. El diagnóstico es incidental, y debido a las implicaciones legales, existen pocos registros. Conclusiones: Dejar un cuerpo extraño es un problema actual, donde el equipo quirúrgico juega un papel fundamental en la prevención de estos incidentes.

## ENDOSCOPIA

### PE010 ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS PARA EL MANEJO DE LA ECTASIA VASCULAR GÁSTRICA ANTRAL (GAVE): A PROPOSITO DE UN CASO

Carlos Anchundia Pico, Pedro Pablo Sivira HGO

Determinar la eficacia de la ligadura endoscópica con bandas elásticas en paciente con ectasia vascular gástrica antral constituyendo una alternativa por su menor costo, sesiones y mejor evolución clínica del paciente comparado con la termocoagulación con argón plasma. El GAVE es una causa infrecuente de hemorragia digestiva alta cuya forma de presentación más habitual es la anemia microcítica hipocrómica. Una gran proporción de los pacientes tiene antecedente de cirrosis hepática o enfermedades del tejido conectivo relacionadas al síndrome de Raynaud o esclerodermia y muchos sin una etiología a precisar. El compromiso es de intensidad variable, sin embargo, en casos graves los pacientes pueden requerir transfusiones en forma permanente.

### PE011 MELANOMA ESOFÁGICO PRIMARIO: REPORTE DE UN CASO

Claudia Pimentel, Dervis Bandres, Jose Soto, Sandra Romero, Barbara Martinez

El melanoma esofágico es una entidad extraordinariamente rara, la cual representa en la mayoría de los pacientes un pronóstico desfavorable. En Venezuela, éste paciera ser el primer caso reportado, diagnosticado por medio del ultrasonido endoscópico. El pilar fundamental en el diagnóstico del mismo es la histología con la inmunohistoquímica, debido a que sus diferentes formas de presentación, proporcionan una clínica inespecífica que dificulta la identificación de la misma, en estadios tempranos de la enfermedad. En el siguiente reporte de caso, un paciente masculino de 76 años de edad presenta desde hace semanas disfagia a sólidos, que posteriormente progresa a líquidos, y en vista de la sintomatología, se indican diversos paraclínicos los cuales llevaron al diagnóstico del paciente.

### PE012 HERNIA HIATAL GIGANTE: A PROPOSITO DE UN CASO

Marianni Alessandra London Martinez, Ana Carolina Moreno Sosa, Hospital General Del Oeste

Introducción: La hernia hiatal gigante consiste en el desplazamiento hacia el tórax de más del 30 % del estómago, lo que origina una protrusión anormal por encima de la pinza diafragmática. Esto puede ocurrir por varios mecanismos como la aparición de alteraciones a nivel de la unión gastroesofágica o por atrofia diafragmática, que puede darse por varias razones como cambios involutivos, traumatismos extensos o daños ocasionados al nervio frénico. Suelen ser asintomáticas, sin embargo, cuando se presentan manifestaciones clínicas, estas varían dependiendo del tamaño y van desde dolor torácico o epigástrico, náuseas, vómitos y distensión abdominal. A medida que el estómago se hernia hacia el tórax, éste va rotando. La rotación más común es la rotación anterior órgano-axial, donde el estómago rota a lo largo de su eje longitudinal, con movimiento hacia anterior y luego hacia cefálico de la curvatura mayor. Objetivo: Describir un paciente con hernia de hiato tipo III diagnosticada mediante TAC multicorte y serie esófago-gastro-duodeno baritado. Discusión y comentario: Las hernias de hiato son las anomalías más frecuentes del tracto digestivo superior, la tipo III es una de las presentaciones menos frecuentes, pudiendo cursar con intolerancia a la vía oral, vómitos y pérdida de peso, lo cual hace sospechar de otras etiologías; y a pesar de varias endoscopias se hace difícil su diagnóstico, siendo así, la TAC multicorte y el estudio radiológico baritado fundamentales para el diagnóstico. Conclusiones: De este caso clínico se destacan las distintas sospechas diagnosticas que se plantearon en el transcurso de la enfermedad, hasta llegar a un diagnóstico de hernia hiatal, lo

cual sirve de guía para que los médicos tengan más en cuenta esta patología en su práctica clínica.

## **PE013 CÁNCER GÁSTRICO EN ADULTOS JÓVENES. UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Neydí Nathaly Barrera Bermúdez, Saturnino José Fernández Bermúdez, HUC

El cáncer gástrico (CG) es el quinto tumor diagnosticado con más frecuencia y la tercera causa de muerte por cáncer en el mundo. Más del 95% de los casos nuevos se diagnostican en pacientes mayores de 40 años. Si bien la incidencia ha disminuido en las últimas décadas; se ha informado una tendencia estable o ligeramente creciente en adultos jóvenes (AJ). Traemos el caso de un paciente masculino de 24 años de edad quien es referido a nuestro centro en contexto de dispepsia funcional y pérdida de peso con tratamiento sintomático sin mejoría. Se realiza ultrasonido abdominal donde se evidencia pared gástrica engrosada realizando gastroscopia la cual concluye CG Bormann IV cuyo estudio anatomopatológico reporta Adenocarcinoma poco diferenciado, tipo difuso con células en anillo de sello. Motivo por el cual se efectúa tomografía de tórax abdomen y pelvis evidenciándose imágenes sugestivas de metástasis mesentérica. Durante su evolución clínica en vista de paciente persistir con dolor abdominal y aumento de su intensidad se realiza neurólisis del plexo celiaco, con mejoría del dolor, sin embargo tras inicio de quimioterapias el paciente fallece. El CG en pacientes menores de 35 años constituye una entidad poco frecuente. La mayoría de estos se encuentran en estadios avanzados en el momento diagnóstico, quizás por el predominio del tipo histológico difuso. Por eso, la gastroscopia en pacientes con síntomas dispépticos que no mejoran con el tratamiento convencional puede favorecer un diagnóstico precoz que permita que permita un tratamiento con intención curativa y una mejora de la supervivencia.

## **PE014 AMEBIASIS INTESTINAL LA GRAN IMITADORA**

Gabriela Abreu, Raul Monserat, Anais Garcia, Neyris Magdaleno

Masculino de 38 años de edad quien refiere inicio de enfermedad actual 3 meses previos a su consulta con la aparición de dolor abdominal tipo cólico, en región periumbilical de leve intensidad irradiado a hemiabdomen inferior. Concomitantemente diarreas frecuentes, 1 a 2 por semana, consistentes en evacuaciones líquidas o semilíquidas, sin restos hemáticos. Perfil General de Laboratorio. Hb 14 gr/dl Neu: 70 % Eosinófilos: 5% Examen de heces en fresco normal (x3) Coprocultivo negativo se realiza colonoscopia donde se evidencia lesión mamelonante ulcerada en ciego por lo que se plantea probable CA de colon y se toman muestras para biopsia

el cual reporta entamoeba histolytica por lo que se indica tratamiento con metronidazol 500mg cada 8hrs por 10 días, un mes posterior se realiza colonoscopia postratamiento el cual se reporta normal.

## **PE015 DISFAGIA SECUNDARIA A GIST DE LA UEG: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Yudith Díaz, Ana Moreno, Hospital General Del Oeste.

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST por sus siglas en inglés) representan menos del 2% de las neoplasias del tubo digestivo, sin embargo, son las neoplasias mesenquimales del tracto gastrointestinal más frecuentes. Pueden localizarse en cualquier parte del tracto gastrointestinal. Los órganos más comprometidos son estómago (50-60%) seguido del intestino delgado (20-30%), siendo el GIST esofágico muy poco común, con menos de 1% de incidencia. Su incidencia es de 4-10 casos/millón de habitantes/año, siendo más frecuentes entre la cuarta y la sexta década de la vida, con un leve predominio en el sexo masculino. (Histológicamente los GIST pueden variar desde los tumores de células fusiformes y epitelioides a los tumores pleomórficos. En contraste con otros tumores mesenquimales esofágicos, los GIST son inmunorreactivos para la proteína KIT (CD 117) en más de 95% de los casos y frecuentemente se co-expresan con CD34 (60-70%). Describiremos la clínica, diagnóstico con hallazgos endoscópicos y tomográficos de tumor maligno con biopsias negativas para malignidad por lo que se decide indicar biopsia guiada por ultrasonido endoscópico de un paciente masculino de 64 años con resultados de tumor del estroma gastrointestinal.

## **PE016 LINFOMA GÁSTRICO TIPO MALT Y VIH A PROPÓSITO DE UN CASO**

Deysis Diaz , Yuraima De Andrade, Yorbell Mendoza HDL

Introducción: Los pacientes con VIH tienen mayor riesgo de desarrollar linfomas, el conteo de linfocitos CD4+ es un factor determinante, la infección por *Helicobacter pylori* (Hp) está relacionado con algunos LNH de bajo grado como son los tipo MALT. Palabras claves: Linfoma, MALT, VIH, *Helicobacter pylori*. Presentación del Caso: Masculino 43 años, homosexual VIH (+), en tratamiento con Acryptega (CD4: 293/mm<sup>3</sup> y carga viral: 50 copias), un mes y medio previo al ingreso presenta dolor epigástrico opresivo, distensión abdominal, llenura y náuseas, pérdida 20 kg de peso, luego se asoció fiebre nocturna, tos húmeda, disnea y vómitos. Examen físico: regulares condiciones generales, taquicárdico, taquipneico, deshidratado, hipoxémico, ictericia leve. Tiraje intercostal, ruidos respiratorios disminuido con crepitantes en 2/3 inferiores izquierdo. Abdomen: distendido, con bazuqueo positivo, doloroso en epigastrio e hipocondrio izquierdo. Laboratorios:

Hemograma, funcionalismo renal sin alteraciones, AST: 132 U/L, ALT: 200 U/L, BT; 5.8 mg/dl, BD: 3.8 mg/dl, LDH: 890 U/L, VHB y C, VDRL negativos. Radiología de Tórax infiltrado micronodular. Ecosonograma Estomago de paredes engrosadas, Hepatomegalia Videogastroscoopia: Tu gástrico Bormann III. Biopsia Inmunoquímica: Maltoma Gástrico y presencia de Hp. TAC Abdominal: Hepatomegalia, Adenopatías retroperitoneales, Estomago de paredes engrosadas. Diagnósticos: 1. LINFOMA GÁSTRICO TIPO MALT 2. INFECCIÓN POR HIV/SIDA 3. NEUMONIA POR GERMENES OPORTUNISTAS COMENTARIOS: Los pacientes VIH con Linfoma gástrico tipo MALT responden bien al tratamiento para Hp y TARGA, sin agentes antineoplásicos.

## PE017 COLOCACIÓN DE PRÓTESIS ESOFÁGICA EN COMPRESIÓN TUMORAL EXTRÍNSECA. UN ABORDAJE INUSUAL

Anais Garcia, Jose Soto, Jose Di Giorgio, Floranyer Gonzalez

Paciente masculino de 70 años, con cuadro clínico de disfagia progresiva de sólidos a líquidos. Con antecedente de linfoma no Hodgkin. Realizan gastroscopia donde evidencian estenosis en esófago distal, efectúan toma de biopsia cuyos resultados no reportan malignidad, es evaluado por el servicio de cirugía general para la realización de laparoscopia exploradora donde observan tumor que comprime la unión esófago gástrica, se toman biopsias, reportando ADC metastásico; al mismo tiempo realizan gastrostomía quirúrgica. Se realiza gastroscopia, en vista de asociarse sialorrea, donde se observa estenosis que no permite el paso del endoscopio pediátrico ni de guía metálica, se procede a introducir endoscopio a través de ostomía observando un orificio que coincide con el esfínter esofágico inferior donde se progresó de forma retrógrada generando dilatación de la estenosis que permitió el paso de la guía metálica vía anterógrada, es atrapada con una pinza y se exterioriza a través de la ostomía. Se realizan dilataciones con Savary y balón hidrostático, se introduce nuevamente gastroscopio vía retrógrada para intentar ampliar estenosis, avanzando hasta tercio medio de esófago. Posteriormente se procede a introducir prótesis vía anterógrada, se cambia a endoscopio terapéutico, se libera prótesis y finalmente se realiza endosutura. Conclusión: Las prótesis esofágicas representan una opción valiosa en el manejo de diversas patologías esofágicas, mejorando la calidad de vida de los pacientes y reduciendo la necesidad de intervenciones repetidas.

Palabras clave: Disfagia, estenosis, gastrostomía, prótesis esofágica, endosutura, ostomía, Savary, balón hidrostático, stent.

## PE018 PANCREATITIS VS HIPERAMILASEMIA POST CPRE. EXPERIENCIA DEL “HOSPITAL GENERAL DEL OESTE”

Paola Laya, Gabriel Echeverria, Angy Brito

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento diagnóstico y terapéutico de patologías biliopancreáticas, con el avance de técnicas como la ultrasonografía endoscópica (USE) y la colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM), con tasas de complicaciones habitualmente bajas, ha quedado a fines exclusivamente terapéuticos. Las complicaciones se presentan en bajo porcentaje, dentro de los cuales esta descrito Pancreatitis aguda, colangitis, hemorragia postesfinterotomía y perforación retroperitoneal, el siguiente estudio tiene como objetivo estudiar y analizar los pacientes con hiperamilasemia vs pancreatitis post CPRE. Material y Método: es un estudio descriptivo, prospectivo, analítico y observacional, la población estuvo compuesta por los pacientes que se atendieron en la unidad de biliopancreáticos en el Hospital General del Oeste por causas benignas obstructivas y malignas. Resultados: se realizaron un total de 126 CPRE durante el periodo de Septiembre del 2023 a Junio del 2024, obteniéndose resultado del amilasa y lipasa en 80 pacientes, donde encontramos un 12,3% de pancreatitis aguda post CPRE y 18,51% de hiperamilasemia asintomática. Discusión: El presente trabajo como experiencia en nuestro servicio respecto a la pancreatitis post-CPRE si bien es frecuente, en nuestro grupo objeto fue superior al límite internacional establecido, a pesar manos experimentadas y con alto nivel de entrenamiento se podría reducir, pero debido a las limitaciones con equipos y accesos podrían elevar dicho porcentaje. La hiperamilasemia asintomática fue (18,5%). después de la CPRE, el paciente no presenta dolor.

## GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA

### PGP019 INFECCIÓN POR SARCINA SPP. REPORTE DE UN CASO.

Eleana Gómez, Nina Colina, Dayana Fajardo, Estefanía Rojas HMUCA.

Introducción: Sarcina ventriculi es un coco grampositivo, identificado por primera vez como patógeno humano por Goodsir (1842), como estructura basofílica cocoide dispuesta en tétradas, el cual ha sido reconocido en biopsias gástricas de pacientes con retraso en vaciamiento gástrico. Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, presentación de caso. Preescolar de 3 años de edad, femenino, natural de Perú y procedente de Estado Trujillo, referida por vómitos incoercibles, distensión abdominal y afectación del peso. Antecedente quirúrgico por obstrucción intestinal alta por bandas de Ladd. Ecosonograma abdominal: estómago de

retención; serie esófago-estómago-duodeno: dilatación de cámara gástrica, sin paso de contraste hacia duodeno. Se realiza EDS: estómago: pliegues aplanados, mucosa con aspecto en mosaico, píloro puntiforme, no franqueable. Estudio histopatológico reporta: Gastritis crónica leve multifocal con hiperplasia foveolar focal antral por *Sarcina* spp. Recibió tratamiento: Ciprofloxacina y Metronidazol por 14 días. Se repite serie esófago-estómago-duodeno: disminución del calibre en región antropilórica con severo retardo de vaciamiento gástrico, planteándose resolución quirúrgica; hallazgos: Estenosis hipertrófica del píloro. Estudio anatomopatológico control: sin presencia de *Sarcina* spp. Resultados: Paciente con mejoría de estado nutricional, sin síntomas gastrointestinales. Discusión: La infección por *Sarcina* spp en niños es relativamente rara. Su diagnóstico es desafiante. Puede presentar complicaciones graves como gastritis enfisematosa y perforación visceral. Sólo se han descrito 3 casos en niños, siendo éste el primero reportado en nuestro país. Conclusiones: En la infección por *Sarcina* spp, los pacientes experimentan pérdida de peso y síntomas gastrointestinales inespecíficos. Su diagnóstico es histopatológico y generalmente presenta erradicación exitosa con tratamiento médico.

#### PGP020 MICROGASTRIA CONGÉNITA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Liliana Cuicar V., Nina Colina, Maygreg Ruiz, Arianna Barreto, HMUCA

Introducción: La microgastria congénita es una malformación rara que tiene lugar durante el desarrollo embrionario del intestino anterior. Se caracteriza por un estómago pequeño, sacular que produce megaesófago, reportándose 63 casos a nivel mundial. Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, presentación de un caso. Escolar de 6 años, masculino, presenta vómitos de contenido alimentario, desde los 6 meses de edad con afectación de peso y talla. Permanece en control pediátrico durante 2 años y es remitido a nuestro centro en el año 2023 donde se realizan: Paraclínicos: Anemia severa, Imagenología: Ecografía abdominal: estómago, ubicación habitual, disminuido de volumen (53cc); reflujo gastroesofágico; riñón en herradura; bazo accesorio. Serie esófago-estómago-duodeno: megaesófago, lesión polipoide, paso filiforme del contraste a través de unión esofagogástrica, estómago disminuido de tamaño. Endoscopia digestiva superior; esófago: luz amplia, lesión polipoide sésil en hora 9 a 25 cm de AD; estómago: cuerpo con escasos pliegues, se imposibilita maniobra de retroflexión por microgastria; reflujo biliar. Se realizó polipectomía mas biopsia cuyo reporte anatomopatológico estuvo constituido por estructuras glandulares dilatadas, alargadas, revestidas de epitelio mucoprotector con fascículos de músculo liso; asociado a inflamación crónica moderada, atrofia gástrica, metaplasia intestinal. Recibió tratamiento médico con inhibidor de bomba de protones, levosulpiride, metronidazol y vitamina B12.

Resultados: paciente con peso y talla acorde a edad, sin manifestaciones gastrointestinales. Discusión: el tratamiento quirúrgico es la primera opción terapéutica con el fin de ampliar el estómago, en este caso el manejo fue conservador con evolución satisfactoria y asintomático. Conclusión: El tratamiento conservador y manejo multidisciplinario puede considerarse una opción terapéutica en casos de microgastria, planteando una alternativa medica sobre la quirúrgica.

#### PGP021 DISBIOSIS INTESTINAL Y SU ASOCIACION CON NIVELES DE CALPROTECTINA Y ZONULINA FECAL EN NIÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

María Fátima Garcés, Jefferson Guzmán, Xiomara Moreno, Ana Cecilia Márquez, Karolina López, Yacelli Bustamante.

Introducción: La disbiosis en niños con trastornos del espectro autista (TEA), puede inducir inflamación intestinal y alteraciones en la permeabilidad intestinal favoreciendo la presencia de manifestaciones gastrointestinales y neuroconductuales. Objetivo: Evaluar la relación que existe entre la disbiosis y los niveles fecales de zonulina y calprotectina en niños con TEA. Metodología: Los niveles de zonulina fueron evaluados mediante la técnica de inmunoensayo enzimático ligado a enzima (ELISA), calprotectina fecal por Turbidimetría y la disbiosis por el método de cultivo, en una cohorte de 40 niños con TEA y 18 niños sanos. Resultados: El 95% de los pacientes con TEA estudiados sufren de disbiosis intestinal. Un 65 % de los pacientes con disbiosis tenía elevaciones en los niveles de zonulina y/o calprotectina fecal. Se encontraron niveles elevados de zonulina fecal en 15% de los pacientes con TEA obteniendo un valor mediano de 44,5 (IQR=43,0) ng/mL en el grupo TEA y de 42,0 (IQR=19,0) ng/mL en el grupo control no observándose diferencias significativas entre los grupos. Se encontraron niveles elevados de calprotectina fecal en 60% de los pacientes con TEA, obteniendo un valor mediano en los TEA de 75,0 (IQR= 127,3) µg/g y en el grupo control de 21,0 (IQR=23,5) µg/g, siendo significativamente mayor la distribución de calprotectina en los pacientes con TEA que en el grupo control ( $W = 116,5$ ,  $p < 0,001$ ). Conclusión: Se observó una posible relación existente entre la disbiosis, los síntomas gastrointestinales y los niveles elevados de calprotectina fecal en pacientes con TEA.

Palabras claves: Trastorno del Espectro Autista (TEA), Zonulina, Calprotectina, Inflamación intestinal crónica, alteración de la permeabilidad intestinal.

## **PGP022 ESTENOSIS ESOFAGICA CONGENITA: UN CASO DE ANILLOS CARTILAGINOSOS MULTIPLES**

Carlos Silva, Nina Colina, Osmar Duran, Estefania Rojas, Isabel Dimas, Vanessa Saavedra HMC

**Introducción:** La Estenosis Esofágica Congénita (EEC) es una patología infrecuente definida como el estrechamiento intrínseco del esófago debido a persistencia de remanentes traqueobronquiales. Los síntomas comunes son vómitos y disfagia asociado a otras anomalías hasta un 33% de los casos. Se presenta un caso de EEC con el objetivo de contribuir al conocimiento y manejo en esta condición. **Caso clínico:** Lactante mayor de 1 año de edad, masculino con regurgitaciones postprandiales de gran volumen desde los 2 meses de edad, e infecciones respiratorias recurrentes y afectación del peso, es referido a la unidad para su atención. Se solicita serie esófago estómago duodeno apreciando en tercio proximal paso de contraste filiforme al esófago, produciendo enlentecimiento al vaciamiento. Se realiza endoscopia digestiva superior observando esófago de aspecto traquealizado, con orificio estenótico que no permite apertura con insuflación, confirmando diagnóstico. Se cumplen dilataciones esofágicas y se coloca sonda Dobhoff para mejorar estado nutricional. **Manometría esofágica:** motilidad esofágica alterada con anomalía del EEI: anillo congénito cartilaginoso. Referido a cirugía pediátrica con diagnóstico definitivo de estenosis esofágica congénita variante traqueobronquial para retiro definitivo de 5 anillos. **Discusión:** La EEC causada por un anillo cartilaginoso una variante menos común, consistente con la literatura. Este caso destaca debido al número de anillos encontrados. **Conclusión:** La EEC es una entidad excepcional. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección. Sin embargo, existe controversia en cuanto al tratamiento inicial, prefiriéndose el tratamiento conservador mediante dilataciones endoscópicas. Este caso subraya la necesidad de más investigación para optimizar su manejo.

## **PGP023 INSTAURACIÓN PRECOZ DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR EN CAVERNOMATOSIS DE LA VENA PORTA EN LACTANTE MENOR. REPORTE DE UN CASO**

Azalia Guillén, Fatima Nakary Pino Lozado, Kristal Evelyn Gallardo Torrealba

**Introducción:** La cavernomatosis de la vena porta en pediatría es una afección que implica la formación de un plexo de vasos colaterales alrededor de una vena porta ocluida. Esta condición puede manifestarse como hemorragia digestiva superior, resultante de la hipertensión portal y la presencia de varices esofágicas o gástricas. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, apoyado en la revisión documental de un caso constituido por referencias bibliográficas e informes médicos e imagenológicos. **Resultados:** Lactante menor masculino de 6 meses de edad, con antecedente neonatal de

prematuridad ameritando catéter umbilical, referido por un episodio de hematemesis rojo rutilante de abundante cantidad y dos episodios de melena de moderada cuantía. **Ecosonograma abdominal:** transformación cavernomatosa de la vena porta, signos ecográficos de hipertensión portal y esplenomegalia. Se realiza EDS: esófago: protrusión de 5 cordones varicosos desde cardia hasta 1/3 distal concluyendo varices esofágicas grandes tipo II según baveno y gastropatías hipertensivas moderada iniciando tratamiento con betabloqueante y planificación de escleroterapia. **Discusión:** La cavernomatosis de la vena porta es una condición infrecuente en la población pediátrica, siendo comúnmente diagnosticada en la edad preescolar, generalmente después de los 5 años de edad. La presentación clínica como hemorragia digestiva superior puede ocurrir desde el momento del diagnóstico inicial, especialmente en niños con hipertensión portal y varices esofágicas o gástricas secundarias a la obstrucción de la vena porta. **Conclusiones:** Es esencial la atención médica de esta enfermedad, siendo favorable si se maneja adecuadamente, aunque requiere de un seguimiento a largo plazo para monitorear posibles complicaciones

## **PGP024 HALLAZGOS CLÍNICOS Y ENDOSCÓPICOS EN NIÑOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA INFERIOR**

Katherine Ainslie, Eleana Gomez, Carlos Silva, Nina Colina, Karolin Blanco, Nazareth Mosquera, HMUCA

**Introducción:** La hemorragia digestiva inferior es aquella que tiene su origen en el tubo digestivo distal al ángulo de Treitz. Es más frecuente en sexo masculino, su incidencia aumenta con la edad. Puede variar de un evento no preocupante a un episodio agudo que compromete la vida cuyas causas son múltiples, por lo que es necesario una investigación minuciosa y la realización de estudios endoscópicos. **Objetivo:** Determinar hallazgos clínicos y endoscópicos en niños con hemorragia digestiva inferior que acuden a la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Militar Universitario "Dr. Carlos Arvelo" en una serie de casos. **Métodos:** Enfoque cuantitativo, de diseño observacional, prospectivo, no experimental, nivel descriptivo de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por 20 pacientes, a quienes se les realizó estudio colonoscópico. **Resultados:** La edad promedio fue de 6.5 años, predominó el sexo masculino (60%), estrato sociodemográfico: Graffar IV (50.00%), uso de antibioticoterapia previa (60,5%) y dieta baja en fibra (96.79%). Los síntomas y signos más encontrados fueron dolor abdominal (40.00%) y rectorragia (85.00%) respectivamente. El hallazgo endoscópico más frecuente fue pólipo rectal (85.00%), histológicamente reportando: pólipo de retención juvenil: (95.00%). **Conclusión:** La rectorragia y dolor abdominal representan las manifestaciones clínicas más comunes de hemorragia digestiva inferior en niños, cuya etiología predominante fue el pólipo rectal de retención juvenil. **Palabras claves:** Colonoscopia, hemorragia digestiva inferior, niños.



## **PGP025 INSTAURACIÓN PRECOZ DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR EN CAVERNOMATOSIS DE LA VENA PORTA EN LACTANTE MENOR. REPORTE DE UN CASO**

Azalia Guillén, Fatima Nakary Pino Lozado, Kristal Evelyn Gallardo Torrealba

**Introducción:** La cavernomatosis de la vena porta en pediatría es una afección que implica la formación de un plexo de vasos colaterales alrededor de una vena porta ocluida. Esta condición puede manifestarse como hemorragia digestiva superior, resultante de la hipertensión portal y la presencia de varices esofágicas o gástricas. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, apoyado en la revisión documental de un caso constituido por referencias bibliográficas e informes médicos e imagenológicos. **Resultados:** Lactante menor masculino de 6 meses de edad, con antecedente neonatal de prematuridad ameritando catéter umbilical, referido por un episodio de hematemesis rojo rutilante de abundante cantidad y dos episodios de melena de moderada cuantía. **Ecosonograma abdominal:** transformación cavernomatosa de la vena porta, signos ecográficos de hipertensión portal y esplenomegalia. Se realiza EDS: esófago: protrusión de 5 cordones varicosos desde cardia hasta 1/3 distal concluyendo varices esofágicas grandes tipo II según baveno y gastropatías hipertensivas moderada iniciando tratamiento con betabloqueante y planificación de escleroterapia. **Discusión:** La cavernomatosis de la vena porta es una condición infrecuente en la población pediátrica, siendo comúnmente diagnosticada en la edad preescolar, generalmente después de los 5 años de edad. La presentación clínica como hemorragia digestiva superior puede ocurrir desde el momento del diagnóstico inicial, especialmente en niños con hipertensión portal y varices esofágicas o gástricas secundarias a la obstrucción de la vena porta. **Conclusiones:** Es esencial la atención médica de esta enfermedad, siendo favorable si se maneja adecuadamente, aunque requiere de un seguimiento a largo plazo para monitorear posibles complicaciones.

## **HEPATOLOGÍA**

### **PH026 HEMANGIOMA HEPÁTICO ATÍPICO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Mariant Maldonado, Marisela Díaz, Laura Peña, Hospital Dr. Domingo Luciani

Los hemangiomas hepáticos son considerados las lesiones benignas hepáticas más comunes. Se denomina hemangioma hepático gigante cuando su diámetro supera los 5 cms y los mismos se contemplan dentro del grupo de hemangiomas atípicos. Comúnmente están localizados en el lóbulo hepático derecho, predominan en mujeres entre 20 a 60 años. Su diagnóstico suele ser incidental y estos pueden manifestarse de forma inespecífica con dolor abdominal. A continuación se

presenta el caso de paciente femenino de 43 años quien ingresa con clínica de dolor abdominal, alzas térmicas y tos húmeda. Se realiza Ultrasonido abdominal en el cual se evidencia en relación a segmentos hepáticos VI, VII imagen ovalada, de bordes definidos, ecomixta con tendencia a la hiperecogenicidad de 101 x 88 mm. Se solicita Tomografía axial computarizada abdominal con protocolo trifásico en la cual se evidencia lesión focal hepática heterogénea que mide 11 x 9 cm y que ocupa segmentos VI, VII, VIII; dicha imagen en fase simple se evidencia predominantemente hipodensa de bordes definidos, con área heterogénea central discretamente espiculada de menor densidad. En fase arterial acentuada captación periférica de apariencia nodular de material de contraste, asimismo en la fase portal la captación tiende a aumentar hacia la porción mas central de la lesión siendo mas evidente en fase tardía donde se plenifica toda la estructura de la lesión, y permanece de menor densidad hacia el aspecto central. Concluyendo diagnóstico como Hemangioma hepático atípico descartándose diagnóstico de absceso hepático.

### **PH027 PILEFLEBITIS COMO COMPLICACIÓN DE COLANGITIS Y COLECISTIS AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Mariant Maldonado, Marisela Díaz, Katherine De Sousa

**Introducción:** La pileflebitis es definida como trombosis infecciosa de la vena porta o sus ramas siendo esta una entidad poco frecuente que se genera como consecuencia de cualquier infección intraabdominal o pélvica en áreas drenadas por la circulación venosa portal o contiguas a esta. Las causas más frecuentes son la apendicitis y la diverticulitis aguda, afectando a pacientes en un amplio rango de edad desde los 20 días hasta los 77 años con una edad promedio de 42 años. **Caso clínico:** paciente masculino de 77 años, quien ingresa con clínica de dolor abdominal en hipocondrio derecho, alzas térmicas e ictericia; se solicitan paraclínicos con hallazgos de leucocitosis y alteración del perfil hepatobiliar sugestivo de patología biliar obstructiva. Se realiza ultrasonido abdominal evidenciando vesícula biliar de paredes engrosadas con presencia de barro biliar, dilatación de vía biliar principal, coledocolitiasis y vena porta extrahepática dilatada con presencia de material ecogénico en el interior de su rama derecha con poca captación al doppler color. Se realiza ultrasonido doppler del eje esplenoportal y tomografía de abdomen y pelvis con doble contraste que confirman hallazgos de dilatación de vía biliar principal secundario a coledocolitiasis y trombosis de la vena porta derecha concluyendo diagnóstico clínico de pileflebitis secundario a colangitis aguda y colecistitis aguda. **Discusión:** la colangitis y la colecistitis aguda se han descrito como causas poco frecuentes de pileflebitis debido a infección contigua al sistema venoso portal. **Conclusión:** la pileflebitis es una entidad poco frecuente que se desarrolla como consecuencia de infecciones intrabdominales o pélvicas.

## PH028 SINDROME DE DRESS: REPORTE DE CASO

Rosalía Perazzo, Kira Leon, Anny Sandoval, HMPC/UCV

Introducción: El Síndrome de DRESS es una reacción alérgica no mediada por IgE, caracterizada por rash, compromiso sistémico y eosinofilia, secundaria al uso de antiepilépticos. Presentación de caso: Femenino de 15 años, con traumatismo craneoencefálico por proyectil de arma de fuego, recibió Fenitoína 50 mg VO TID. Un mes después presenta fiebre y maculas eritematosas generalizadas acompañadas de prurito y elevación de aminotransferasas. Examen Físico: macula eritematosas y vesícula bullosas, pruriginosas, descamativas en arcos ciliares, no respeta palmas ni plantas, a predominio de tórax y abdomen anterior. Hepatimetría LPD 10 cm LMC 12 cm LAA 13 cm Bazo Boyd 0. Laboratorios: GB 40,400 mm<sup>3</sup>, seg 87% linf 11%, creat 3,9 mg/dl, Alb 2,9 gr/dl, Na 129 meq/dl, AST 219 u/l, ALT 719 u/l, LDH 1044 u/l. Ecografía Abdominal: Hepatomegalia. Vasos hepáticos con aumento de su ecogenicidad sugestivo de proceso inflamatorio. Frotis de sangre periférica. Eosinófilos > 10%, Granulaciones toxicas evidentes. Reacción leucemoide. Indicaciones: Suspensión de fenitoína, Metilprednisolona 500 mg, Hidratación parenteral, Inmunoglobulina G 80 gr. Evolución: disminución de lesiones en piel y normalización de laboratorios. Discusión: El síndrome de DRESS es una afectación rara pero mortal, causando lesión hepática inducida por medicamentos de patrón mixto, similar a una hepatotoxicidad inmunoalérgica; la base de tratamiento es suspensión de fármaco desencadenante, corticoides e hidratación, su diagnóstico es un desafío y la patogénesis aun es incierta. Conclusiones: El Síndrome de DRESS es importante diferenciarlo de otras enfermedades con afectación mucocutánea, siendo patrón de oro reconocer el fármaco y suspenderlo, e iniciar tratamiento inmediato.

## PH029 CAVERNOMATOSIS PORTAL Y COLANGIOPATIA PORTAL. A PROPOSITO DE UN CASO

Anais Garcia, Lucy Dagher, Freddy Pereira, Dervis Bandres, CMDLT

Paciente masculino de 62 años con cuadro clínico de epigastralgia persistente irradiada al hipocondrio derecho, se asocia hipertermia, coluria, ictericia y pérdida de peso no cuantificada. Se realizó ecografía abdominal que reveló dilatación de las vías biliares intrahepáticas. Se intenta drenaje vía endoscópico siendo esta fallida, por lo que se coloca un catéter biliar transparietal-hepático. Además, dentro de este último se colocaron un stent biliar metálico completamente cubierto y un stent biliar de anclaje de plástico. La evolución del paciente fue satisfactoria. Es remitido para ecografía endoscópica con diagnóstico presuntivo de tumor de Klatskin. El cual concluye con várices esofágicas y cavernomatosis portal. Es referido a hepatología donde se realiza elastografía hepática reportando: CAP 177 dB/m, hepática 9.7 Kpa, esplénica 90.7 kpa, siendo F3 con estos resultados se sugiere

iniciar tratamiento con carvedilol. Está indicado TIPS, que se realiza con evolución satisfactoria y reducción del kpa esplénico a 19,7.

## PH030 HEPATOPATIA AUTOINMUNE CON MARCADORES INMUNOLOGICOS NEGATIVOS: A PROPOSITO DE UN CASO

Marant Escalona, Gabriel Echeverria

Introducción: Los pacientes con enfermedades hepáticas seronegativas representan un grupo heterogéneo y desafiante<sup>1</sup>. La etiología de hepatitis autoinmune (HAI) es poco conocida y puede representarse en cualquier etapa de la gama de hepatitis<sup>2</sup>, con exclusión de enfermedades hepáticas<sup>3</sup> caracterizándose por ser un trastorno inflamatorio inmunomediado, careciendo de marcadores diagnósticos distintivos; la HAI puede proceder a cirrosis, incluso aumentar el riesgo de malignidad<sup>4</sup>. Objetivo: describir la importancia de manejo en pacientes con hepatopatías autoinmunes con marcadores inmunológicos negativos. Reporte de caso: femenino de 45 años refiere en abril del 2024 dolor de aparición insidiosa en epigastrio de moderada intensidad, carácter punzante que no irradia, concomitante ictericia generalizada y astenia, serología hepática negativa, BT:52.77mg/dl, BD:27.22mg/dl, BI:25.55mg/dl, AST:1730U/L, ALT:820U/L, FA:89U/L, GGT:38U/L, Urea:15mg/dl. Creatinina:1.0mg/dl. Resultados: se realiza Ultrasonido abdominal con hepatomegalia, bordes irregulares, hiperecogenicidad en ambos lóbulos, vena porta permeable, calibre limitrofe 13cm, compatibles con cirrosis hepática, vesícula biliar de tamaño normal y pared de grosor aumentado 4mm. Exámenes autoanticuerpos (ANA, p-ANCA, AMA, SMA, LKM1, IgG total) negativos. Se administra protocolo de esteroides con metilprednisolona 1gr por 72h, luego Prednisolona VO y ácido ursodesoxicólico 300mg c/8h VO. Endoscopia: gastropatía nodular de fundus y cuerpo. Colonoscopia: patrón normal. Se le realiza biopsia de hígado con Semicut. Conclusión: La exclusión de diagnósticos diferenciales no compatibles con HAI es fundamental, haciendo hincapié en la biopsia hepática, descartado etiologías comunes, independientemente de los anticuerpos específicos. No existe un algoritmo claro para HAI, comprendiendo la solidez de cada sistema será vital para realizar el diagnóstico adecuado.

## PH031 COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA DE PEQUEÑOS CONDUCTOS, UNA VARIANTE POCO COMÚN. A PROPOSITO DE UN CASO.

Neydi Nathaly Barrera Bermúdez, Saturnino José Fernández Bermúdez

La colangitis esclerosante primaria (CEP) es una enfermedad hepática crónica con potencial de progresión a cirrosis

caracterizada por inflamación colestásica multifocal y fibrosis. Tiene una incidencia de 0,9 a 1,3 casos por 100000 en Estados Unidos y una estrecha asociación con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). LA CEP de pequeños conductos (CEPDPC) se presenta en 5% de los casos. Presentamos el caso de un paciente masculino con clínica de ascitis a los 14 años de edad siendo diagnosticado con hipertensión portal no cirrótica la cual no es tratada ingresando a nuestro centro a los 16 años en el contexto de hemorragia digestiva inferior se realiza colonoscopia concluyéndose como sospecha endoscópica de EII: Colitis ulcerosa confirmándose histológicamente. Se realiza elastografía que reporta una Med/IQR 10.46 % un valor F4, se solicita así colangiografía y tomografía donde no se evidencia alteración a nivel de los conductos biliares o del parénquima hepático, por lo que se realiza biopsia hepática que concluye hallazgos histológicos compatible con enfermedad biliar crónica de los conductos pequeños con cambios simultáneos compatibles con cirrosis hepática. La CEPDPC es un trastorno poco frecuente con potencial de progresar a la afectación de los conductos grandes. Las circunstancias que conducen a la progresión no es clara. Se ha establecido además que la EII puede ser un factor pronóstico para determinar qué pacientes corren el riesgo de progresión. Siendo crucial aportar datos que permitan caracterizar dichos pacientes, ya que la afectación de los conductos grandes conlleva un pronóstico que requiere vigilancia más diligente.

### PH032 HEMORRAGIA HEPÁTICA ESPONTÁNEA: ADENOMAS HEPÁTICOS OCULTOS. REPORTE DE UN CASO JULIO 2024

Ricardo Stocco, Claudia Pimentel, Mercedes De Sousa, Andreina Franegas, Lucy Dagher, Mauro Carreta, Omar Molina

La hemorragia hepática espontánea es una entidad rara, grave y poco sospechada que resulta de una lesión del parénquima hepático sin una causa externa aparente; es una emergencia quirúrgica aguda que da lugar a una hemorragia intrabdominal que evoluciona a shock hemorrágico y muerte. Se presenta el caso de una mujer de 42 años de edad, que debido a infección respiratoria viral (Sars-cov-2) al 3er día de iniciada la terapia anticoagulante presenta dolor súbito en hipocondrio derecho y descenso de hemoglobina sin inestabilidad hemodinámica. Se realiza tomografía donde se observa líquido libre en la cavidad de alta densidad y múltiples imágenes hiperdensas en ambos lóbulos hepáticos, realizan punción abdominal positiva para hemoperitoneo. Fue trasfundida con 2 unidades de concentrado globular y trasladada a nuestro centro donde se realiza arteriografía hepática sin evidencia de sangrado activo. La paciente permanece hemodinámicamente estable y con cifras de hemoglobina sin descenso en el seguimiento. Evoluciona satisfactoriamente con tratamiento conservador hasta el egreso. Se realiza el seguimiento por control tomográfico de las lesiones hiperdensas interpretadas como hematomas hepáticos espontáneos y las 6to mes se solicita RMN con protocolo

hepático documentando la reabsorción de los hematomas y caracterizando lesiones focales hepáticas compatibles con adenomas hepáticos. Se presenta un caso de manejo conservador con evolución satisfactoria, adecuada caracterización de la lesión focal hepática benigna en una paciente con factores de riesgo para desarrollo de adenomas y sangrado como es el uso de anticonceptivos orales.

### PH033 HISTOPLASMOSIS COMO CAUSA DE HIPERTENSIÓN PORTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Anny Sandoval, Ligna Alvarado, Biandi Guerrero, Ioannis Giannopoulos

Introducción: La histoplasmosis es una enfermedad fúngica sistémica causada por el hongo dismórfico *Histoplasma capsulatum*, se presenta de forma asintomática, primaria pulmonar, o diseminada. Presentación de caso: Femenino de 35 años, consulta por fiebre, diaforesis, tos con expectoración de 5 meses de evolución. Examen Físico: Hipotensa, taquicardia, taquipnea, hipoxémica, bajo peso, adenopatías cervicales, axilares, inguinales bilaterales, móviles, no dolorosas. Ruidos respiratorios abolidos en ambas bases pulmonares. Hepatoesplenomegalia. Laboratorios: Anemia severa, Trombocitopenia moderada, Leucopenia, Neutropenia profunda, Lesión renal aguda AKIN II, Hipoalbuminemia, ALT 31 u/l AST 27 u/l PCR 1.2 Procalcitonina 7.2 ng/ml Serología para Hepatitis Virales Negativas. VIH negativo. Ecografía abdominal: Signos ecográficos de hipertensión portal (Esplenomegalia, porta dilatada, ascitis, dilatación de hilio esplénico), Hepatomegalia, Dilatación de vena esplénica, Derrame pleural bilateral. Aspirado de Medula Ósea: Sin alteraciones. Hemocultivos: sin crecimiento bacteriano. PCR en sangre para *Histoplasma capsulatum* POSITIVO. Recibió Meropenem, Aztreonam, Vancomicina, y se inició Anfotericina B desoxicolato a 0.5 mg/kg/día, sin mejoría clínica paciente fallece a los 10 días de inicio de tratamiento. Discusión: La histoplasmosis está relacionada a pacientes inmunocomprometidos, siendo excepcional en pacientes con sistema inmunológico aparentemente sano, causa hepatitis portal, y menos frecuente hipertensión portal, siendo esta última extremadamente rara, por una lesión hepática y portal causada por el hongo. Conclusiones: Se debe considerar el diagnóstico de Histoplasmosis en sitios endémicos, como Venezuela, en pacientes que cursen con fiebre de origen desconocido, tos, linfadenopatías, pérdida de peso. El diagnóstico a tiempo y la instauración del tratamiento son cruciales.

### PH034 QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO, DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y BASES DE TRATAMIENTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Carmen Vázquez, Saturnino Fernández

Identificar, diagnosticar y clasificar temprano lesiones hepáticas de aspecto quísticas tipo quistes hidatídicos faciliten un

abordaje terapéutico precoz: Quiste hidatídico es un nombre común para el estado larvario de *Echinococcus*, una zoonosis que se transmite por vía fecal-oral ya sea por contacto directo con animales hospedadores definitivos infectados, como perros, o por la ingestión de huevos de parásitos en alimentos, agua o suelo contaminados. A pesar de que prácticamente todos los órganos y tejidos son adecuados para albergar al metacestodo, el principal órgano afecto es el hígado (70 %), seguido del pulmón (20 %) y, con menor frecuencia, el riñón, el bazo, los músculos y la piel, entre otros. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia de infección humana es de más de 50/100.000 personas al año en zonas endémicas de equinocosis. El curso de la enfermedad suele ser lento (1-5 cm/año), los pacientes tienden a permanecer asintomáticos durante muchos años (10-15 años aproximadamente).

## PH035 SINDROME DE SUPERPOSICIÓN: HEPATITIS AUTOINMUNE Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. CASO CLINICO

Sindri Ballesteros , Dianora Navarro , Karolina López, Gleidys Villarroel

Introducción. Enfermedades autoinmunes como enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedad hepática autoinmune pueden aparecer simultáneas o secuencialmente. Caso clínico: adolescente femenina 16 años, epigastralgia recurrente y diarrea de 2 años de evolución, múltiples tratamientos. Antecedentes de hepatitis autoinmune (HAI) en remisión bioquímica durante 3 años, cirrosis hepática con hipertensión portal y varices gástricas. Paraclínicos positivos: hemoglobina 9,4gr/dl; alanino y aspartato aminotransferasas 33UI/L y 24UI/L respectivamente, albúmina 2,8gr/dl, globulinas 2,10gr/dl, calprotectina fecal, proteína C reactiva y p-ANCA positivas. Ecografía abdominal-doppler: hígado heterogéneo, lóbulo derecho 13,7cm e izquierdo 4cm, hiperecogenicidad periportal, flujo portal normal y bazo: patrón homogéneo, 15,7 cm. Videogastroscoopia con biopsia: Gastritis crónica sin *H. pylori*, Duodenitis crónica. Colonoscopia: hallazgos compatibles con colitis moderada-severa tipo Colitis Ulcerosa (Mayo: 2-3, UCEIS: 6/8puntos) Biopsia: Colitis ulcerosa en actividad. Índice de actividad de la Colitis Ulcerosa pediátrica: moderada. Conclusiones: estas dos enfermedades autoinmune diferentes aparecieron secuencialmente para presentarse como un síndrome de superposición

## PH036 ABSCESO HEPÁTICO SECUNDARIO A MIGRACIÓN DE CLIP QUIRÚRGICO: REPORTE DE UN CASO

Nazarett Rojas , Ioannis Giannopoulos, Rosalia Perazzo, Ligna Alvarado, HMPC

Introducción: Las complicaciones por clips abandonados son infrecuentes con un intervalo de incidencia de 1,4 % y el tiempo de presentación clínica de 10 a 84 meses. Presentación de caso: Femenino de 68 años con antecedente de colecistectomía laparoscópica por litiasis vesicular en 2017 quien acude por presentar dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho moderado acompañado de alzas térmicas no cuantificadas precedidas de escalofríos sucedidas de diaforesis sin patrón horario. Examen físico: signos vitales estables, Abdomen no doloroso con cicatriz hipotrófica hipopigmentada 3 cms oblicua subcostal derecha. Laboratorios: Hb: 10.4 gr/dl, Leu: 9200, Seg: 68 %, TGO: 43,6 u/l, TGP: 108 u/l, GGT: 115 u/l, ALP: 460 u/l. Ecografía abdominal: Quiste hepático simple en segmento V, Absceso hepático en segmento VII – VIII. TC abdominal: Imagen subhepática sugestiva de área de colección adyacente a la presencia de clip quirúrgico. Multiquistosis hepática. Indicaciones: Metronidazol 750mg, ceftazidima 1gr, evaluación por Cirugía general Evolución: Descenso de Cuenta blanca y transaminasas, es dada de alta con control tomográfico. Discusión: los abscesos hepáticos causados por la migración de clips son una complicación poco frecuente de la colecistectomía laparoscópica, los gérmenes aislados son *E. coli* y *Klebsiella* la localización subhepática es la más frecuente Conclusiones: es recomendable una cuidadosa técnica quirúrgica y considerar variantes anatómicas. Se sugiere retirar el material ectópico una vez identificado. Sin embargo, cada paciente debe ser evaluado individualmente para decidir conducta. Palabras claves: absceso hepático, migración de cuerpo extraño, clip quirúrgico, subhepático.

## ULTRASONIDO E IMÁGENES

### PUI037 HERNIA PARAESOFÁGICA TIPO IV COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE INTOLERANCIA A LA VÍA ORAL. A PROPOSITO DE UN CASO

Mariant Maldonado, Eliana Brizuela, Nathalie Mendez, Marisela Diaz, HDL

Introducción: Las hernias hiales se dividen en dos grandes grupos: deslizantes (tipo I) y paraesofágicas (tipos II, III y IV), siendo las más frecuentes las tipo I en un 95% de los casos. Del grupo de hernias paraesofágicas las más frecuentes son las tipo III representando un 90% de las mismas, y las menos prevalentes las tipo II. Caso clínico: paciente femenina de 68 años de edad, quien ingresa con clínica de dos meses de evolución caracterizada por epigastralgia, llenura postprandial, plenitud precoz, náuseas y episodios eméticos postprandiales tardíos que progresan hasta intolerancia a la vía oral. Se realiza gastroscopia evidenciando anatomía endoscópica modificada con punto ciego a nivel de antro gástrico lo cual impide progresión del gastroscopio hasta el duodeno. Se solicitan estudios radiológicos complementarios evidenciando en rayos X de tórax (proyección postero anterior) nivel hidroaéreo retrocardíaco; y en tomografía de tórax, abdomen y pelvis con

doble contraste ensanchamiento del hiato esofágico de 5cm a través del cual protruye saco herniario que ocupa el espacio retrocardiaco y contiene cuerpo y antro gástrico, parte de colon transverso y grasa omental. Discusión y conclusiones: Las hernias hiatales paraesofágicas tipo IV son consideradas hernias hiatales gigantes las cuales condicionan que otros órganos además del estómago como epiplón, colon, bazo o intestino entre otros protruyan a través del hiato esofágico. Los pacientes con hernias paraesofágicas pueden presentarse asintomáticos o presentar síntomas inespecíficos e intermitentes siendo más frecuentes dolor epigástrico, plenitud postprandial, náuseas y vómitos.

#### **PUI038 TUMOR DE KRUKENBERG DE PRIMARIO DE RECTO CON METASTASIS A OVARIO EN PACIENTE JOVEN: A PROPOSITO DE UN CASO**

Katherine Bajaña, Rosmary Mendoza, HGO

El Tumor de Krukenberg es una enfermedad metastásica maligna que se origina en el ovario y presenta características anatómo-patológicas distintivas, siendo el adenocarcinoma en anillo de sello con una alta concentración de mucina el rasgo principal, estas células pueden encontrarse individualmente, agrupadas en nidos, o dispuestas en patrones tubulares, acinares, trabeculares o cordones, En la mayoría de los casos, este tipo de tumor tiene su origen en sitios gastrointestinales, siendo el más frecuente en estómago con el 70%, el tratamiento para esta enfermedad es complejo y requiere la colaboración de varios especialistas debido a su naturaleza multidisciplinaria. El enfoque terapéutico se adapta según el estado general del paciente. Por lo general, se basa en una cirugía radical que implica la extirpación del tumor primario y también de las metástasis presentes, además de la cirugía, se emplea una combinación de terapias que incluyen quimioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia. No se ha evidenciado un papel relevante de la radioterapia en la mejora del pronóstico de los pacientes con Tumor de Krukenberg. Se debe destacar que muchos Tumores de Krukenberg son metacrónicos, lo que significa que los pacientes ya han recibido tratamiento con quimioterapia antes de que aparezcan las metástasis.

#### **PUI039 ADENOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO DE INTESTINO DELGADO: UNA ENTIDAD INFRECIENTE, REPORTE DE UN CASO**

Braandoon D. Ramirez Sierra, María Isabel Ramirez, Alfredo Alejandro Monsalve, Adriana Karina Castro Quintero

Introducción: El adenocarcinoma de intestino delgado (AID) es una neoplasia rara que representa menos del 5% de todos los cánceres gastrointestinales. Su diagnóstico es complicado debido a síntomas inespecíficos, como dolor abdominal y pérdida de peso, lo que a menudo retrasa el tratamiento. Caso

Clínico: Presentamos el caso de una paciente femenina de 60 años, con historia de un año de dolor abdominal difuso, flatulencia, vómitos biliosos y pérdida de peso significativa. La ecografía mostró obstrucción intestinal por invaginación y una masa en el flanco izquierdo, confirmada por radiografía. Durante la laparotomía exploradora, se encontró un tumor de 5x5 cm, a 110 cm de asa fija, que fue resecado exitosamente. El análisis histopatológico reveló un adenocarcinoma bien diferenciado (G2) con invasión a la muscular propia. La paciente recibió quimioterapia adyuvante con Capecitabina. Se enfatiza la importancia del seguimiento regular debido al riesgo de recurrencia. Conclusión: El AID es una enfermedad poco frecuente que requiere un alto índice de sospecha clínica para su diagnóstico temprano. Este caso resalta la importancia de una evaluación exhaustiva y un manejo quirúrgico adecuado. Un seguimiento a largo plazo es esencial para monitorear posibles recurrencias. Palabras Clave: Adenocarcinoma de intestino delgado, Neoplasia gastrointestinal, Obstrucción intestinal.

#### **PUI040 DIVERTÍCULO DE MECKEL'S COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DE INTESTINO DELGADO MEDIO**

Carla Dias, Venus Villegas, Alismay Arenas

El divertículo de Meckel's constituye la anomalía congénita gastrointestinal más frecuente. Se presenta un caso clínico de un paciente de 15 años de edad de sexomaculino, el cual ingresa hemodinámicamente inestable con cuadro de 24 horas de evolución por presentar hematoquecia de abundante cantidad, reportando en los paraclínicos hemoglobina 10.9 grs/dl y hematocrito 33%, para lo cual se transfunde con 2 unidades de concentrado de glóbulos rojos. Posterior a su estabilización hemodinámica se procede a realizar estudios endoscópicos; observándose: En la videoendoscopia superior, sin evidencia de hallazgos ni presencia de restos hemáticos ni estigmas de sangrado, motivo por el cual se decide su egreso y se refiere para realización de videocápsula endoscópica. En los resultados de este estudio, se evidenció, que: Desde los 307,54 minutos (93.2% del TI) hasta los 308,03 minutos (93.3% del TI) del tránsito intestinal (TI) doble lumen con invaginación de la mucosa (saco diverticular invertido hacia la luz intestinal). Desde los 307,54 minutos (93.2% del TI) hasta los 308,02 minutos (93.3% del TI) del tránsito intestinal se evidencia mucosa invaginada con múltiples áreas de hemorragia subepitelial. Posteriormente se decide a realizarle laparotomía exploradora, evidenciándose a 30 cms de la válvula ileocecal hallazgo de divertículo de Meckel's confirmando el hallazgo de la videocápsula endoscópica; procediendo a la resección del mismo. El informe anatomopatológico confirmó la existencia del divertículo de Meckel en un segmento de intestino delgado. Concluyendo, que: La videocápsula endoscópica ha surgido como modalidad diagnóstica útil en pacientes con sospecha de divertículo de Meckel.