

ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.



Tratamiento de perforación gástrica como complicación durante endoscopia digestiva alta.

Menjivar Rivera OM, Garduño Valdés R, Escobedo Sánchez E, Arcos Vera B.

Centro Médico ISSEMyM Toluca.



CONGRESO INTERNACIONAL DE
CIRUGÍA ENDOSCÓPICA
DR. ADRIÁN CARBAJAL RAMOS

DEL 1 AL 5 DE MAYO, 2018 BOCA DEL RÍO, VERACRUZ



ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

Tratamiento de perforación gástrica como complicación durante endoscopia digestiva alta.



Introducción

Material y métodos

Resultados

Resultados

Conclusiones

Menjivar Rivera OM, Garduño Valdés R, Escobedo Sánchez E, Arcos Vera B.

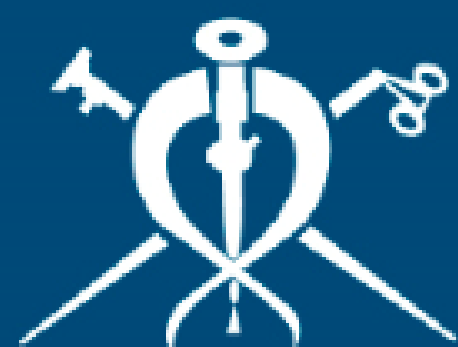
- La perforación durante una endoscopia alta diagnóstica es rara, con una prevalencia estimada en diferentes series de 0.02%-0.2%. Cuando se produce una perforación, está suele afectar al tercio distal del esófago, aunque existen casos descritos de perforación en puntos anatómicos como el seno piriforme o divertículo de Zenker. El riesgo de perforación se eleva durante el manejo de tejidos anormales, siendo por tanto más probable durante la intervención con tejidos neoplásicos. Desafortunadamente, las consecuencias de la perforación esofágica iatrogénica durante el acto endoscópico son muy graves, con una mortalidad aproximada de hasta 25 %. Los procedimientos endoscópicos terapéuticos, incluyendo dilatación de estenosis (tanto benignas como malignas), tratamiento de la acalasia y colocación de stents incrementan el riesgo de perforación.
- Presentar un cartel en el que se muestre la presentación clínica de una perforación gástrica durante procedimiento endoscópico y la resolución quirúrgica.



DEL 1 AL 5 DE MAYO, 2018

CONGRESO INTERNACIONAL DE
CIRUGÍA ENDOSCÓPICA
DR. ADRIÁN CARBAJAL RAMOS

BOCA DEL RÍO, VERACRUZ



ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

Hematoma subcapsular hepático posterior a Colangio Pancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE).



Menjivar Rivera OM, Escobedo Sánchez E, Arcos Vera B, Corona Esquivel E.

Introducción

Material y métodos

Resultados

Resultados

Conclusiones

- Paciente masculino de 56 años de edad, antecedente de hipertensión arterial sistémica. Antecedentes quirúrgicos colecistectomía abierta 20 años previos. Cuadro clínico de episodios de dolor tipo cólico localizado en epigastrio, intensidad 6/10, en tratamiento con IBP. Se realiza endoscopia digestiva alta diagnostica, en la cual reportan presencia de pólipo pediculado de 1 x 1 cm, se realiza polipectomía con asa caliente, observando colapso de cámara gástrica y distensión abdominal, se realiza colocación de clip hemostático y sellador de fibrina sin lograr oclusión de perforación. Se realiza radiografía de tórax y abdomen observando aire subdiafragmático, desplazamiento y desplazamiento de silueta hepática. Se solicita valoración por el servicio de Cirugía General.



DEL 1 AL 5 DE MAYO, 2018

CONGRESO INTERNACIONAL DE
CIRUGÍA ENDOSCÓPICA
DR. ADRIÁN CARBAJAL RAMOS

BOCA DEL RÍO, VERACRUZ



ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

Hematoma subcapsular hepático posterior a Colangio Pancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE).



Menjivar Rivera OM, Escobedo Sánchez E, Arcos Vera B, Corona Esquivel E.

Introducción

Material y métodos

Resultados

Resultados

Conclusiones

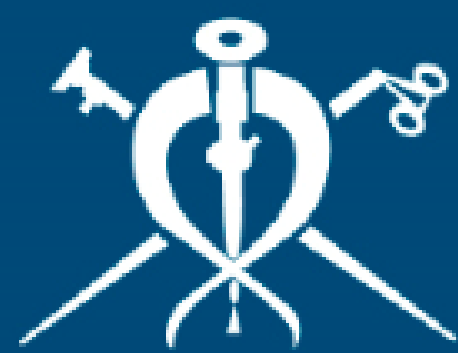
- Se realiza laparoscopia diagnóstica, observando múltiples adherencias hígado-pared, estómago-epiplón, dificultando visualización de cuerpo y fondo gástrico por lo que se decide convertir a procedimiento abierto, se realiza incisión en línea media subxifoidea. Se disecciona por planos hasta ingresar a cavidad abdominal observando perforación en pared anterior de cuerpo gástrico, de 2 x 2 cm, se realiza parche de Graham en sitio de perforación. Se realiza colocación de sonda nasogástrica y se afronta pared abdominal por planos. Paciente con buena evolución postquirúrgica, se realiza radiografía de tórax 24 horas posterior a procedimiento quirúrgico sin datos de aire libre, se inicia vía oral a las 24 horas postquirúrgicas y retiro de sonda nasogástrica. Egreso hospitalario a las 72 horas postquirúrgicas. Reporte de patología: pólipo adenomatoso de 0.8 x 0.5 cm, sin datos de displasia.



DEL 1 AL 5 DE MAYO, 2018

CONGRESO INTERNACIONAL DE
CIRUGÍA ENDOSCÓPICA
DR. ADRIÁN CARBAJAL RAMOS

BOCA DEL RÍO, VERACRUZ



ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

Hematoma subcapsular hepático posterior a Colangio Pancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE).



Menjivar Rivera OM, Escobedo Sánchez E, Arcos Vera B, Corona Esquivel E.

Introducción

Material y métodos

Resultados

Resultados

Conclusiones



Figura 1. Visión endoscópica de afección gástrica causando perforación y colapso de cámara gástrica.

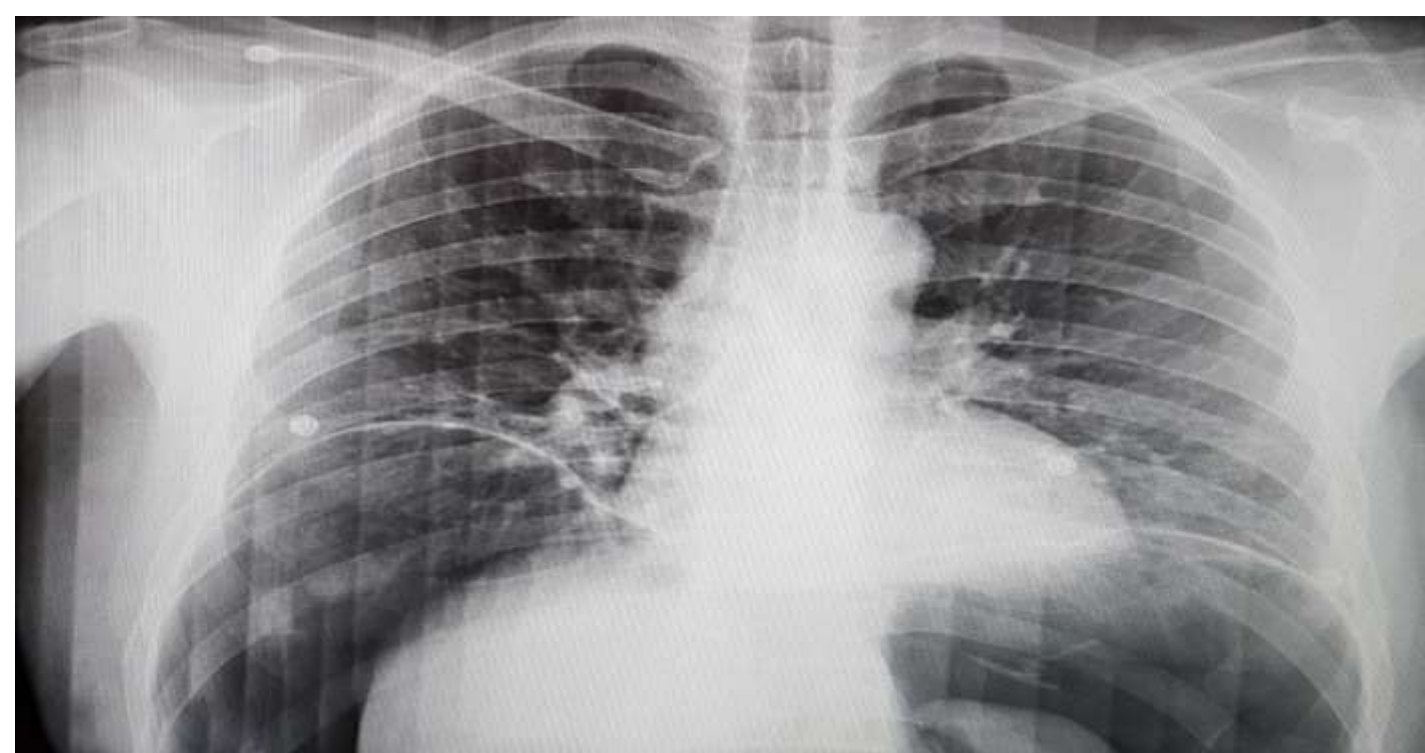


Figura 2. Radiografía AP de tórax en la cual se observa imagen sugestiva de aire subdiafragmatico.

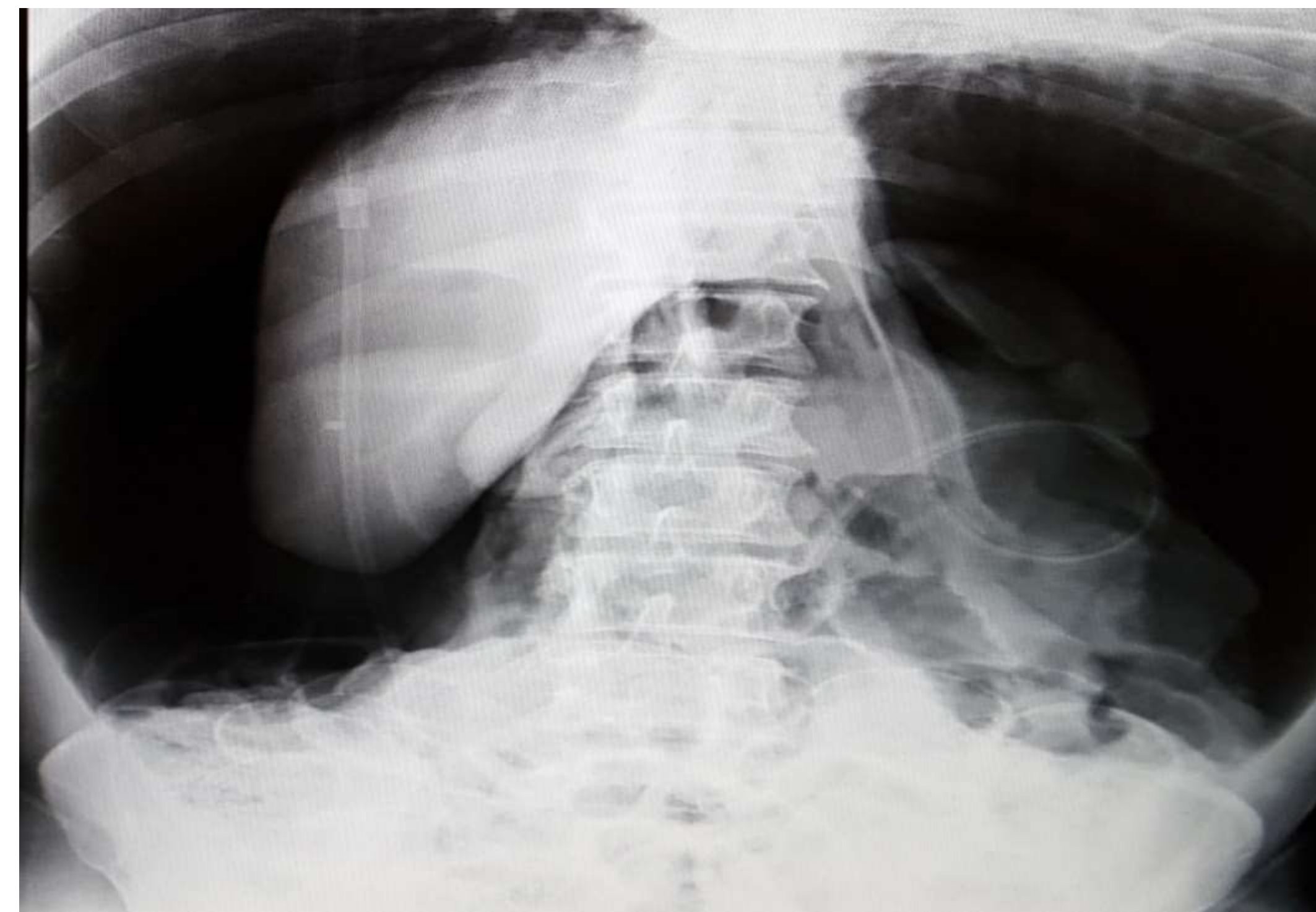
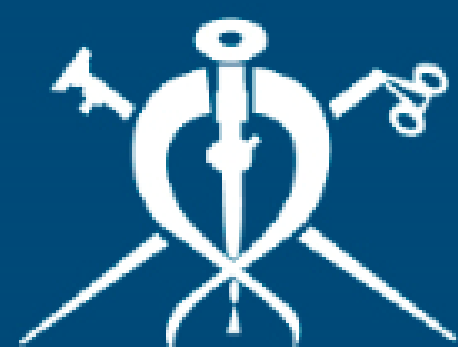


Figura 3. Radiografía en decúbito de abdomen, se observa desplazamiento de estructuras abdominales debido a presencia de aire en cavidad.



CONGRESO INTERNACIONAL DE
CIRUGÍA ENDOSCÓPICA
DR. ADRIÁN CARBAJAL RAMOS
DEL 1 AL 5 DE MAYO, 2018 BOCA DEL RÍO, VERACRUZ



ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, A.C.

Hematoma subcapsular hepático posterior a Colangio Pancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE).



Menjivar Rivera OM, Escobedo Sánchez E, Arcos Vera B, Corona Esquivel E.

Introducción

Material y métodos

Resultados

Resultados

Conclusiones

- La fuga gástrica posterior a endoscopia digestiva alta puede causar una morbilidad elevada, deterioro en la calidad de vida de los pacientes, así como un aumento en la mortalidad. El diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de este tipo de complicaciones es crucial en el manejo de este tipo de complicaciones.



DEL 1 AL 5 DE MAYO, 2018

CONGRESO INTERNACIONAL DE
CIRUGÍA ENDOSCÓPICA
DR. ADRIÁN CARBAJAL RAMOS

BOCA DEL RÍO, VERACRUZ