

Cuando el endoscopista nos devuelve la mano

Dr Rodney Stock



Caso 1

- 64 años sin ant morbos
- Qx:-
- 1 mes de dolor abdominal e ictericia
- TAC AP: Tu de colédoco distal 13mm con dilatación de la vía biliar
- RNM: engrosamiento del colédoco intrapancreatico sugerente de Colangiocarcinoma
- CA-19-9: 8730

- Op: Pancreatoduodenectomia abierta

- Pancreatogastroanastomosis

- Hepaticoyeyunoanastomosis

- Gastroyeyunoanastomosis T-L

24hrs postop: Lap exp: Dehiscencia de hepaticoyeyunoanastomosis

8 días postop: Lap exp: Dehiscencia pancreatogastroanastomosis

Gastrorrafia+ drenajes+ yeyunostomia de alimentación

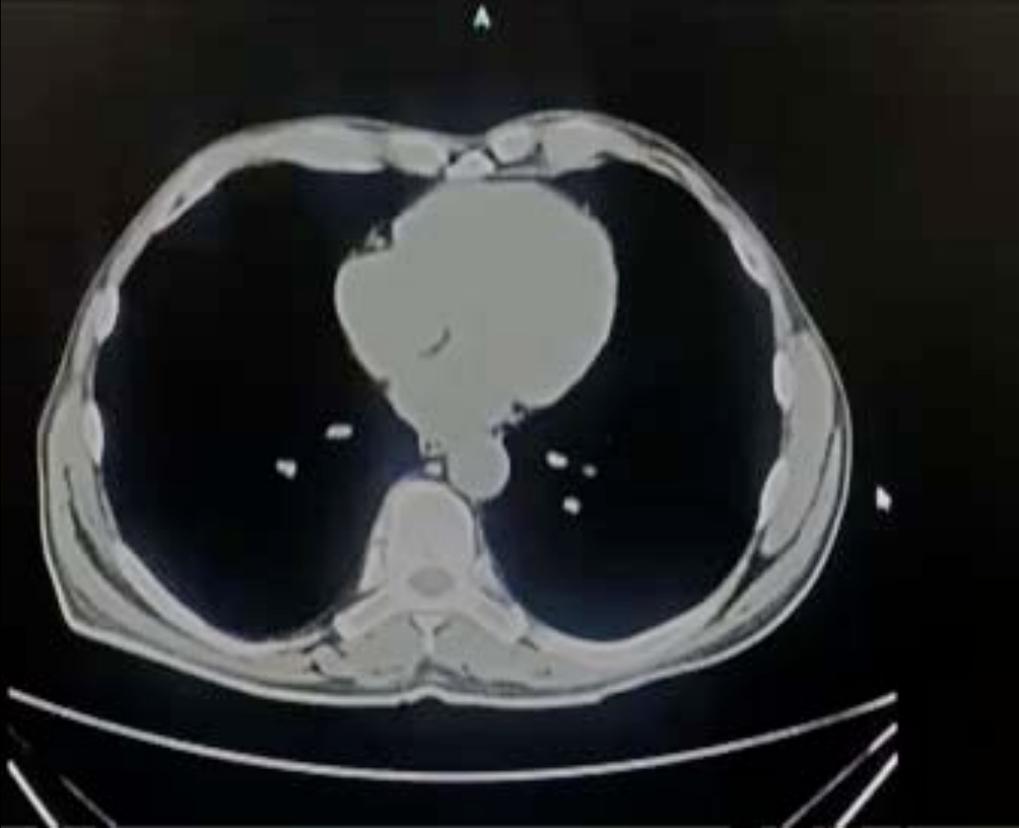
48hrs postop:Lap exp: hemostasia pancreas y rafia arteria esplenica-Packing

72hrs postop: retiro de packing, wirsungostomia con sonda nelaton 8-drenajes
y cierre del abdomen

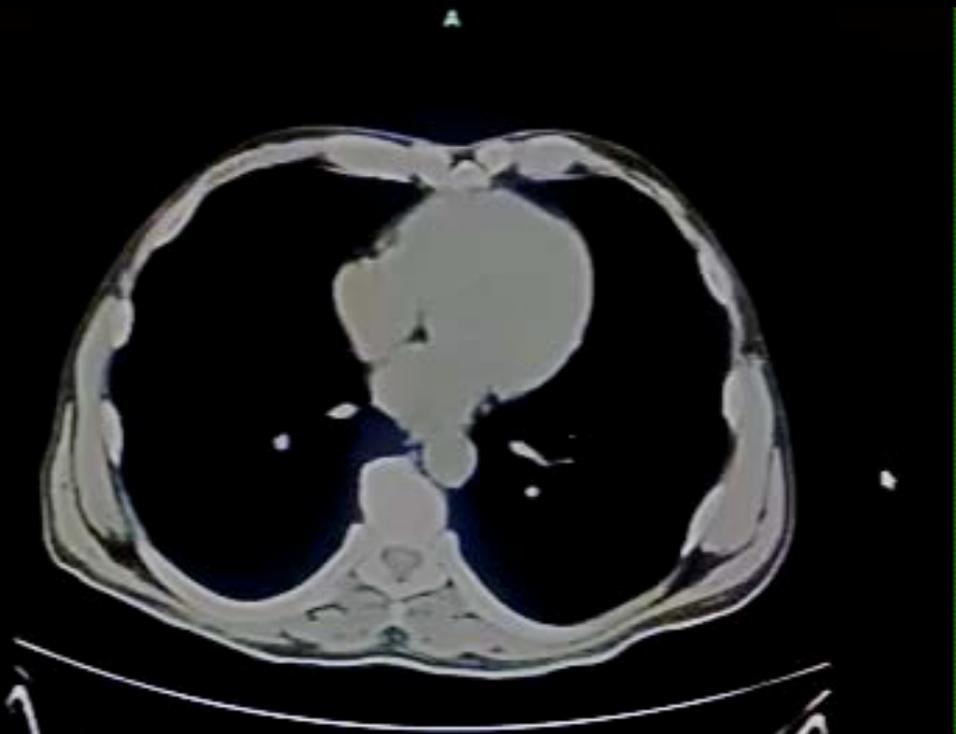
Evolución

- Evoluciona con fistula biliar perisistente con debitos estables menos de 100cc por lo que no se retira drenaje
- Pandemia COVID ...2 años después concurre a control con drenaje in situ con debito bilioso similar

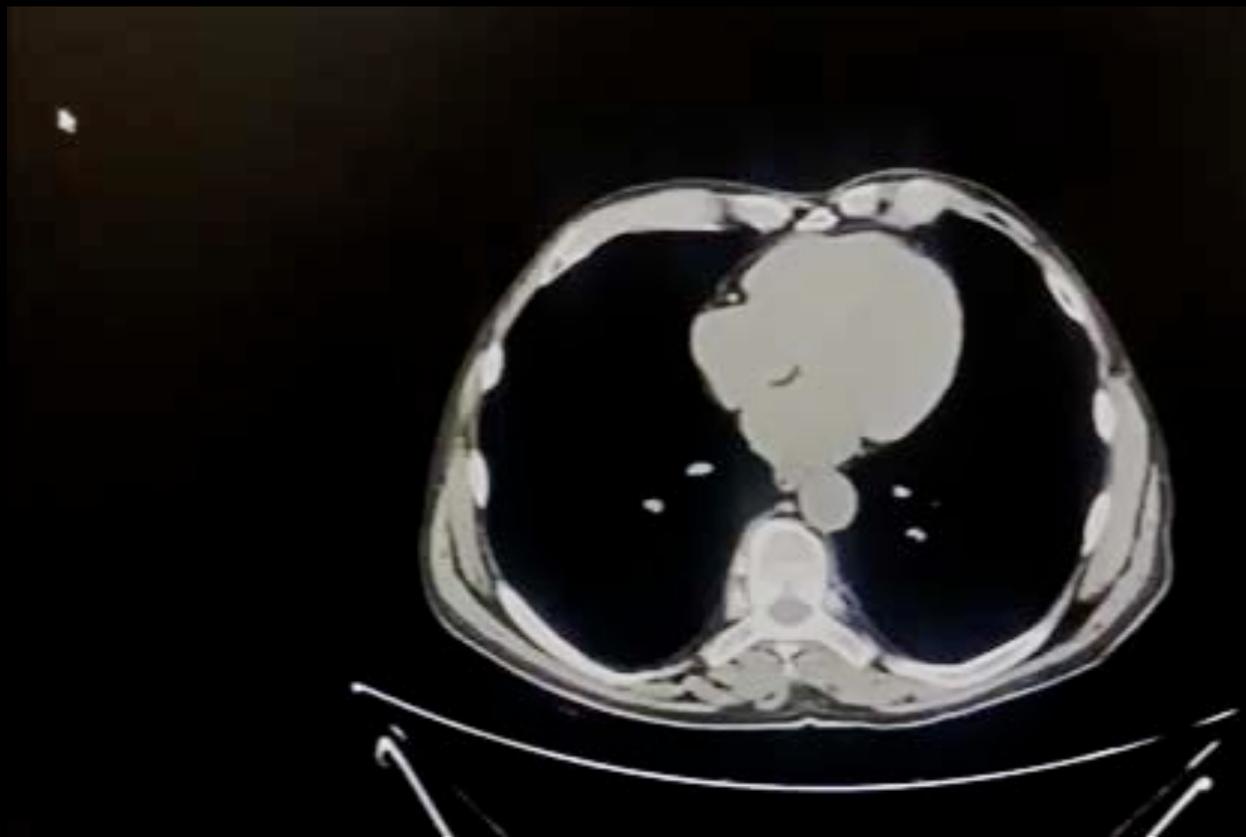
Junio 2022



4 mes posterior a la instalación LAMS



Control Agosto 2024



Caso 2

- 49 años
- Trombofilia
- Cavernomatosis de la porta
- Daño hepático no alcohólico
- Varices gastroesofagicas GOV1-GOV2
- Varices Duodenales



- Múltiples episodios de HDA por sangrado de varices del fondo y duodenales varios con compromiso hemodinámico y riesgo vital
- Esclerosis en varias ocasiones de varices del fondo y duodenales
- Shunt porto-cava, se logra control de sangrado de varices duodenales
- Presenta posterior a la cirugía, al menos 3 episodios de sangrado de varices del fondo gástrico, en lapso de 2 a 3 meses





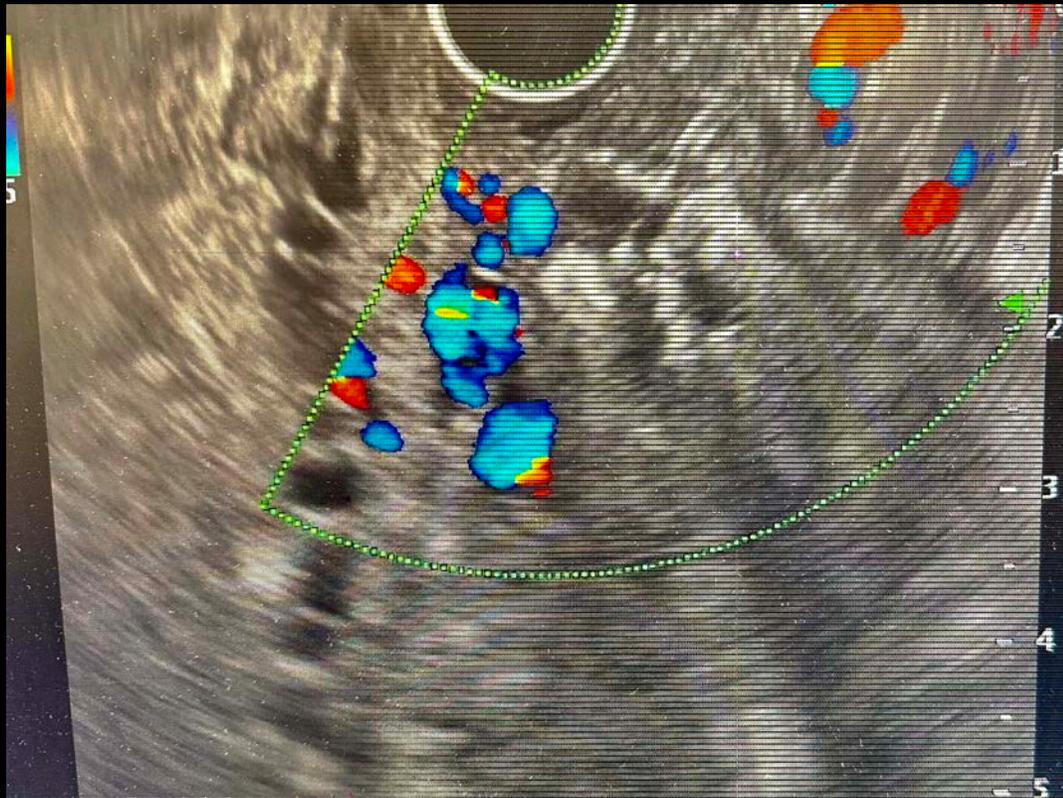
Se decide embolización



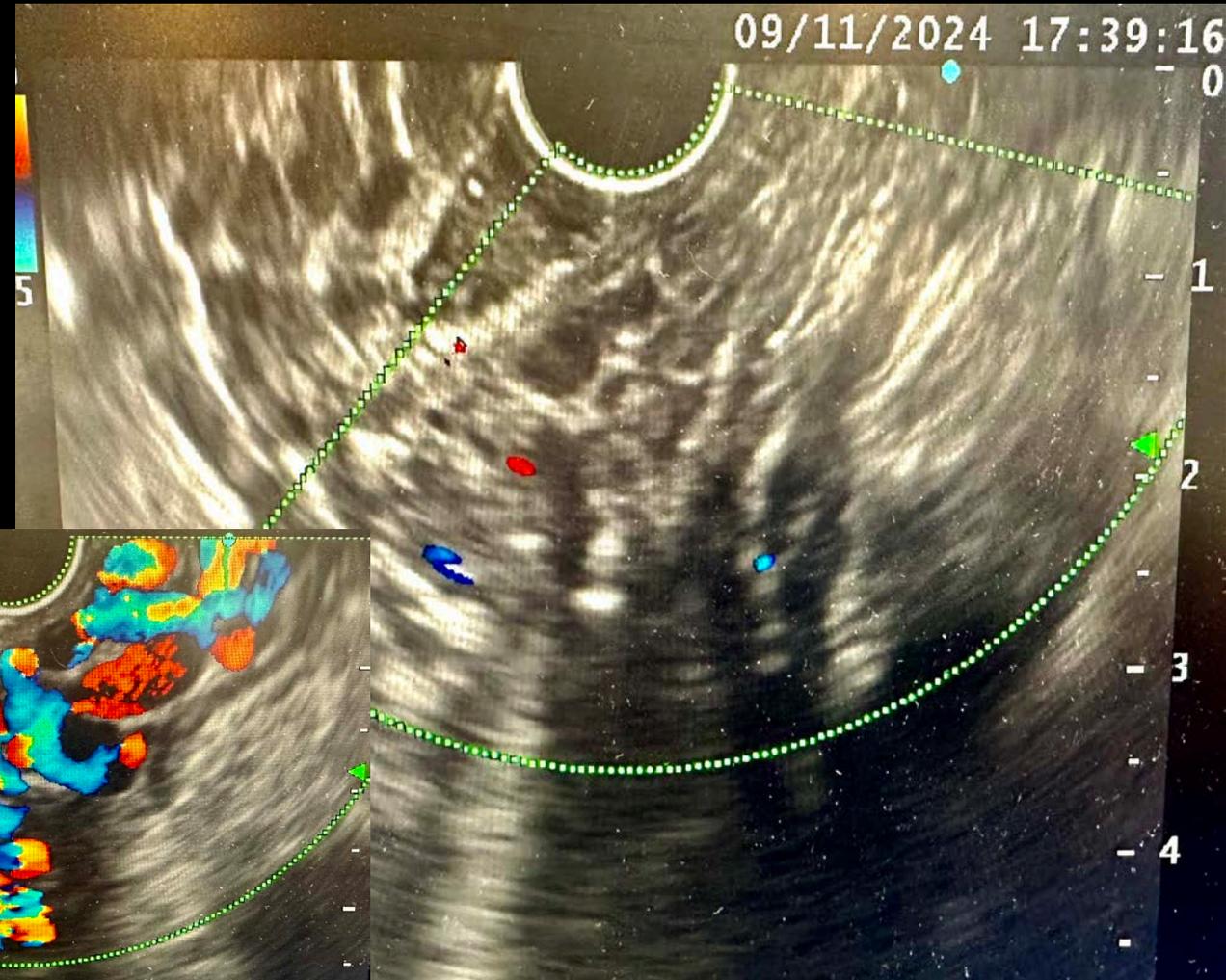
Liberación del Coil



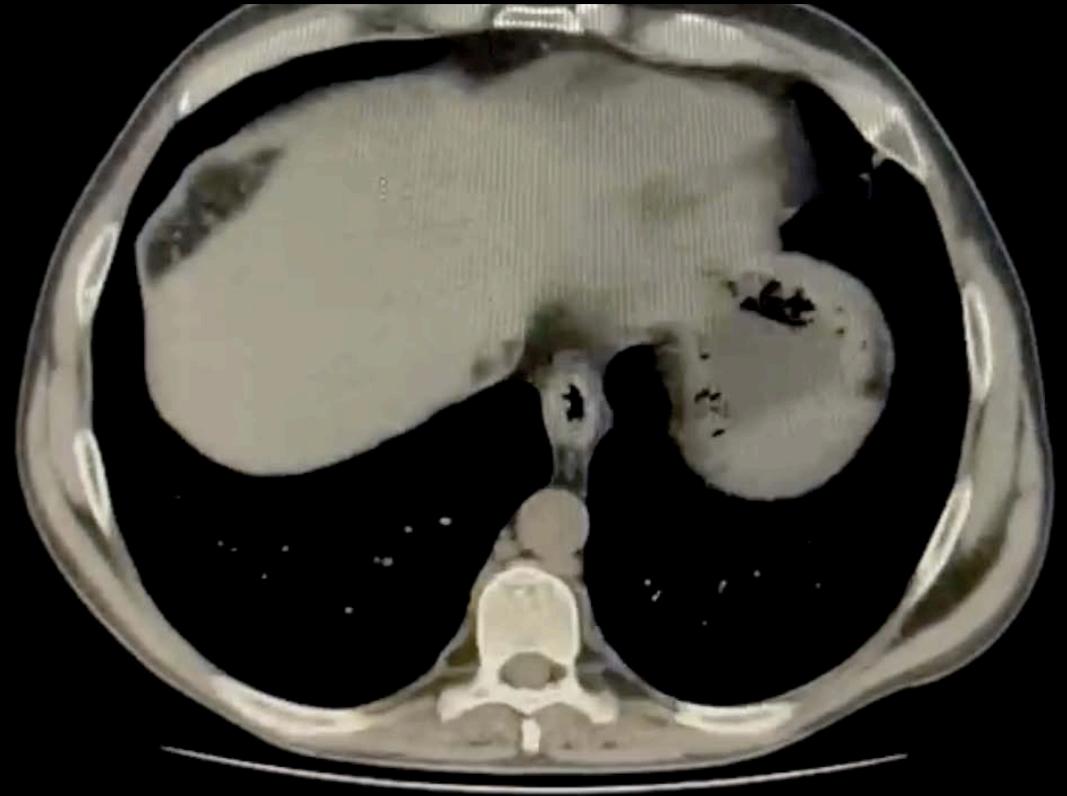
Control con Doppler



Inyección cianoacrilato + lipídot



-1 año sin nuevos episodios de HDA
-EDA vrices de fondo gástrico y por
curvatura menor, Vrices duodenales,
sin signos de sangrado ni de riesgo



Caso 3

- Femenino 27 años
- Sin otros Ant. Morbidos
- Dg Sarcoma Ewing retroperitoneal
- Op + QMT
- Recidiva de lesion retroperitoneal
- Colangitis → ERCP
- TAC: aumento de lesión conocida;

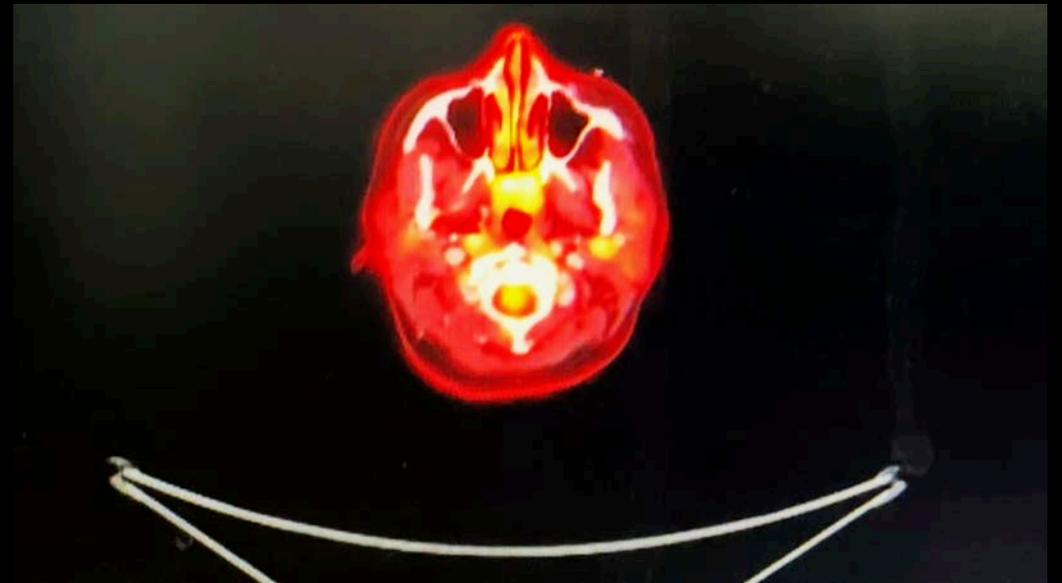
Extensa infiltración estructuras vasculares,

Organos vecinos; trombosis de la vena porta con

Transformación cavernomatosa y circulacion colateral

Hipertension portal y shunt esplenorrenal

Dilatacion de la VB intra y extrahepatica con protesis biliar



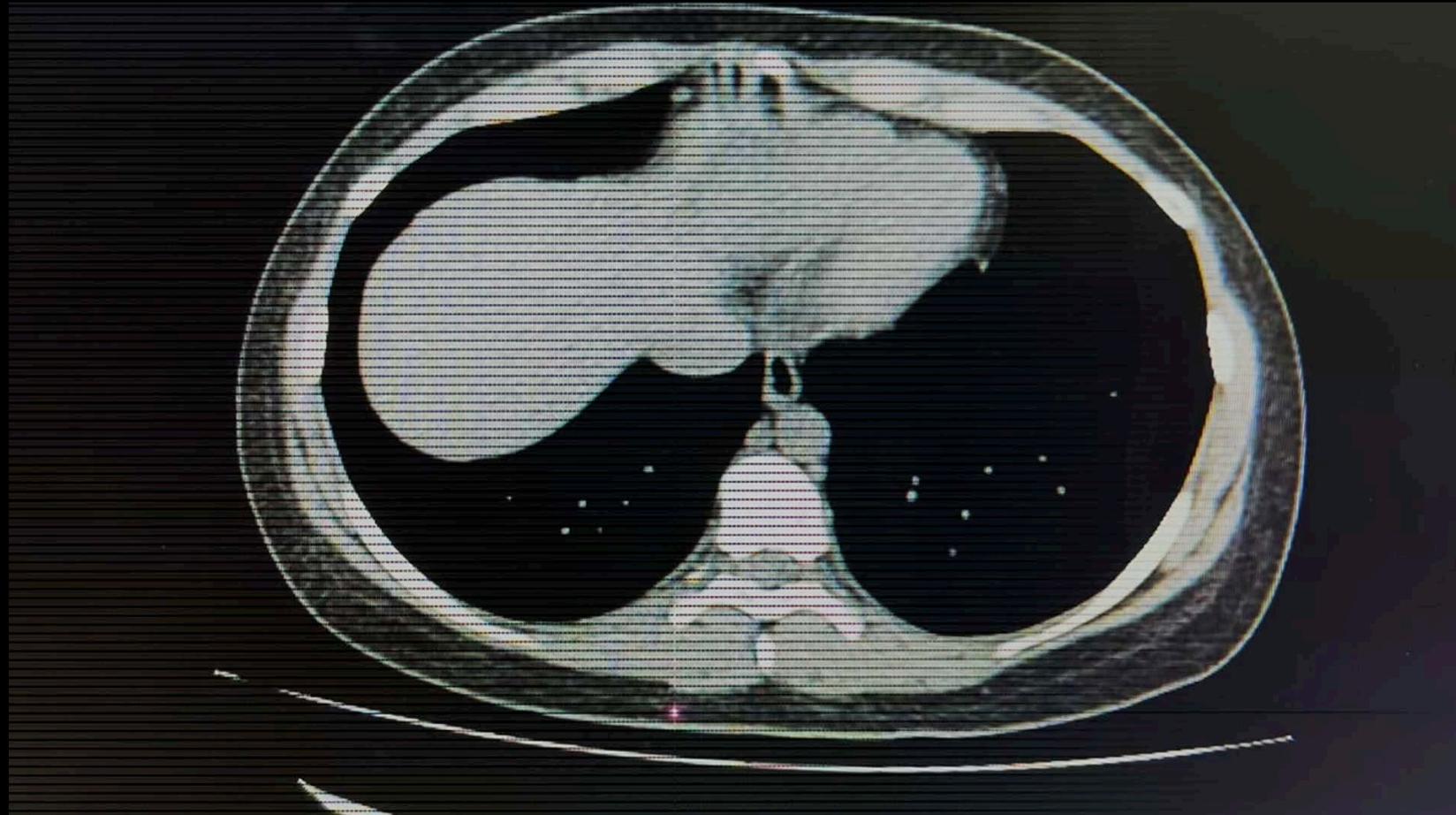
-Disfunción prótesis –Colangitis

-Instala prótesis autoexpansible

-4 meses después : colangitis
ERCP prótesis parcialmente ocluida
Se instala prótesis plástica

-Alta CCPP manejo del dolor

-2 meses después : Colangitis
Dos intentos frustrados de ERCP por
No poder acceder a D2
Manejo médico

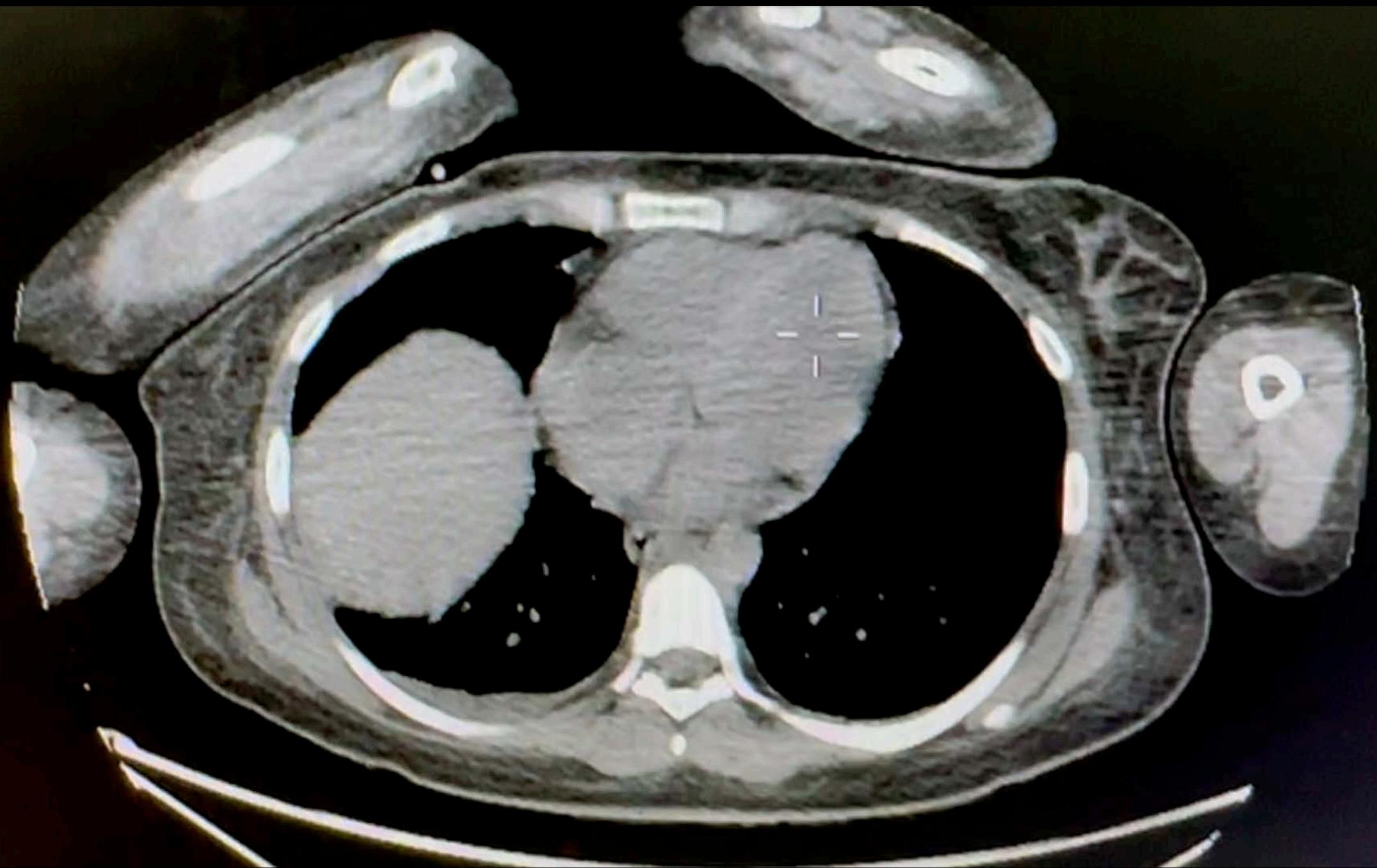


Evolución

- Anticoagulación
- Hemoperitoneo--> Lap: Adomen sellado sin posibilidad de acceder a la VB, sangrado en napa, hemostasia y cierre de abdomen
- Alta a domicilio
- 1 mes nueva colangitis que no responde a tratamiento médico

Sin opción de drenaje percutaneo. Bil 5,0 parametros inflamatorios elevados

-Se decide intentar drenaje por endosonografía → LAMS
colecistoduodeno anastomosis

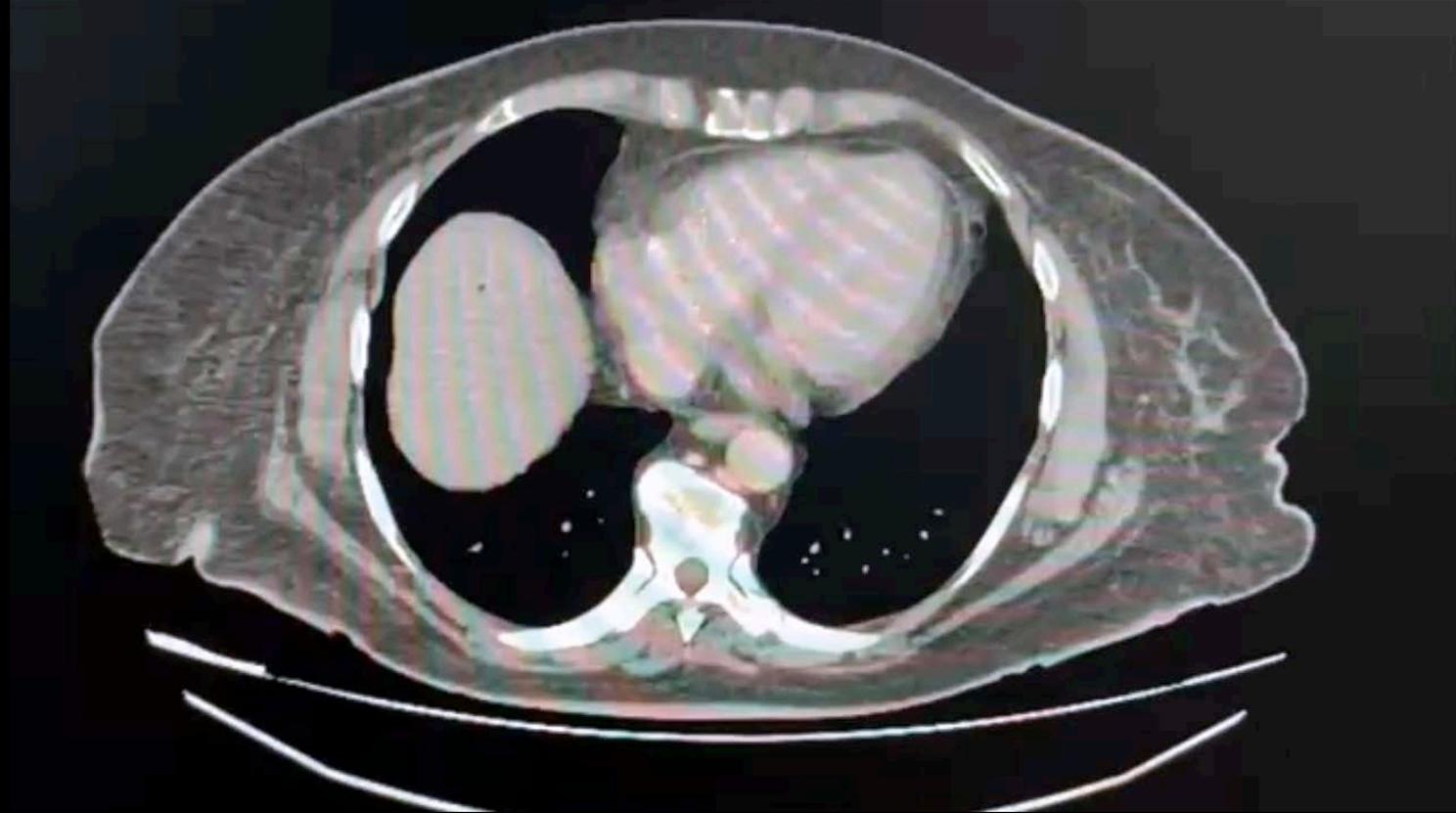


Evolución

- Alta a los 7 días, por dificultad a la realimentación y manejo de dolor oncológico
- Disminución de colestasia sin normalización de Bilirrubina total <2.0
- No presenta nuevas complicación septica
- Fallece 3 meses después por progresión de la enfermedad

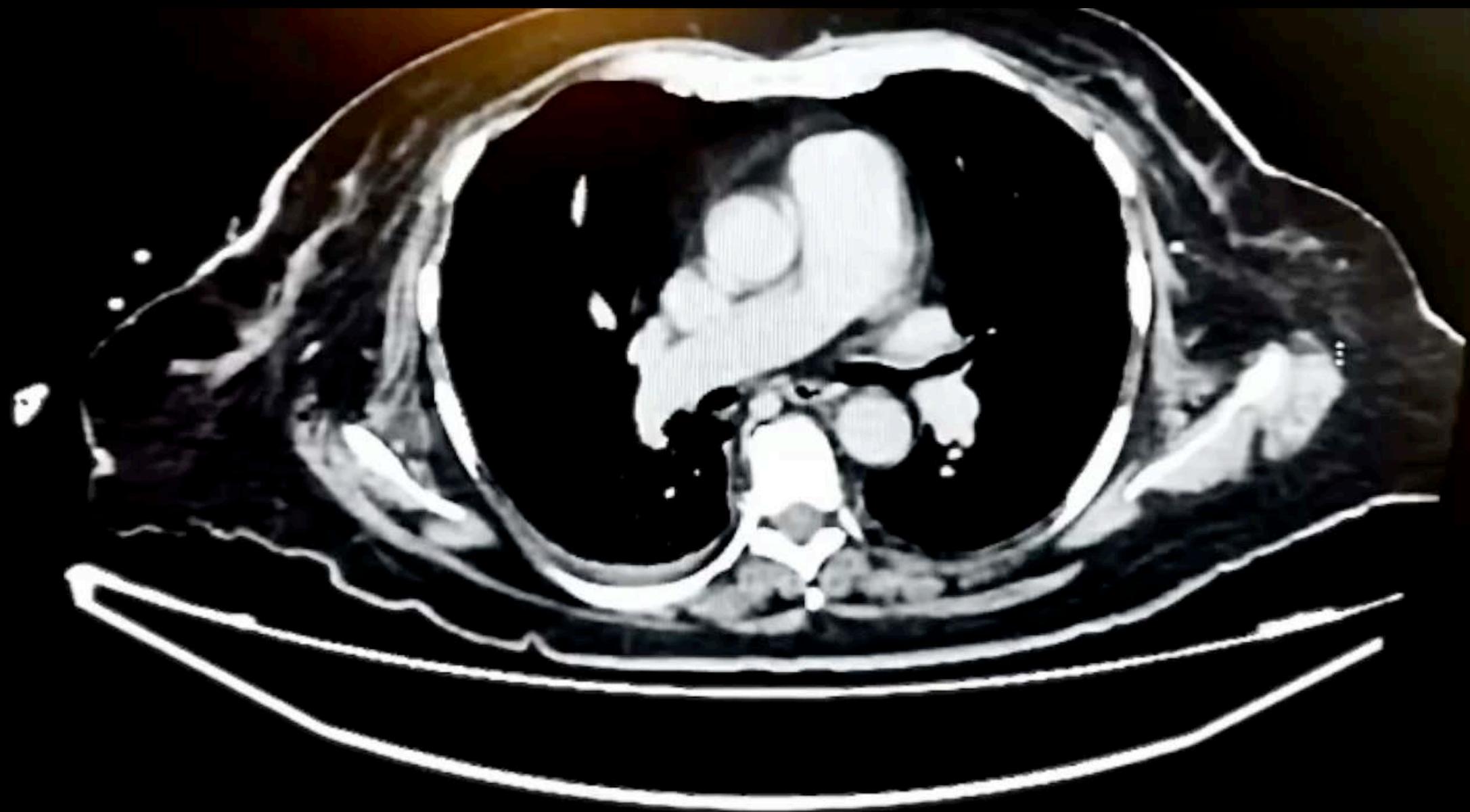
Caso 4

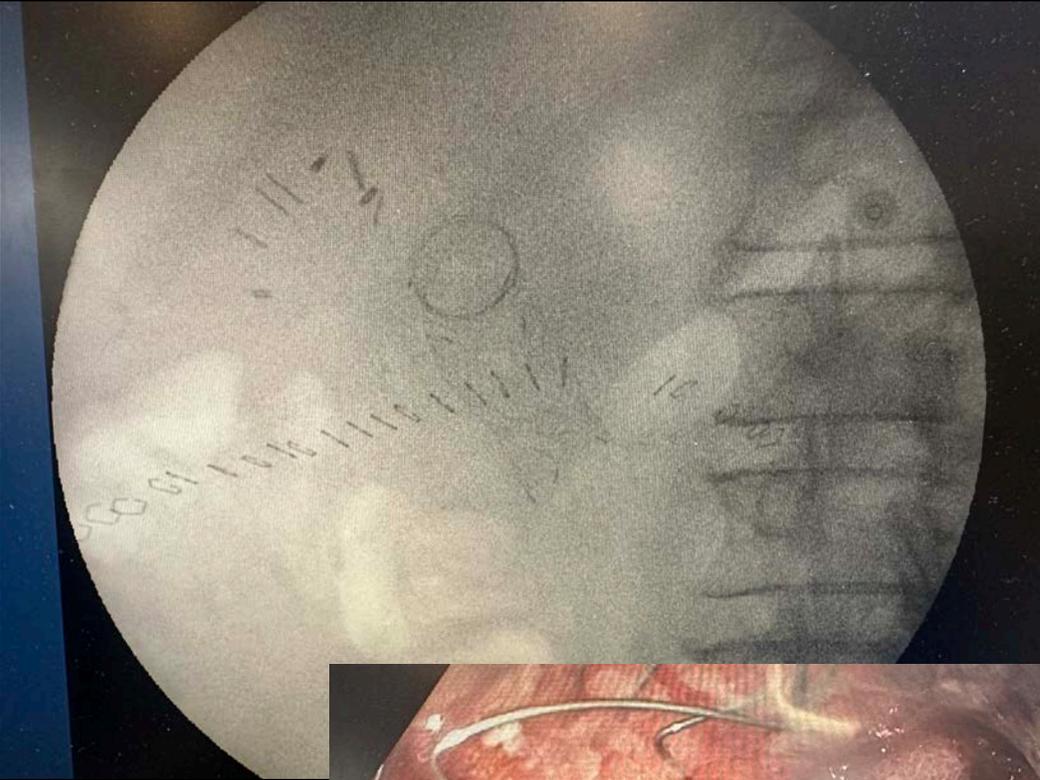
- 59 años
- Obesa
- Colecistectomizada
- ERCP urgencia 2020 por colangitis
Se describe adenoma de papila y se instala
protesis biliar
- Posterior al alta no concurre a control
- Reingresa 5/2024 nueva colangitis
- ERCP frustra por gran lesión en D2:
adenocarcinoma
- Lap. Exploradora instalación de sonda T
Compromiso local y metastásico



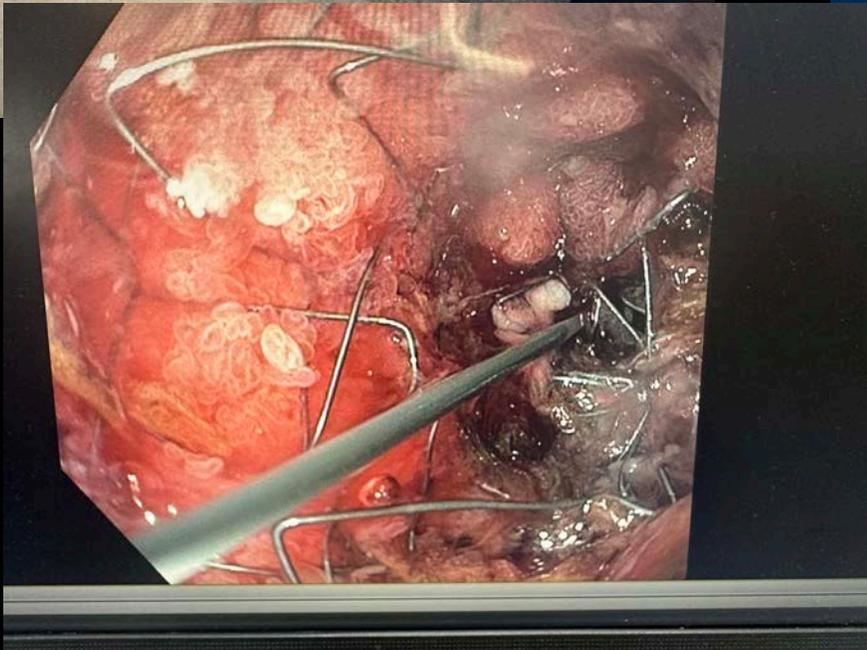
Evolución

- Persiste con debitos elevados por sonda T de dificil manejo
- Se intenta ERCP en dos ocasiones ambas frustras por lesión
- Mala tolerancia oral
- Se instala protesis duodenal
- Los siguientes 2 meses no se logra alimentar de modo adecuado, solo regimen liquido y vómitos ocasionales. Sonda T -600cc-800cc /dia
- Se sugiere evaluar posibilidad de drenaje por endosonografía...
Duodeno: con ocupación tumoral
Colecistectomizada
Ascitis

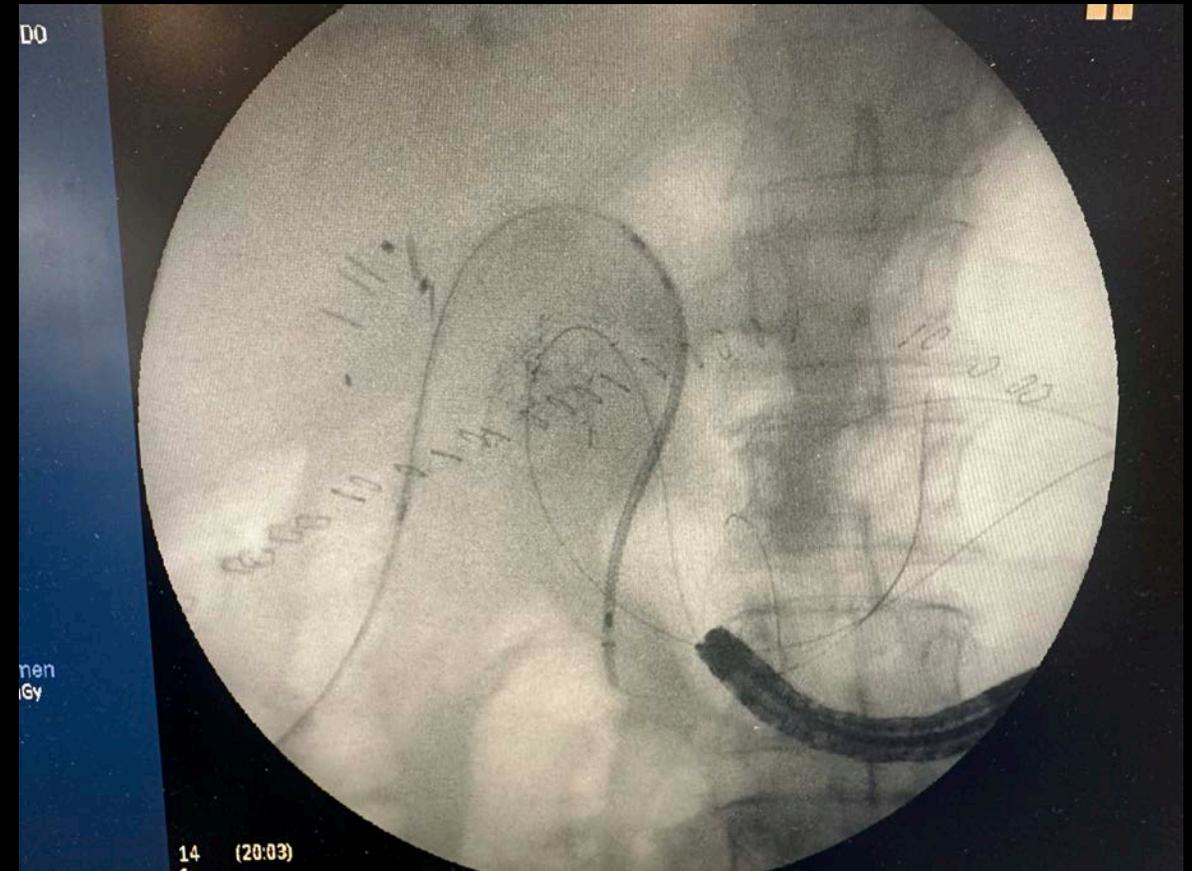
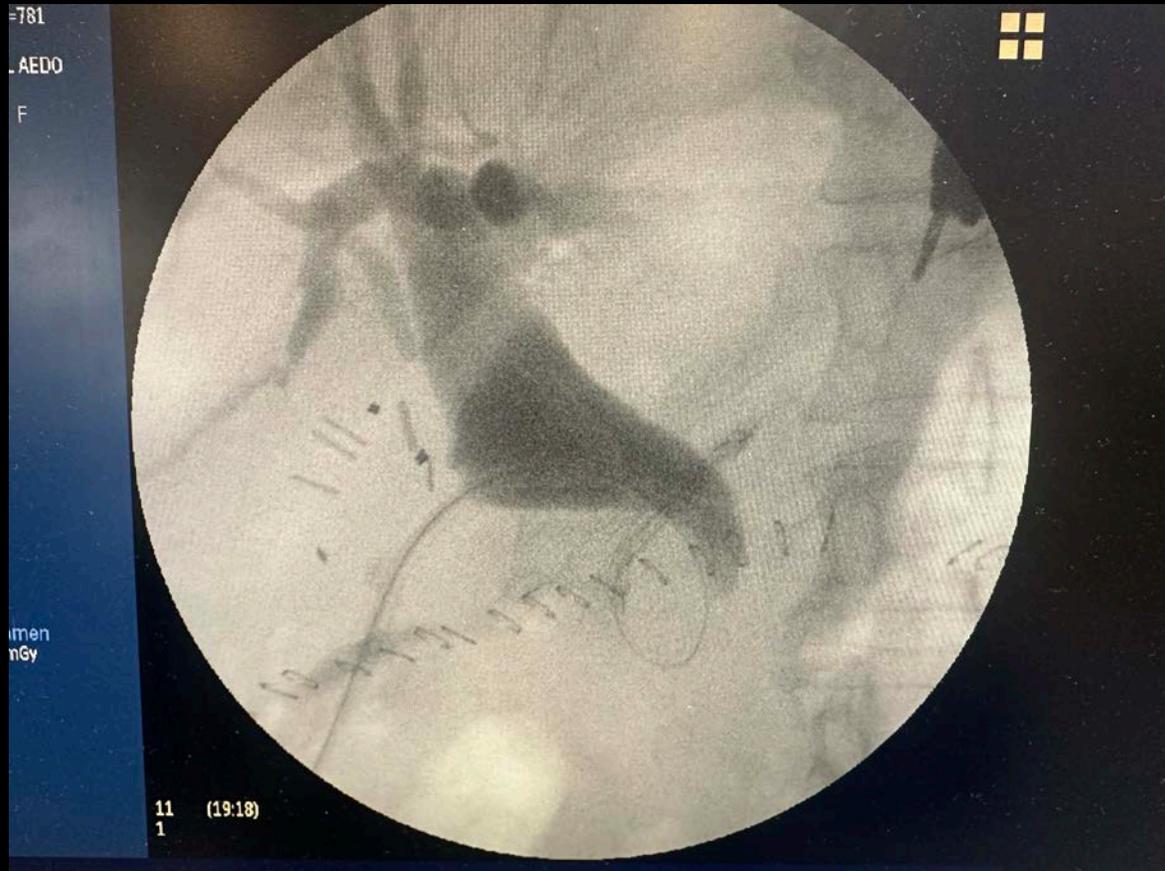




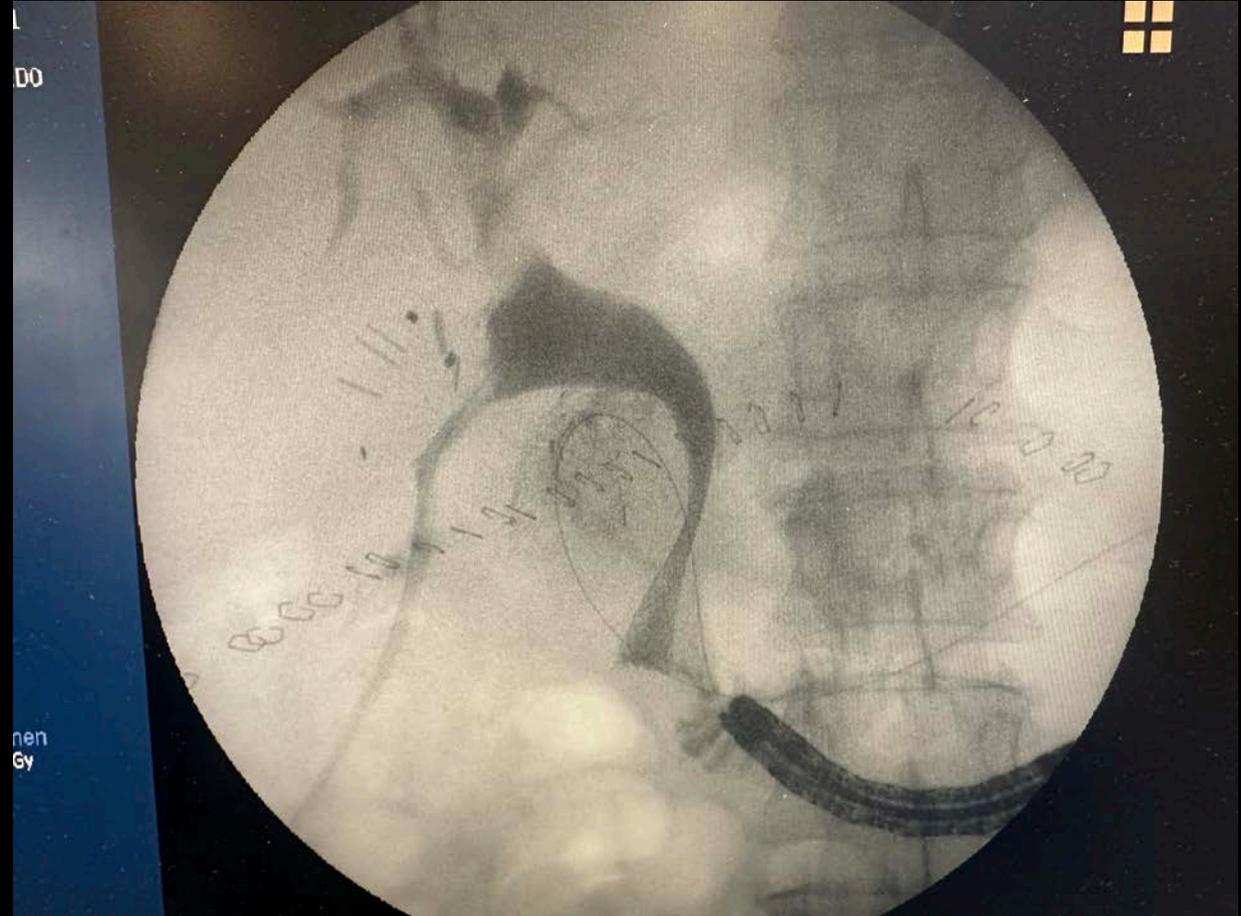
ursera
81
AEDO

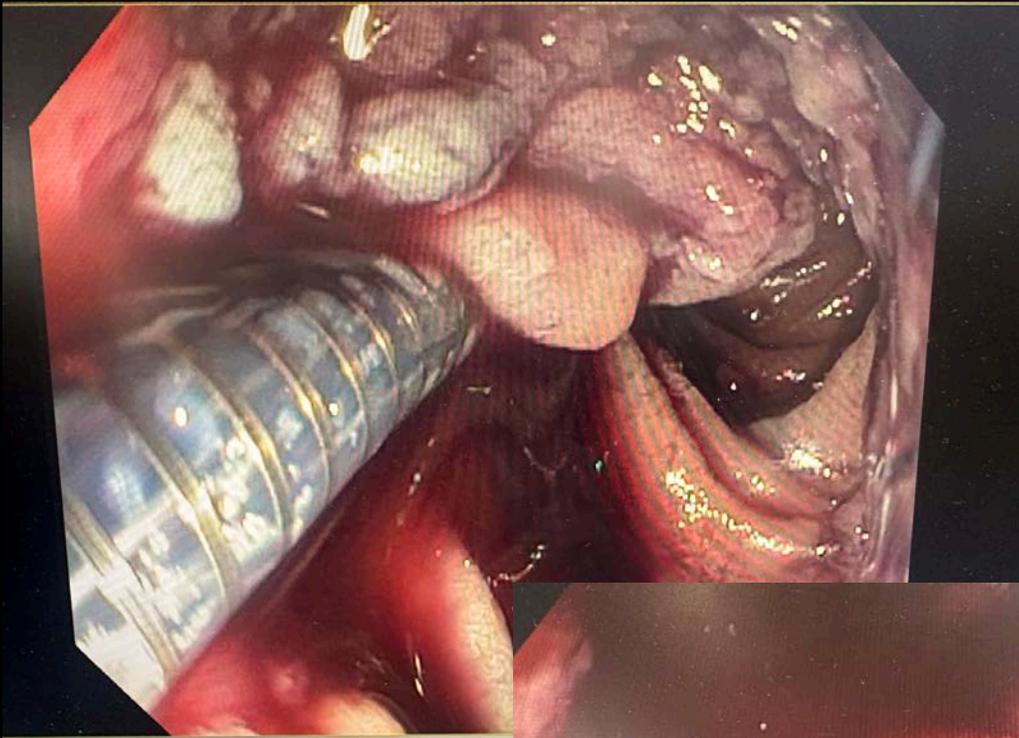


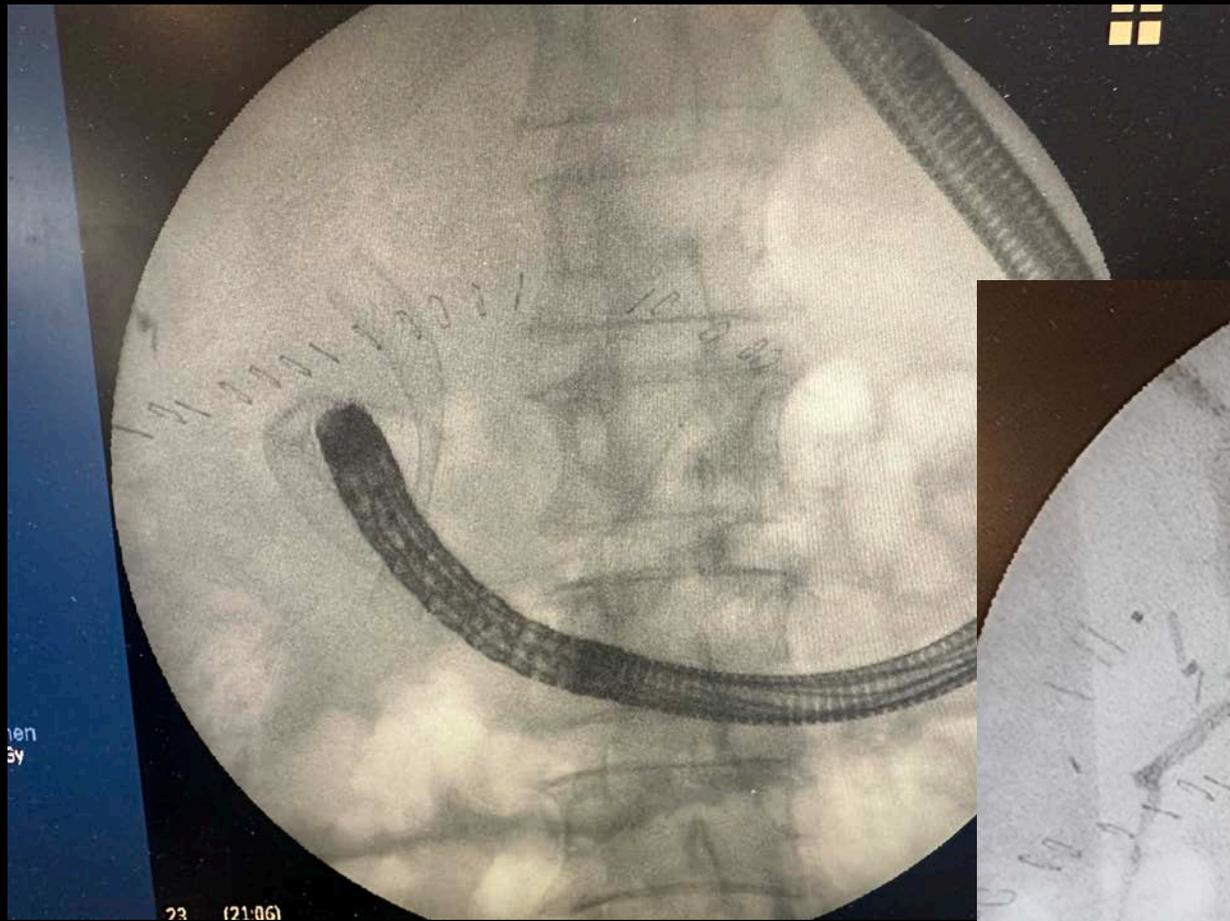
Instalación de prótesis biliar por trayecto de sonda T



Liberación de protesis autoexpansible





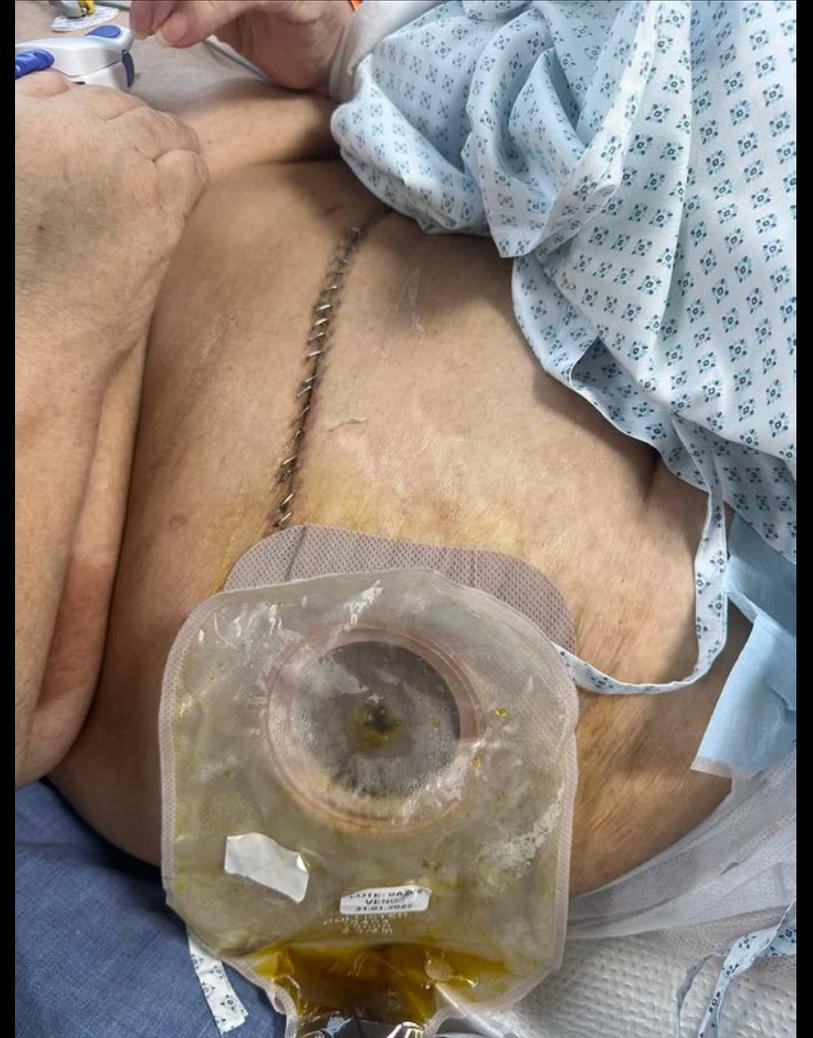


ten
by

23 (21:06)

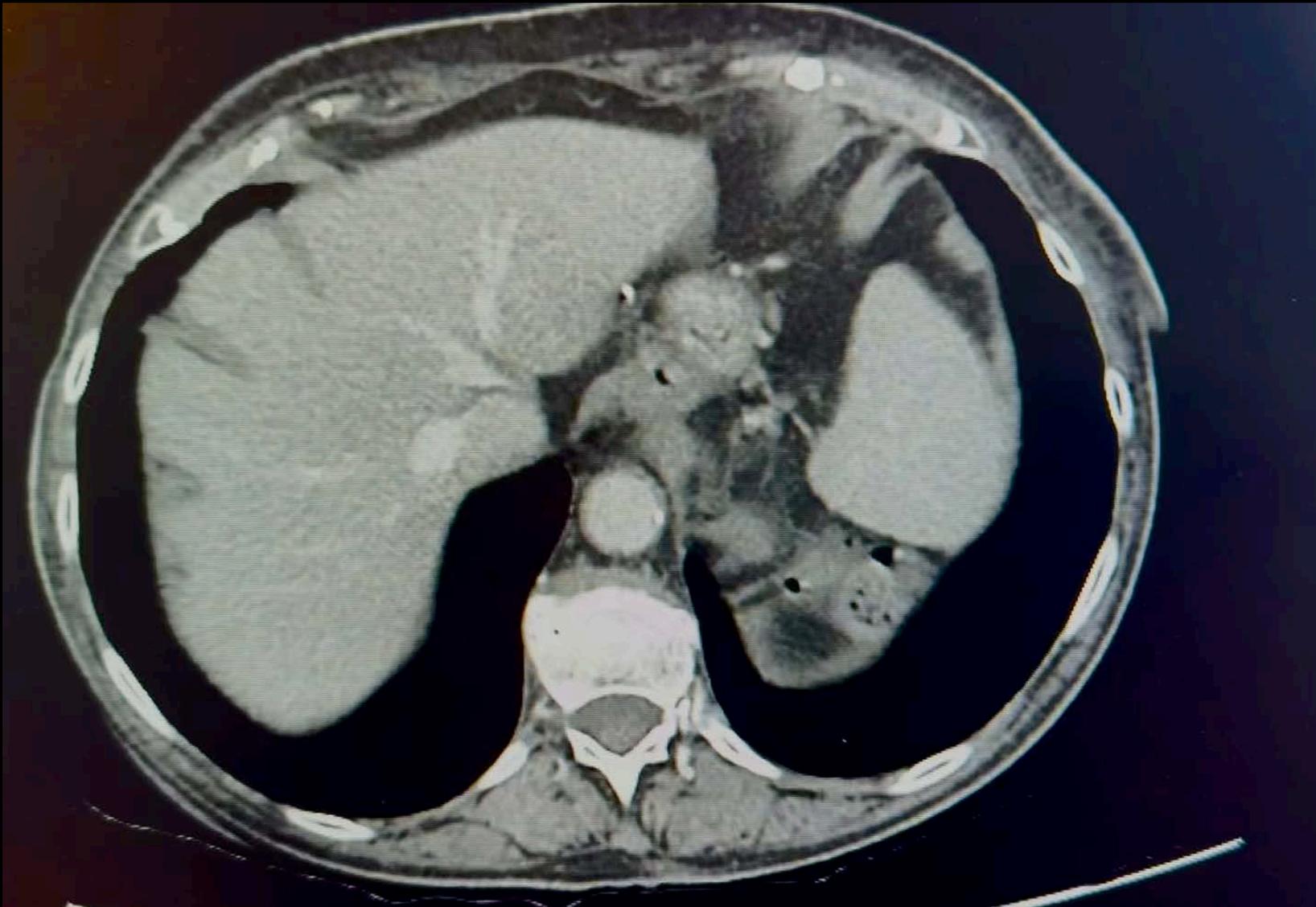


- En postoperatorio precoz presenta hematemesis y Compromiso Hemodinamico, se realiza EDA, Sangrado en lecho de la protesis, se aplica hemospray
- Dismunución progresiva de débitos hasta cierre al 6to día
- Logra régimen papilla
- Se da de alta a los 10 días sin drenaje con CCPP



Caso 5

- -91 años
- -Baja de peso progresiva en los 3 últimos meses
- -Episodios de dolor abdominal intermitente transitorio asociado a anorexia sin vómitos
- -Fragilidad y dependencia para labores diarias
- -Por condición general no se avanzó en estudios
- -Presenta crisis de dolor abdominal intenso asociado a vómitos
- -Ingresa a SU en condiciones estables dolor 5/10
- -Ex de lab Hto:30%
- Lipasa: 2500 Amilasa 1000
- PCR:2.28

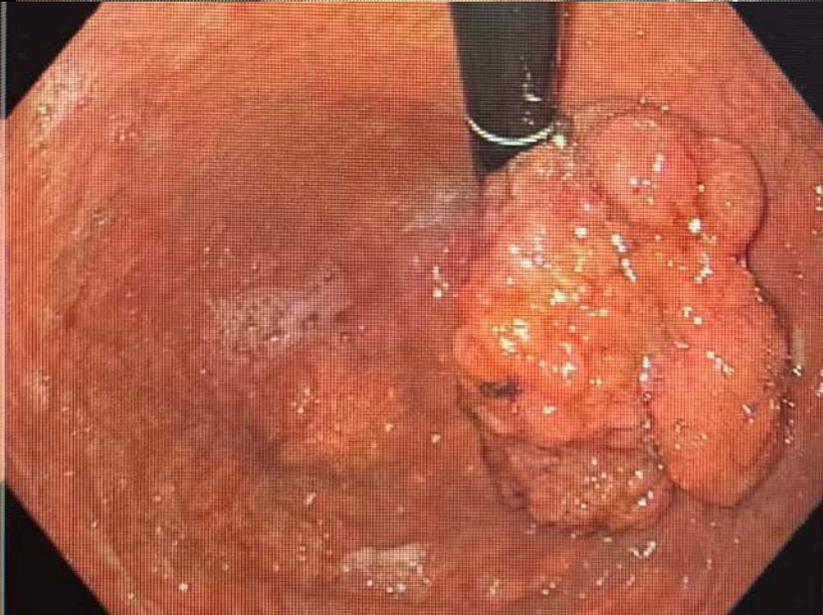
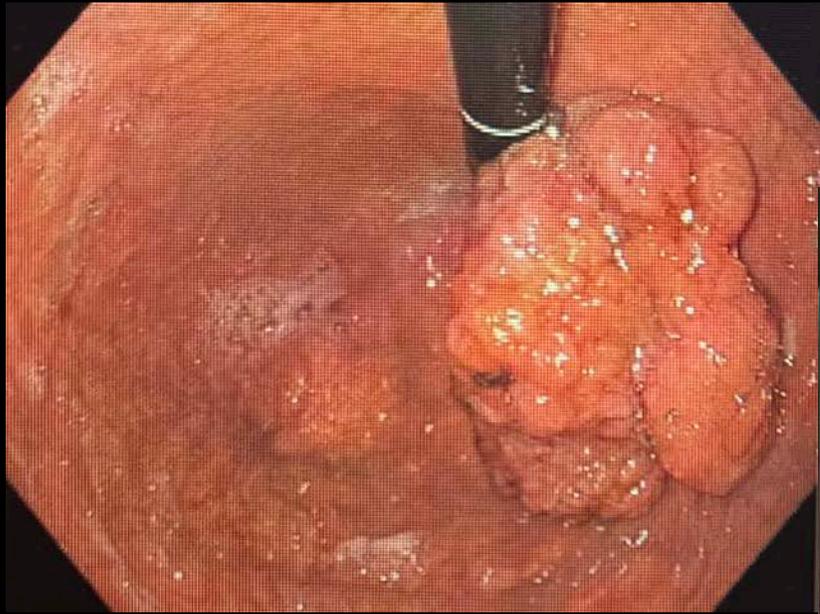


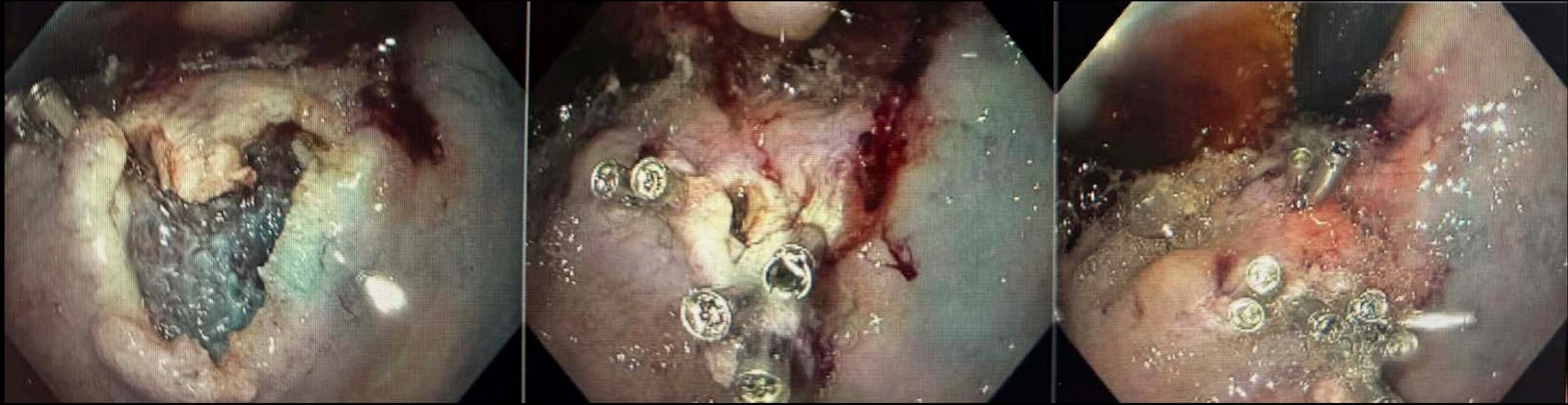
Diagnosticos

-Pancreatitis aguda

Invaginacion gastrica secundaria a polipo gastrico de al menos 6 cm







Diagnostico:

En dos frascos fragmentos que miden 5,8 x 4,7 x 2cm y 5,8 x 4,5 x 2,2 cm

Adenoma tubulo vellosa con displasia epitelial de alto grado, en partes arborizante Hamartoma tipo Peutz-Jegers, con focos sospechosos de adenocarcinoma intramucoso

LA CASA DE PAPEL



#SIMPSONIZED

🐦 ADNz 📘 AdrienADNNoterdaem