

# Programa Final

**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

**CARACAS 2025**  
11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

**Patrocinante Libro de Programa Final Interactivo  
Del 46º Congreso Nacional de Gastroenterología y  
27º Congreso Nacional de Gastroenterología  
Pediátrica**

**MCK**

PHARMACEUTICAL *filial de Calox International*

**Diseño y Conceptualización:**

Ana María Sully

**Digitalización:**

Wilson Robles

**Organizado por:**





**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

Caracas, Julio de 2025

## Bienvenidos al Congreso Venezolano de Gastroenterología 2025

Un encuentro con la ciencia, la historia... y el futuro.



Es un verdadero honor darles la bienvenida a este congreso tan especial, que no solo rinde homenaje al legado del **Dr. Miguel Garassini Serra**, maestro y referente inigualable de nuestra especialidad, sino que también celebra con orgullo los **80 años** de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología.

Durante estos días compartiremos experiencias, aprendizajes y avances científicos de la mano de colegas de toda Venezuela y distinguidos invitados internacionales. Discutiremos casos clínicos, presentaremos trabajos libres, participaremos en talleres interactivos y, como punto culminante, seremos testigos de **16 transmisiones en vivo** de procedimientos endoscópicos de alta complejidad, gracias a nuestra alianza con **Gastro-Tec**.

Este congreso es más que un evento: es un punto de encuentro para quienes creemos en la excelencia médica, en la formación continua y en el poder de las ideas compartidas.

Es también un recordatorio de que la gastroenterología venezolana sigue creciendo, innovando y dejando huella.

Gracias por ser parte de este momento histórico.

¡El futuro nos convoca, y estamos felices de vivirlo junto a ustedes!

**Dra. Lucy Dagher**

Presidente

Sociedad Venezolana de Gastroenterología

2024-2026



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**  
**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

## **JUNTA DIRECTIVA SOVEGASTRO 2024-2026**

Dra. Lucy Dagher  
Presidente

Dr. Gustavo Yasin  
Vicepresidente

Dra. Mercedes De Sousa  
Secretaria

Dra. Yolett Martínez  
Subsecretario

Dr. Rafael Anato  
Tesorero

Dr. Carlos Sánchez  
Dr. William Folkmanas  
Vocales

Dr. Ricardo Méndez  
Dr. Emerson Useche  
Dr. Guillermo Veitía  
Comisión Asesora

COMITÉ ORGANIZADOR 46º Congreso Nacional de Gastroenterología y 27º Congreso Nacional de Gastroenterología Pediátrica

Dra. Lucy Dagher  
Presidente

Dra. Mercedes De Sousa  
Secretaria

Dra. Yolette Martínez  
SubSecretaria

Dr. Rafael Anato  
Tesorero



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**



**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

#### SECCIONES

Dr. Jorge Landaeta – Presidente  
Endoscopia

Dr. Raúl Monserat – Presidente  
Educación Médica

Dra. María Luisa Clavo – Presidente  
Ultrasonido e Imágenes

Dr. Rafael Santiago – Presidente  
Gastroenterología Pediátrica

Dr. Raúl Aponte – Presidente  
Neurogastroenterología

Dr. Edgardo Mengual – Presidente  
Hepatología

Dra. Carla Días – Presidente  
Intestino Delgado

Revista GEN  
Dr. Juan Carlos González Durán  
Editor Director

Dra. Carolina Raimundi  
Dra. Mariela González  
Dra. Naireé Sánchez  
Consejo Editorial

# Festal<sup>®</sup>

El aliado  
de tu digestión



# Eviga<sup>x</sup>

Simeticona



Elimina los gases  
Antiflatulento

# Frutacid<sup>®</sup>

ANTIÁCIDO

ACIDEZ...  
¡YA NO MÁS!



# DOL duo<sup>®</sup>

Poder activo  
contra los cólicos

\*La administración de este producto en dosis elevadas o por tiempo prolongado puede ocasionar lesiones hepáticas o renales. Si el malestar no cede con el tratamiento, suspéndalo y consulte al médico\*. Este material ha sido revisado y aprobado por el Departamento Médico y el Farmacéutico patrocinante de Calox International, C.A. | [www.calox.com](http://www.calox.com) | RIF. J-00021467-0

 **CALOX**  
INTERNATIONAL



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## INFORMACIÓN GENERAL

### 1. OBJETIVO DEL 46º CONGRESO NACIONAL DE GASTROENTEROLOGÍA, EL 27º CONGRESO NACIONAL DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA Y EL V CURSO DE ENDOSCOPIA AVANZADA GASTRO-TEC:

Reunir al Gremio Gastroenterológico para actualizarse en las diferentes novedades científicas..

#### SEDE:

El **El 46º Congreso Venezolano de Gastroenterología y el V Curso de Endoscopia Avanzada Gastro-Tec** se realizarán en los Salones Plaza Real A y el Salón Zafiro, del Eurobuilding Hotel & Suites, en la ciudad de Caracas, desde el día Jueves 11 hasta el Sábado 13 de Septiembre de 2024.

El **27º Congreso Nacional de Gastroenterología Pediátrica** se realizará en el Salón Plaza Venezuela del Eurobuilding Hotel & Suites, el día Viernes 12 y el Sábado 13 de Septiembre. El **Curso de Instrumentista**, se realizará en el Salón Plaza Caracas el día Viernes 12 de Septiembre

#### EXPOSICIÓN COMERCIAL:

Como complemento al Programa Científico, el Comité Organizador ha programado la realización de una Exhibición Científica paralela al **46º Congreso Nacional de Gastroenterología, 27º Congreso Nacional de Gastroenterología Pediátrica y V Curso de Endoscopia Avanzada Gastro-Tec**, la cual contará con la presencia de las casas comerciales y laboratorios líderes en la especialidad. Ésta está ubicada en el **Salón Plaza Real B, en el Foyer del Salón Plaza Real y en el Salón Topacio.**

Abierta partir de las 08:00 am hasta las 07:00 pm, los días Jueves 11 y Viernes 12 de Septiembre. El Sábado 13, a partir de las 08:00 am, hasta la 04:00 p.m.

#### SECRETARÍA E INSCRIPCIONES Y ENTREGA DE MATERIALES:

En el siguiente horario:

**Jueves 5 de Septiembre** de 07:00 a.m. a 04:00 p.m.

**Viernes 6 de Septiembre** de 06:30 a.m. a 04:00 p.m.

**Sábado 7 de Septiembre** de 07:00 a.m. a 01:00 p.m.

#### IDENTIFICACIÓN:

Al formalizar su inscripción, recibirá un distintivo con su nombre y apellido.



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

Es **OBLIGATORIO** portar éste en un sitio visible para ingresar a los salones de Cursos, Conferencias, Trabajos Libres, Sesiones de ePosters, Programa Social y Exposición Comercial.

El Distintivo es **PERSONAL E INTRANSFERIBLE**, quien llegue a extraviarlo deberá notificarlo inmediatamente a la oficina de inscripciones, para su anulación y otorgarle uno nuevo por el cual deberá cancelar la cantidad de **DIEZ DOLARES (US\$ 10.00)**.

## TRABAJOS LIBRES ORALES Y VIDEOS:

- Cada Trabajo Libre aceptado para su presentación oral en el Congreso Anual, tendrá discusión obligatoria. La Comisión Científica propondrá a la Junta Directiva uno de los Miembros de la Sociedad, un invitado especial a quien se le encomendará comenzar la discusión, la cual se basará sobre la información contenida en el resumen, enviados por los autores y la información obtenida durante la presentación del trabajo. De considerarlo necesario, la persona designada puede solicitar con antelación una copia del trabajo completo.
- Los trabajos de presentación oral, serán presentados en un tiempo máximo de **diez minutos**. El encargado de abrir la Discusión tendrá **dos (2) minutos** para ello, habrá **dos (2) minutos** para discusión en público y el autor dispondrá **un (1) minuto** para responder a las observaciones y preguntas efectuadas. Los Trabajos Libres presentados en forma oral, serán discutidos inmediatamente después de cada presentación.
- Junto con la notificación de la aceptación del Trabajo Libre, se le avisará a los autores el nombre del encargado de abrir la discusión. Los autores deberán suministrarle toda la información que desea a fin de proporcionarle las bases más adecuadas para cumplir su cometido.
- La Junta Directiva publicará para ser entregados durante el Congreso, los resúmenes de los trabajos libres aceptados (presentación oral y carteles).
- La Sociedad Venezolana de Gastroenterología, previa aprobación por el Comité Editorial y autorización de los autores, publicará los trabajos inéditos en la Revista GEN, Órgano oficial de la sociedad, para lo cual los autores consignaran en la secretaria de la Sociedad dos (2) ejemplares de los mismos, y una versión electrónica, ateniéndose a las normas editoriales de dicha Revista. La Revista GEN, con motivo del Congreso Anual, publicará los resúmenes de los trabajos presentados.
- Las decisiones de la Junta Directiva y la Comisión Científica en cuanto a la aceptación de Trabajos Libres son inapelables

## POSTERS ELECTRÓNICOS:

Este año serán expuestos posters, en forma digital, en el Foyer del Salón Plaza Real. En la parte superior se colocará el Título, nombres del autor y coautores e Institución donde se realizó el trabajo. Luego, el resumen del trabajo y en el resto de los espacios se distribuirán las gráficas y leyendas. Los posters serán expuestos desde el día Jueves 11 hasta el Sábado 13 de Setiembre, en el horario comprendido de 8:00 am hasta las 6:00 pm.



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## CERTIFICADOS DE ASISTENCIA EN LÍNEA:

En el **46º Congreso Nacional de Gastroenterología, 27º Congreso Nacional de Gastroenterología Pediátrica y el V Curso de Endoscopia Avanzada GastroTec**, los inscritos, expositores, invitados nacionales e internacionales, recibirán constancia de participación activa en el congreso a través de la página web del evento. ([www.asevent.com/sovegastro2025](http://www.asevent.com/sovegastro2025) en la pestaña de Inscripciones)

Así mismo la constancia de presentación de Trabajos Libres, Videos y Posters Electrónicos, igualmente podrá bajarla a través de la misma página, **una vez finalizado el evento**. Se le recuerda que para la presentación de su trabajo, todos los integrantes deberán estar formalmente inscritos.

## ¿Cómo descargar los certificados en línea del XLV Congreso Nacional de Gastroenterología, XIX Encuentro Latinoamericano de Intestino Delgado: Videocápsula y Enteroscopia y 27º Congreso Nacional de Gastroenterología Pediátrica?

Los certificados podrá descargarlos a través de la página web [www.asevent.com/certificados](http://www.asevent.com/certificados). Deberá seguir las siguientes instrucciones:

1. Para Imprimir o descargar el certificado en formato PDF, ingrese su número de **cédula** en el campo inferior.
2. Seleccione **XLV Congreso Nacional de Gastroenterología y 27º Congreso Nacional de Gastroenterología Pediátrica** en las múltiples escogencias.
3. Presione el Botón "Validar"
4. Una vez el sistema ubique su inscripción, aparecerá un botón con el texto "ver certificado" púlselo para acceder al documento.
5. Solo podrá acceder al certificado en línea una vez. Puede descargarlo en su equipo local en caso de que desee imprimirlo luego.
6. Debe estar efectivamente registrado y haber asistido presencialmente en el evento seleccionado para poder acceder al certificado.

## POLÍTICA DE NO FUMAR

La SVG apoya la Resolución N° 243 del 16 de Junio de 2000, publicada en Gaceta Oficial N° 36.936, que prohíbe en espacios dedicados a la Salud.

Exhortamos a los asistentes al Congreso a abstenerse de fumar en las áreas del Evento.

## RECOMENDACIONES DE BIOSEGURIDAD

Caracas no escapa a los problemas de Seguridad, por lo que se le recomienda tomar previsiones como las siguientes:

- Portar su carnet de vacunación
- Portar tapaboca en todas las áreas del Hotel Tamanaco
- Lavado frecuente de sus manos
- Utilizar spray antibacterial cada vez que lo considere conveniente



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

- Procurar salir en grupos
- Retirarse los distintivos al salir del Hotel
- No exhibir cámaras fotográficas o de video, laptops, tablets y celulares
- Utilizar los Taxis del hotel o solicitarlos por teléfono a una línea conocida.
- Asegurarse sobre los sitios a visitar

### **INFORMACIÓN IMPORTANTE:**

Se exigirá el porte del distintivo oficial en lugar visible y permanente para poder entrar a los salones de conferencias y al área comercial.

Todos los eventos comenzarán puntualmente a la hora estipulada, por lo tanto, se le recomienda la estricta observancia de los horarios

Para información adicional o ayuda, favor contactar al personal de la SVG, los cuales estarán debidamente identificados.





**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Programa Científico

**46º Congreso Nacional de  
Gastroenterología**  
Homenaje al Dr. Miguel Garassini  
Jueves 11 de Septiembre de 2025



46.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
CARACAS 2025

27.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA  
PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Jueves 11 de Septiembre - Salón Plaza Real A

- 8:00 **PALABRAS DE BIENVENIDA DRA LUCY DAGHER**
- 8:20 **La medicina en el siglo XXI: Conferencia Dr. Miguel Garassini Serra**
- 9:00 a 10:30 **Esófago**  
**Coordinadores:** *Dra Rosargelis Parra – Dr. Raúl Arocha*
- 9:00 Nuevas perspectivas en esofagitis eosinofílica. Del diagnóstico al algoritmo terapéutico.  
**Dra. Giovanna Porfilio (Argentina)**
- 9:15 Actualización en ERGE  
**Dr. José María Remes T. (México)**
- 9:30 Tratamiento endoscópico del reflujo gastroesofágico en 2025 .  
**Dra. Olaya Brewer (USA)**
- 9:45 Sesión de preguntas
- 10:00 a 10:30 **INAUGURACIÓN EXPOSICIÓN COMERCIAL**
- 10:30 Trastornos motores esofágico. Lo que no ve la manometría de alta resolución y predictores de buena respuesta a tratamiento  
**Dra. Giovanna Porfilio (Argentina)**
- 10:45 Por qué cortar con precisión y no “romper” con el balón. Acalasia y evolución del POEM  
**Dr. Michel Kahaleh (USA)**
- 11:00 Resultados a corto y largo plazo: que esperar y que entender después de dilatación, Heller y POEM  
**Dra. Giovanna Porfilio (Argentina)**
- 11:15 Sesión de preguntas
- 11:30 a 12:00 **Trabajos Libres**
- 11:30 MEDICIÓN ENDOSCÓPICA DE UEG: CORRELACIÓN CON MANOMETRÍA, FENOTIPOS, HISTOLOGÍA COMO PREDICTOR DE SEVERIDAD DE ERGE. ESTUDIO PILOTO CON APP NOVEL
- 11:50 CORRELACIÓN ENTRE ENDOSCOPIA, HISTOLOGIA Y GASTROPANEL® EN EL ESTUDIO DE LESIONES PREMALIGNAS GÁSTRICAS ¿PUEDE SUPERAR EL METODO CONVENCIONAL? ESTUDIO PILOTO.



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**



**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Jueves 11 de Septiembre - Salón Plaza Real A

- 12:05 a 1:00 **Estómago**  
**Coordinadores:** *Dr. José Gregorio Velasco – Dr. Gustavo Yasin*
- 12:05 Tumores subepiteliales: mirar, resear o referir al cirujano.  
**Dr. Juan Carlos Caramés (México)**
- 12:20 Gastroparesia en la práctica clínica: abordaje y tratamiento.  
**Dra. Giovanna Porfilio (Argentina).**  
*Cortesía de Grupo Vargas*
- 12:50 Sesión de preguntas
- 1:00 a 2:00 **Almuerzo con el intestino**  
**Cortesía de Distrilab**  
Actualización en SIBO.  
**Dr. José María Remes (México)**  
Cómo un intestino enfermo puede enfermar a otros órganos:  
Mitos, verdades y evidencia científica.  
**Dr. Juan Carlos Caramés (México)**
- 2:00 a 3:00 **USE**  
**Coordinadores:** *Dr. José Soto – Dra. María Luisa Clavo*
- 2:00 Cómo establecer un programa exitoso de ecoendoscopia.  
**Dr. Rodrigo Soto-Solís (México)**
- 2:10 El ABC de la ecoendoscopia lineal. Hoja de Ruta.  
**Dra. Daniela Tabacelia (Rumania)**
- 2:25 Desde la Luz del estómago hasta la luz del intestino. Anastomosis gastroeyunal ecoguiada. ¿Nuevo estándar?.  
**Dr. Michel Kahaleh (USA)**
- 2:40 Cuando la CPRE llega al límite el USE viene al rescate. Drenajes biliares ecoguiados.  
**Dr. Carlos Robles (Ecuador)**
- 2:55 Sesión de preguntas
- 3:00 a 3:25 **Trabajos Libres**
- 3:00 TRATAMIENTO RETROGRADO ENDOSCÓPICO (ERAT) PARA MANEJO MINIMAMENTE INVASIVO DE APENDICITIS
- 3:10 MIOTOMIA ENDOSCÓPICA PERORAL PARA OBSTRUCCIÓN DE BYPASS GÁSTRICO FOBY-CAPELLA Y DESLIZAMIENTO DE ANILLO DE SILASTIC





**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Jueves 11 de Septiembre - Salón Plaza Real A

- 3:25 a 4:00 **Endoscopia Bariátrica**  
**Coordinadores:** *Dr. José Di Giorgio – Dr. Frank Figueroa*
- 3:25 Presente y futuro de la endoscopia bariátrica primaria.  
**Dr. Juan Carlos Caramés (México)**
- 3:35 Caja de herramientas en EDGE: Tips y trucos.  
**Dr. Antonio Mendoza Ladd (USA)**
- 3:50 Presión negativa con resultados positivos: Terapia de vacío endoscópico en fugas postquirúrgicas.  
**Dr. Hugo Guedes (Brasil)**
- 4:00 a 4:30 **Receso de café - Visita a exposición comercial**
- 4:30 a 5:30 **Intestino**  
**Coordinadores:** *Dra Virginia Armas – Alfredo Suárez*
- 4:30 ¿Cortamos en frío o entramos en calor? Selección racional del asa de polipectomía y detalles técnicos.  
**Dr. Juan Carlos Caramés (México)**
- 4:45 Técnicas de mucosectomía. ¿Qué hay que saber y qué usar?.  
**Dr. Hugo Guedes (Brasil)**
- 5:00 ERAT en apendicitis aguda: ¿Revolución terapéutica o promesa prematura?.  
**Dr. Carlos Robles (Ecuador)**
- 5:15 Sesión de preguntas
- 5:30 a 6:00 **Trabajos Libres**
- 5:30 PROFUNDIDAD DE LA RESECCIÓN MUCOSAL ENDOSCÓPICA CON ASA FRÍA EN SECO Y BAJO AGUA
- 5:40 LITIASIS COLEDOCIANA: MANEJO ANTERÓGRADO CON RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA
- 5:50 HALLAZGOS INCIDENTALS DE TROMBOSIS DEL SISTEMA PORTAL A TRAVÉS DE ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO.
- 7:00 **Acto Cultural**  
Ensamble Orquesta  
**Director: Javier Josué Pinto**



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Jueves 11 de Septiembre - Salón Plaza Venezuela

- 9:00 a 10:30 **Ecografía intestinal: Al alcance de todos**  
**Coordinadores:** *Dr. Guillermo Veitía – Dr. Rafael Montero*
- 9:00 Bienvenida  
**Dr. Guillermo Veitía - Presidente GRUVEII**
- 9:05 **Conferencia Magistral**  
Ecografía intestinal en EI: Una ventana dinámica hacia el diagnóstico y seguimiento.  
**Dra. María Eugenia Sinclair (Argentina)**
- 9:25 **Preguntas y Respuestas**
- 9:35 **Caso Clínico N° 1**  
Claves del caso: Ecografía normal: Puntos esenciales.
- 9:50 **Caso Clínico N° 2**  
Claves del caso: EC: Más allá del colon.
- 10:00 a 10:30 **INAUGURACIÓN DE EXPOSICIÓN COMERCIAL**
- 10:30 **Caso Clínico N° 3**  
Claves del caso: Estenosis en CU ¿Neoplasia?.
- 10:50 **Caso Clínico N° 4**  
Claves del caso: EC A3B2L1.
- 11:10 **Caso Clínico N° 5**  
Claves del caso: Diagnóstico diferencial.
- 11:30 **Preguntas y Respuestas**
- 11:50 **Cierre del Workshop**
- 1:00 a 2:00 **Almuerzo Libre**
- 2:00 a 3:00 **Hepatología**  
**Coordinadores:** *Dr. Bernardo Beker – Dra. Andreína Fragenas*
- 2:00 Evaluación de la EHmet en paciente con diabetes y síndrome metabólico.  
**Dra. Christie Perelló (RD)**
- 2:15 Endohepatología.  
**Dra. Olaya Brewer (USA)**
- 2:30 Cribado del HCC: ¿Quién está en riesgo y cuándo?.  
**Dra. Christie Perelló (RD)**
- 2:45 Hepatotoxicidad inducida por Hierbas (HILI) en LATAM.  
**Dra. Nelia Hernández (Uruguay) - Presidente de ALEH**
- 3:00 **Sesión de preguntas y Respuestas**



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Jueves 11 de Septiembre – Salón Plaza Venezuela

3:30 a 6:00

### **EII Gruveii / Intestino Delgado**

**Coordinadores:** *Dr. Guillermo Veitía – Dra. Carla Días*  
Cortesía de Laboratorios Farma



3:30

Microbioma como objetivo terapéutico.

***Dra. Minerva Cardenas (México)***

Preguntas y Respuestas

3:45

Enfermedad Cardiovascular y EII.

***Dr. Ignacio Marín (España)***

4:00 a 4:30

### **Receso de café - Visita a exposición comercial**

4:30

Enteroscopia asistida: que hay de nuevo en el 2025.

***Dr. Enrique Perez Cuadrado (España)***

4:55

Cápsula en EII: Cambio de paradigma.

***Dr. Ignacio Fernández-Urien (España)***

5:20

Mesa de discusión EII 360º: Visión Compartida.

Equipo multidisciplinario.

7:00

### **Acto Cultural**

Ensamble Orquesta

***Director: Javier Josué Pinto***



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Programa Científico

**46º Congreso Nacional de  
Gastroenterología**  
Homenaje al Dr. Miguel Garassini  
Viernes 12 de Septiembre de 2025



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Viernes 12 de Septiembre - Salón Plaza Real A

07:00 a 7:45

### Desayuno con el Experto

Todo sobre perforaciones en CPRE.

**Dr. Michel Kahaleh (USA)**

Cortesía de Siegfried



8:00 a 10:00

### Avances Tecnológicos y perspectivas en Endoscopia

**Coordinadores:** *Dr. Jorge Landaeta – Dr. Alberto Baptista*

8:00

Cuidando al paciente, al gastroenterólogo, al técnico y al planeta: Limpieza y bioseguridad en sala de endoscopia.

**Ing. Carlos Donneys (Colombia)**

8:15

IA y Marketing digital: El ruido de la revolución digital en el sector salud.

**Marlin García - Linda Rodríguez**

Ata Consultores

8:30

Inteligencia artificial en Gastroenterología y Endoscopia: que hay en el menú y cuáles son los beneficios.

**Dr. Carlos Robles (Ecuador)**

8:45

Endoscopia Robótica, Realidad o ficción.

**Dr. Hugo Guedes (Brasil)**

9:00

Radiofrecuencia, Microondas y corriente bipolar: nuevas plataformas electroquirúrgicas en endoscopia digestiva.

**Dr. Michel Kahaleh (USA)**

9:15

Como iniciarse en DSE sin perder la cabeza ni la capa muscular.

**Dr. Hugo Guedes (Brasil)**

9:30

EndoDRIL y USE: Cuando la tecnología abre nuevos caminos .

**Dr. Antonio Mendoza Ladd (USA)**

9:50

Sesión de preguntas

10:00 a 10:30

**Receso de café - Exposición comercial**



46.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
CARACAS 2025

27.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA  
PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Viernes 12 de Septiembre - Salón Plaza Real A

- 10:30 a 12:25 **Hepatología**  
**Coordinadores:** *Dr. Saturnino Fernández – Dr. Edgardo Mengual*
- 10:30 Met ALD: Una combinación peligrosa.  
**Dr. Ramon Bataller (España)**
- 10:50 **Presentación de Trabajos Libres**
- 10:50 CORRELACIÓN ENTRE LA RIGIDEZ HEPÁTICA Y LA DISFUNCIÓN DIASTÓLICA, SISTÓLICA Y/O HIPERTENSION PULMONAR
- 11:00 ASOCIACIÓN ENTRE METABOLISMO MINERAL E INFECCIÓN POR VIRUS DE HEPATITIS C EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS
- 11:10 HIPOPARATIROIDISMO EN CIRROSIS HEPÁTICA COMPENSADA
- 11:20 OBESOSCORE: EVALUACIÓN DEL ENTORNO OBESOGÉNICO PARA DESCARTAR MASLD RESULTADOS PRELIMINARES
- 11:30 Met ALD: Una combinación peligrosa.  
**Dr. Ramon Bataller (España)**
- 12:30 a 1:00 **Campeonato nacional de video y fotografía endoscópica**
- 1:00 a 2:00 **Conferencia Magistral Dr. Joel Valencia Parpacen**  
**Dr. Dervis Bandres**
- 2:00 a 3:20 **Hepato-Biliopancreático**  
**Coordinadores:** Dr. Mauro Carreta, Dra. Carmen Mujica, Dr. Manuel Bronstein
- 2:00 Venas bajo presión: El rol actual de la ecoendoscopia en hipertensión portal.  
**Dr. Rodrigo Soto-Solís (México)**
- 2:15 IA y cirugía robótica en patología HPB.  
**Dr. Mariano Jiménez (Strasburgo)**
- 2:30 Manejo actual de cálculos difíciles: Herramientas y decisiones racionales.  
**Dr. Rodrigo Soto Solís (México)**
- 2:45 Avances endoscópicos en paliación de tumores biliopancreáticos: ¿Radiofrecuencia y algo más?.  
**Dra. Daniela Tabacelia (Rumania)**
- 3:00 Colangiopancreatoscopia en 2025: Lujo o necesidad.  
**Dr. Rodrigo Soto-Solís (México)**
- 3:15 Sesión de preguntas



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

- 3:20 a 4:00 **Presentación de Trabajos Libres**
- 3:20 USO DE NOVEDOSO ENDOCLIP DE ACCION DOBLE (DAT CLIP) PARA CIERRE DE DEFECTOS MAYORES DE 2 CMS
- 3:30 CORRELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE CA.19-9 CON EL TAMAÑO Y ESTADIO DEL CÁNCER DE PÁNCREAS.
- 3:40 ELASTASA FECAL BAJA COMO MARCADOR DE INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 Y PREDIABÉTICOS
- 3:50 ERRORES EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL
- 4:00 PERCEPCIÓN DE CONCILIACIÓN Y DESEMPEÑO EN MUJERES ENDOSCOPISTAS VENEZOLANAS: UN ESTUDIO PIONERO
- 4:10 FRACCIÓN DE EYECCIÓN VESICULAR EN PACIENTES CON DISPEPSIA NO INVESTIGADA EN AUSENCIA DE COLELITIASIS
- 4:20 DIVERSIDAD DE HALLAZGOS ANATÓMICOS POR ECO ENDOANAL (ERUS 360) EN INCONTINENCIA FECAL Y SU UTILIDAD.
- 4:00 a 4:30 **Receso de café - Visita a exposición comercial**
- 4:30 a 5:15 **Conferencia Magistral Dr. Ricardo Baquero**  
**Dr. Freddy Pereira**
- 5:30 a 6:00 **Café Alcatraz**  
Tiquirito: Cultivando sostenibilidad y café con propósito  
**Sr. Henrique Vollmer**
- 7:00 **Asamblea General**



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Viernes 12 de Septiembre - Salón Zafiro

- 8:30 a 10:00 **GASTROFEM**  
Moderadora: **Dra. Carla Días**
- 8:30 Palabras de Bienvenida.  
**Dra. Lucy Dagher**
- 8:45 Disertación sobre movimiento mundial.  
**Dra. Carla Días**
- 9:00 Mentoría en endoscopia de precisión.  
**Dra. Yolette Martínez**
- 9:10 Mentoría en ecoendoscopia.  
**Dra. Olaya Brewer (EEUU)**
- 9:20 Mentoría en CE y enteroscopia.  
**Dra. Carla Días**
- 9:30 Mentoría en hepatología.  
**Dra. Lucy Dagher**
- 9:40 Mentoría en pediatría.  
**Dra. Nina Colina / Dra. Dianora Navarro**
- 9:50 Preguntas y Respuestas
- 10:00 a 10:30 **Receso de café - Exposición comercial**





**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Viernes 12 de Septiembre - Salón Zafiro

### 10:30 a 12:30 **Endoscopia Segura**

10:30 Protocolos Mínimos, impacto máximo: Cómo estructurar una unidad de endoscopia.

**Ing. Carlos Donnerys (Colombia)**

10:50 Ergonomía en endoscopia.

**Dr. Raúl Monserat**

11:10 Endoscopia en el paciente antiagregado y anticoagulado. Mitos y criterios actuales basados en evidencia.

**Dr. Danny Golindano**

11:30 Cuando Usar antibióticos profilácticos en endoscopia y que opción escoger en cada caso.

**Infectóloga: Dra. María Elena Marín**

11:50 Agonista GLP- precauciones que debe tomar el endoscopista.

**Dra. Andreína Requiz**

12:10 Sesión de preguntas y Respuestas.

### 1:00 a 2:00 **Conferencia Magistral Dr. Joel Valencia Parpacen**

**Dr. Dervis Bandres**  
Salón Plaza Real A

### 4:30 a 5:15 **Conferencia Magistral Dr. Ricardo Baquero**

**Dr. Freddy Pereira**  
Salón Plaza Real A

### 6:00 a 7:00 **Coffee Party:**

Enfoque actual de la encefalopatía hepática.

**Dr. Nahum Méndez- Sánchez (México)**

Residentes / Laboratorio Vargas



### 7:00 **Asamblea General**

Salón Plaza Real A



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Viernes 12 de Septiembre - Salón Plaza Caracas

- 8:00 a 1:00 **Curso de instrumentista:  
Teórico – práctico**  
**Moderadores:** *Dr. Rafael Montero – Dra. Gabriela Abreu*
- 8:15 Preparación del Paciente:  
Evaluación pre-endoscópica (historia clínica, medicación, alergias).  
**Dra. María Laura Salazar**
- 8:30 Información y consentimiento informado al paciente y familiares.  
**Abgdo. Evelinda Arraiz**
- 8:50 Preparación del tracto digestivo (ayuno, limpieza intestinal para colonoscopia). Posicionamiento del paciente para cada procedimiento.  
**Dra. Gabriela Abreu**
- 9:10 Seguridad anestésica en endoscopia: riesgos y complicaciones.  
**Dra. Royisbel Farías**
- 9:30 Protocolo de Acción: Urgencias cardio-respiratorias en salas endoscópicas.  
**Dra. Royisbel Farías**
- 9:50 Sesión de Preguntas y Respuestas
- 10:00 a 10:30 **Receso de café - Exposición comercial**
- 10:30 Rescate en tiempo real: DEA.  
**Dr. José Luis Rojas**
- 10:50 Zona Crítica: Respuesta efectiva del equipo.  
**Dr. José Luis Rojas**
- 11:10 Reprocesando duodenoscopios y material de CPRE. Uso, reúso y abuso con el material crítico en endoscopia digestiva.  
**Ing. Carlos Donneys (Colombia)**
- 11:30 Los endoscopios no son vajilla de diario: Evitando el uso de productos inadecuados para el reprocesamiento.  
**Ing. Carlos Donneys (Colombia)**
- 11:50 a 1:00 **Sesión Práctica**
- Estación N° 1**  
Práctica de Biopsia – Polipectomía.  
**Dr. Rafael Montero**
- Estación N° 2**  
Desfibrilador-DEA.  
**Dr. José Luis Rojas y Dra. Royisbel Farías**
- Estación N° 3**  
Demostración práctica de la unidad de electroquirúrgica ERBE y reconocimiento de los accesorios de endoscopia.  
**Dra. Minerva Cárdenas**



46.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
CARACAS 2025

27.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA  
PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Viernes 12 de Septiembre - Salón Plaza Caracas

### Presentación posters con discusión

#### Educación médica

2:00-2:05 DETECCIÓN MOLECULAR DE PATÓGENOS ENTÉRICOS POR MEDIO DE PANEL GASTROINTESTINAL FILMARRAY EN PACIENTES CON SÍNDROME DIARREICO AGUDO DEL CENTRO MÉDICO D

#### Endoscopia

2:05-2:10 EFICACIA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DE LA COLANGIOSCOPIA EN EL MANEJO DE PATOLOGÍAS BILIARES EN EL CENTRO MÉDICO DOCENTE LA TRINIDAD.

2:10-2:15 MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE DE COLEDOCO TIPO III: UN DIAGNOSTICO OLVIDADO CON RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA

2:15-2:20 STENT IN STENT: UNA SOLUCIÓN NOVEDOSA PARA LA MIGRACIÓN EN TRATAMIENTO DE FISTULA MALIGNA

2:20-2:25 COLANGIOPATÍA HIPERTENSIVA PORTAL POR TRANSFORMACIÓN PORTAL CAVERNOMATOSA DE ORIGEN NO CIRRÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

2:25-2:30 CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES ENTRE 20 Y 55 AÑOS.

2:30-2:35 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y ENDOSCÓPICAS DE PACIENTES SOMETIDOS A ENTEROSCOPIA. SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA.

2:35-2:40 PANCREATITIS AGUDA COMPLICADA CON PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO GIGANTE EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON HOMOCISTINURIA: DRENAJE GUIADO POR ECOENDOSCOPIA

#### Gastropediatria

2:40-2:45 ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS EN ADOLESCENTE, UN ALERTA EN DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO. CASO CLÍNICO

2:45-2:50 COLITIS EOSINOFÍLICA A PROPÓSITO DE UN CASO.

2:50-2:55 DESEMPEÑO Y CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA PEDIÁTRICA

2:55-3:00 GASTROPARESIA PEDIÁTRICA POSTVIRAL. ASOCIACIÓN CON INFECCIÓN POR SARS-COV-2,

3.00-3:05 INTUSUSCEPCIÓN: UNA CAUSA INESPERADA DE DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO. CASO CLÍNICO

3:05-3:10 PUNTUACIÓN SHEFFIELD: HERRAMIENTA CLÍNICA EN EL ABORDAJE DE HEMORRAGIA DIGESTIVO ALTA PEDIÁTRICA



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Viernes 12 de Septiembre - Salón Plaza Caracas

### Presentación posters con discusión

#### Hepatología

- 3:10-3:15 HEPATITIS AUTOINMUNE SERONEGATIVA: UN RETO DIAGNOSTICO
- 3:15-3:20 SINDROME DE LUSCHKA EN POST QUIRÚRGICOS HEPATOBILIARES Y SU PRESENTACION COMO HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR.
- 3:20-3:25 PLASMAFÉRESIS TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON VIRUS DE HEPATITIS B EN MARACAIBO: INVESTIGACIÓN PRELIMINAR
- 3:25-3:30 ETIOLOGÍA DE LA CIRROSIS HEPÁTICA EN VENEZUELA

#### Ultrasonido e imágenes

- 3:30-3:35 HERNIA DIAFRAGMATICA SECUNDARIA A PARALISIS DIAFRAGMATICA IZQUIERDA REPORTE DE UN CASO
- 3:35-3:40 TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR A PROPOSITO DE UN CASO



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Programa Científico

**46º Congreso Nacional de  
Gastroenterología**  
Homenaje al Dr. Miguel Garassini  
Sábado 13 de Septiembre de 2025



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Sábado 13 de Septiembre - Salón Plaza Real A



# Gastro-Tec

Curso de Endoscopia Terapéutica Avanzada

Hospital de Clínicas Caracas

8:00 a 4:00 **V Curso de endoscopia avanzada GastroTec desde el Hospital de Clínicas Caracas**

8:00 **MODERADOR GENERAL**

*Dr Manuel Bronstein* SESIÓN AM 4 casos EN VIVO

***Dra. Yolette Martínez, Dr. Rafael Anato, Dr. José R. Soto***

10:00 **Receso de café - Visita a la Exposición Comercial**

10:30 SESIÓN AM - 4 casos - EN VIVO

***Dra. Yolette Martínez, Dr. Figueroa, Dr. José R. Soto***

12:00 **CONFERENCIA HANS RÖMER**

***Dra. Margarita Vásquez / Semblanza Dra. Dianora Navarro***

01:00 a 4:00 SESIÓN PM - 8 Casos - EN VIVO

***Dr. Bernardo Beker, Dra. Lucy Dagher, Dr. Gustavo Yasin***

04:00 a 5:00 **CLAUSURA Y ENTREGA DE PREMIOS**

07:00 **Fiesta Aniversario**

**Sociedad Venezolana De Gastroenterología**



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Programa Científico

**27º Congreso Nacional de  
Gastroenterología Pediátrica**  
Viernes 12 de Septiembre de 2025



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Viernes 12 de Septiembre - Salón Plaza Venezuela

- 08:00 Bienvenida  
**Dra. Lucy Dagher.**  
Presidente Sociedad Venezolana de Gastroenterología.
- 08:10 **Dr. Rafael J. Santiago P.**  
Presidente Sección de Gastroenterología Pediátrica SVG.
- 08:20 a 9:20 **Módulo de Páncreas**  
Coordinadora: **Dra. Libia Alonso**
- 8:20 Seguimiento Interhospitalario y criterios de severidad en pancreatitis aguda pediátrica.  
**Dra. Sandra Neri. (Caracas).**
- 8:45 Más Allá del Cribado: Abordaje diagnóstico y tratamiento de la FQ.  
**Dra. Ana Nucette. (Zulia).**
- 9:10 **Sesión de preguntas**
- 9:15 a 10:05 **Módulo de Agentes Infecciosos**  
Coordinadora: **Dra. Andrea Nogales**  
Cortesía de Grupo Vargas
- 9:15 Blastocystis ¿Comensal indiferente o patógeno emergente?.  
**Dra. Katuska Belandria (Caracas).**
- 9:40 Estrategias actuales en el tratamiento de *Helicobacter Pylori*.  
**Dra. Ailim Carías (Colombia).**
- 10:00 **Sesión de preguntas**
- 10:05 a 10:30 **Receso de Café**





46.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

27.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Viernes 12 de Septiembre - Salón Plaza Venezuela

- 10:30 a 11:45 **Módulo de Hígado**  
Coordinadora: **Dra. Kristal Gallardo**
- 10:30 Hepatitis autoinmune, ¿Se incrementó después de la pandemia?.  
**Dra. Carmen Esther López (Caracas).**
- 10:55 Hígado Graso: Un desafío emergente en pediatría.  
**Dra. Nina Colina (Caracas).**
- 11:20 Elastografía de transición: Utilidad en el manejo de la enfermedad hepática crónica.  
**Dra. Michael Núñez (Caracas).**
- 11:40 **Sesión de preguntas**
- 11:45 a 12:30 **Módulo Nutrición**  
Coordinadora: **Dra. Gledys Villarroel**
- 11:45 Proctocolitis Alérgica: Desafíos diagnósticos y estrategias terapéutica.  
**Dra. Antoinette Koury (Carabobo).**  
Cortesía de Nestlé de Venezuela
- 12:05 Sesión de Preguntas y Respuestas
- 12:30 **Almuerzo Conferencia**  
Coordinador: **Dr. Rafael Santiago**
- Roniprazol: Esomeprazol el estereoisomero ideal y eficaz.  
**Dra. Nazaret Mosquera (Caracas).**  
Cortesía de Ronava
- 2:05 a 3:00 **Módulo Microbiota/Probióticos**  
Coordinadora: **Dra. Viviana Materán**
- 2:05 Microbiota y probióticos en TEA.  
**Dra. Idelsa Polanco (República Dominicana).**
- 2:30 SIBO: el enigma del intestino delgado.  
**Dra. Karolina López (Caracas).**
- 2:50 Sesión de Preguntas y Respuestas



A gusto con la vida





**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Viernes 12 de Septiembre - Salón Plaza Venezuela

- 3:00 a 3:50 **Módulo de Neuro Gastroenterología**  
Coordinadora: ***Dra. Greicy Suárez***
- 3:00 PHmetria más impedanciometría ¿Cuándo referir al paciente con ERGE?.  
***Dra. Gabriela Sosa (Caracas).***
- 3:25 Nuevas terapias en el tratamiento de la incontinencia fecal.  
***Dra. Elennys Moya (Caracas).***
- 3:45 **Sesión de preguntas**
- 3:50 **Receso de Café**
- 4:30 a 5:00 **Enfermedad Inflamatoria Intestinal**  
Coordinadora: ***Dra. Isabel Dimas***
- 4:30 Terapia de la enfermedad inflamatoria intestinal en 2025 diferencias en gastro pediatría.  
***Dr. Guillermo Veitía. (Caracas).***
- 4:50 Sesión de preguntas



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Sábado 13 de Septiembre - Salón Plaza Venezuela

- 08:00 **Apertura**  
Bienvenida  
**Dr. Rafael J. Santiago P.**  
Presidente Sección de Gastroenterología Pediátrica SVG.
- 08:10 a 9:30 **Módulo de Endoscopia**  
Coordinadora: **Dra. Raquel Mora**
- 08:10 Endoscopia en enfermedad celiaca e interpretación de la biopsia.  
**Dra. Dianora Navarro (Caracas).**
- 08:35 Innovación en endoscopia pediátrica del intestino medio.  
**Dr. Rodrigo Rodríguez (México).**
- 09:00 Desafíos diagnósticos de la endoscopia pediátrica de vías biliares.  
**Dr. Ileana González. (Caracas).**
- 09:20 **Sesión de preguntas**
- 09:30 **Presentación de Trabajos De Investigación**  
**1era PARTE trabajos de investigación**
- 09:30 CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS DE RIESGO PARA CANCER EN GASTRITIS A HELICOBACTER PYLORI EN PEDIATRÍA Y ASOCIACIÓN CON ANTECEDENTE FAMILIAR.
- 09:40 CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON PATOLOGÍA DIGESTIVA Y RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.
- 09:50 EXPERIENCIA CON AAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HEPATITIS C CRÓNICA
- 10:00 **Receso de café**
- 10:00 **2era PARTE trabajos de investigación**
- 10:00 FACTORES PRONOSTICOS DE TOXICIDAD HEPATICA INDUCIDA POR TRATAMIENTO ANTIFIMICO EN PACIENTES PEDIATRICOS
- 10:10 SINDROME DE WILKIE EN ADOLESCENTES: SERIE DE CASOS
- Cierre del Congreso**
- 12:00 **Conferencia Hans Römer**  
Dra. Margarita Vásquez / Semblanza Dra. Dianora Navarro  
**Plaza Real A**

# Festal<sup>®</sup>

El aliado  
de tu **digestión**



# Eviga X<sup>®</sup>

Simeticona

**Elimina los gases  
Antiflatulento**

# Frutacid<sup>®</sup>

ANTIÁCIDO

**ACIDEZ... ¡YA NO MÁS!**



# DOL duo<sup>®</sup>

**Poder activo  
contra los cólicos**

\*La administración de este producto en dosis elevadas o por tiempo prolongado puede ocasionar lesiones hepáticas o renales. Si el malestar no cede con el tratamiento, suspéndalo y consulte al médico.  
Este material ha sido revisado y aprobado por el Departamento Médico y el Farmacéutico patrocinante de Calox International, C.A. | www.calox.com | RIF: J-00021467-9

**CALOX**  
INTERNATIONAL



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Resúmenes de Trabajos Libres

**46º Congreso Nacional de  
Gastroenterología  
Homenaje al Dr. Miguel Garassini**  
**27º Congreso Nacional de  
Gastroenterología Pediátrica**

11 al 13 de Septiembre de 2025  
Eurobuilding Hotel & Suites



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**



**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

## Endoscopia

### **MEDICIÓN ENDOSCÓPICA DE UEG: CORRELACIÓN CON MANOMETRÍA, FENOTIPOS, HISTOLOGÍA COMO PREDICTOR DE SEVERIDAD DE ERGE. ESTUDIO PILOTO CON APP NOVEL**

*Raul Aponte, Nefertiti Daulabani, Carlos Graterol, Luis M Perez-Ybarra*

**INTRODUCCIÓN:** La evaluación morfológica del área de unión esofagogástrica constituye un parámetro superior para evaluar el fallo de barrera antirreflujo. Proponemos un software para cuantificar dicha área y estimar la severidad de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio unicéntrico, retrospectivo, correlacional en pacientes con síntomas de reflujo y endoscopia y manometría esofágica. Se desarrolló un software e interfaz para la captura y medición del área basado en la captación de imágenes de la UEG durante la endoscopia. **RESULTADOS:** La curva ROC estableció el valor de corte en 1069 mm<sup>2</sup>; valores superiores se asociaron a esofagitis severa. Hubo correlación positiva con el tamaño de la hernia hiatal y saltos peristálticos y negativa con el índice de contracción distal, variables vinculadas a la gravedad de la ERGE. El valor aumentó según los tipos de Hill y la severidad de la enfermedad. El fenotipo no erosivo y esofagitis A se asociaron a valores bajos, mientras que la esofagitis C y el esófago de Barrett mostraron valores elevados. La esofagitis B presentó comportamiento intermedio. **CONCLUSIÓN:** Apreciamos relación directa entre el área de UEG y severidad de la ERGE. El software propuesto muestra resultados prometedores para el seguimiento de estos pacientes. Palabras clave: ERGE, UEG, esofagitis, esófago de Barrett.

### **CORRELACIÓN ENTRE ENDOSCOPIA, HISTOLOGIA Y GASTROPANEL® EN EL ESTUDIO DE LESIONES PREMALIGNAS GÁSTRICAS ¿PUEDE SUPERAR EL METODO CONVENCIONAL? ESTUDIO PILOTO.**

*Claudia Pimentel, Ricardo Stocco, Carlos Sanchez, Rosanny Rodriguez, Dervis Bandres, José Soto*

**Introducción:** El cáncer gástrico representa un desafío significativo en la salud pública debido a su frecuente diagnóstico en etapas avanzadas. Esto se atribuye, en gran medida, a la infección crónica y, a menudo, asintomática por *Helicobacter pylori*. Este incrementa notablemente el riesgo de desarrollar lesiones premalignas como la gastritis atrófica y la metaplasia intestinal, que son precursores bien establecidos del cáncer gástrico. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, analítico, no experimental, de campo, prospectivo, la muestra estuvo sometida a los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** Se les realizó la prueba de GastroPanel, endoscopia digestiva superior y se tomaron biopsias. En relación con el pepsinógeno II, estuvo bajo en el 5.2% (en relación con la presencia evaluada por medio de la histología de metaplasia intestinal gástrica y atrofia gástrica). Así mismo, el parámetro más importante, la cual es la relación entre ambos pepsinógenos estuvo disminuida en 31.57% de los pacientes, y a su vez, en dichos pacientes existió la presencia de gastritis atrófica, gastritis crónica superficial y metaplasia intestinal. En cuanto al *Helicobacter pylori*, estuvo elevado en el 15.78%, y de estos pacientes solo el 5.26% tuvo una biopsia positiva para *helicobacter pylori*. **Conclusión:** Nuestra investigación comprueba que los niveles de pepsinógeno II, están estrechamente relacionados con la aparición de lesiones premalignas gástricas, determinado no solo por las características endoscópicas de los pacientes, sino también



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**  
**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

con los resultados anatomopatológicos. Palabras clave: lesiones premalignas, helicobacter pylori, pepsinógeno I y II, características endoscópicas, biopsia.

### **TRATAMIENTO RETROGRADO ENDOSCÓPICO (ERAT) PARA MANEJO MINIMAMENTE INVASIVO DE APENDICITIS**

*Jesus Olivo, Alberto Baptista, Carlos Lucena*

La apendicitis, tradicionalmente manejada mediante apendicectomía, representa una urgencia quirúrgica frecuente. No obstante, variantes clínicas como la apendicitis crónica o subaguda plantean retos diagnósticos y terapéuticos. La Terapia Retrógrada Endoscópica (ERAT) surge como una alternativa mínimamente invasiva, basada en el acceso endoscópico retrógrado al lumen apendicular. Este estudio se plantea describir las características clínicas y endoscópicas, así como la efectividad y seguridad del procedimiento ERAT en pacientes con apendicitis atendidos en el Hospital de Clínicas Caracas. Siendo un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en 7 pacientes con diagnóstico clínico e imagenológico de apendicitis, sometidos a ERAT. Se evaluaron hallazgos endoscópicos, intervenciones terapéuticas, evolución clínica, eventos adversos y satisfacción del paciente. La videoapendicoscopia reveló mucosa congestiva, estenosis distal y secreción purulenta en la mayoría de los casos. Las intervenciones incluyeron lavado apendicular, dilatación con balón, extracción de fecalitos y colocación de stent plástico biliar. Se logró resolución clínica completa en 6 de 7 pacientes, sin eventos adversos ni recurrencias durante el seguimiento (8 meses). Todos los procedimientos fueron ambulatorios, con rápida recuperación y alta satisfacción. La ERAT demostró ser una técnica segura, eficaz y factible para el manejo de la apendicitis no complicada, ofreciendo beneficios clínicos relevantes sin requerir resección quirúrgica. Su implementación podría representar un cambio paradigmático en el tratamiento de formas seleccionadas de apendicitis. Se requieren estudios prospectivos para validar estos hallazgos.

### **MIOTOMIA ENDOSCÓPICA PERORAL PARA OBSTRUCCIÓN DE BYPASS GÁSTRICO FOBY-CAPELLA Y DESLIZAMIENTO DE ANILLO DE SILASTIC**

*Carlos Lucena, Alberto Baptista, Jesus Olivo*

El Bypass gástrico en Y de Roux anillado fue un procedimiento novedoso y coadyuvante al tratamiento de la obesidad, sin embargo, debido a la probabilidad de complicaciones y las vías terapéuticas para solventar o revertir sintomatologías asociadas e indeseadas, se encuentra en desuso. El deslizamiento del anillo de Silastic en pacientes con Bypass gástrico en Y de Roux es una complicación que causa síntomas obstructivos y deterioro de la calidad de vida. Tradicionalmente, se trata de forma quirúrgica, sin embargo, este artículo busca evaluar la eficacia y seguridad de la Miotomía Endoscópica Peroral (POEM) como una alternativa menos invasiva para liberar el anillo de Silastic en estos pacientes. Se realizó un estudio retrospectivo en 24 pacientes con Bypass en Y de Roux y deslizamiento del anillo, a quienes se les realizó la técnica POEM para la transección del anillo. Se evaluaron síntomas previos y posteriores, complicaciones, ganancia de peso y tiempo de recuperación. Presentando evidencia prometedora sobre el uso del mismo para liberar el anillo de Silastic donde 100% de los pacientes experimentaron una mejora significativa de los síntomas obstructivos tras la POEM y la tasa de complicaciones fue baja (4.2%), principalmente relacionada con la oclusión de la miotomía, por lo cual se concluye como una técnica segura y eficaz para liberar el anillo de Silastic en pacientes



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**  
**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

con bypass gástrico y deslizamiento del anillo, ofreciendo una alternativa menos invasiva a la cirugía tradicional, con una recuperación más rápida y menos complicaciones.

## **PROFUNDIDAD DE LA RESECCIÓN MUCOSAL ENDOSCÓPICA CON ASA FRÍA EN SECO Y BAJO AGUA**

*Neirys Magdaleno, Dervis Bandres*

Evaluar la profundidad de la resección mucosal endoscópica con asa fría en seco y bajo agua. Método: Estudio observacional, analítico, transversal, retrospectivo, se llevó a cabo en el Centro Médico Docente La Trinidad, en pacientes mayores de 18 años con lesiones no polipoides observadas durante colonoscopia y reseçadas con asa fría en seco o bajo agua. Se evaluó la profundidad del corte midiendo el espesor de la submucosa. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó el programa Epi Info para el análisis estadístico. Resultados: Se analizaron 87 pólipos en 64 pacientes con edades comprendidas entre los 35 y 86 años con una media de 62 años. La técnica de resección en seco fue la más utilizada en un 68.97%. En lesiones no polipoides de 5-20 mm se observó que ambas técnicas mostraron efectividad para lograr resecciones mucosales completas en bloque. Los pólipos con submucosa presente correspondieron al 24% de las resecciones. El espesor promedio con asa fría en seco fue de 196.43µm frente a 166.67µm de la técnica bajo agua. En cuanto a la relación con el diagnóstico histológico se encontró una predominancia de adenomas en las lesiones reseçadas. Conclusiones: La resección mucosal endoscópica con asa fría tanto en seco como bajo agua, es efectiva para el tratamiento de lesiones planas ≤ 20mm sin sospecha endoscópica de displasia de alto grado o invasión submucosal. Estos hallazgos contribuyen a estandarizar las prácticas endoscópicas en vista del asa fría ser una técnica sencilla, segura y de bajo costo para

## **Ultrasonido e Imágenes**

### **LITIASIS COLEDOCIANA: MANEJO ANTERÓGRADO CON RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA.**

*Claudia Pimentel, Ricardo Stocco, Carlos Sanchez, Rosanny Rodriguez, Dervis Bandres, José Soto, Nathalie Méndez*

Paciente masculino de 49 años, con un historial quirúrgico abdominal extenso que incluye colecistectomía, bypass gástrico y colectomía total por diverticulitis perforada. Desde 2020, el paciente experimentó episodios febriles, escalofríos, pérdida de peso e ictericia. Una ColangioRMN inicial reveló dilatación biliar y un posible lito coledociano de 1.7cm. Dada la anatomía modificada por cirugías previas, se optó por una coledocotomía quirúrgica. Durante este procedimiento, no se encontró el lito, pero sí abundante pus y detritus, sugiriendo una colangitis supurada. Seis meses después, el paciente desarrolló una fístula biliocutánea, requiriendo una nueva intervención con resección y anastomosis término-terminal del colédoco. A pesar de estas múltiples cirugías, en marzo de 2025, el paciente reingresó con ictericia, fiebre y escalofríos. Una ColangioRMN actualizada mostró una dilatación biliar significativa, acodadura en el tercio medio del colédoco, y una terminación de este en punta de lápiz. Ante este panorama, se decidió un manejo percutáneo radiológico intervencionista en el Centro médico Docente la Trinidad. Se cateterizó la vía biliar, confirmando la dilatación y una angulación marcada en la porción media del colédoco. Tras dilatar el trayecto biliar hasta 13.5mm, se lograron extraer los dos



46.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
CARACAS 2025



27.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA  
PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

cálculos biliares, empujando el balón de extractor desde el colédoco, hacia el duodeno. Para rectificar la angulación en tercio medio del colédoco y prevenir futuras recurrencias, se colocó una prótesis biliar biodegradable de 8cm x 10mm

### **HALLAZGOS INCIDENTALES DE TROMBOSIS DEL SISTEMA PORTAL A TRAVÉS DE ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO.**

*Rosanny Rodriguez, Nathay Mendez, Lucy Dagher, Dervis Bandres, Carlos Sanchez, Claudia Pimentel, Ricardo Stocco*

Introducción La trombosis del sistema portal (TSP), que abarca la vena porta principal, las venas esplénica y mesentérica superior, es una condición vascular poco común pero potencialmente grave. el ultrasonido endoscópico (USE) es una herramienta diagnóstica que permite una visualización de alta resolución mejorando la detección de diversas patologías. Su uso a aumentó la identificación de hallazgos incidentales de TSP. durante procedimientos de USE realizados por indicaciones no relacionadas con enfermedades vasculares hepáticas. JUSTIFICACIÓN: determinar la prevalencia de las trombosis venosas del sistema portal a través del ultrasonido endoscópico. OBJETIVOS: Evaluar la prevalencia de las trombosis venosas del sistema portal a través del ultrasonido endoscópico. Objetivos específicos: Validar la utilidad del USE en la detección de las TSP, Analizar el impacto del USE en la detección de TSP. METODOLOGÍA: se realizará un estudio retrospectivo de tipo descriptivo de corte transversal desde año 2024 hasta marzo 2025. RESULTADOS: La muestra estuvo conformada por 15 personas 8 del sexo femenino (53%) 6 del sexo masculino (40%), promedio de edad de 67 años media (22-74 años) los hallazgos más frecuentes a los 15 se les practicó USE por otras causas sin sospecha de trombosis del sistema portal, los hallazgos incidentales más frecuentes fueron, trombosis de vena porta 4 (26%) vena esplénica 4 (26%) mesentérica superior 3 (30%), sin trombosis 1 (6%), otras trombosis 3 (30%) PALABRAS CLAVE: ultrasonido endoscópico (USE), lesiones vasculares, tracto gastrointestinal, trombosis sistema portal (TSP)

## **Hepatología**

### **CORRELACIÓN ENTRE LA RIGIDEZ HEPÁTICA Y LA DISFUNCIÓN DIASTÓLICA, SISTÓLICA Y/O HIPERTENSION PULMONAR**

*Andreina Fragenas, Roberto Lopez Nouel, Lucy Dagher*

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico complejo y heterogéneo que resulta en el deterioro de la función cardíaca, la IC se comporta como una enfermedad sistémica e inflamatoria con alteración en la hemodinamia hepática que está en relación estrecha con el hígado y condiciona a incremento en la rigidez hepática, la fibrosis hepática producto de estos cambios es un factor pronóstico y se expresa en enfermedad hepática crónica que empeora los resultados y disminuye aún más la supervivencia del paciente. Objetivo: evaluar la relación entre la elasticidad hepática y la función sistólica y diastólica del ventrículo izquierdo en pacientes con IC con FE reducida, preservada o intermedia compensados y descompensados. Material y Métodos: Ensayo clínico de corte transversal, entre el periodo Mayo-Octubre 2024, muestra censal de 22 pacientes. Resultados: No hubo correlación entre la rigidez hepática evaluada por VCTE-Fibroscan y la FEVI reducida, preservada o intermedia, hipertensión pulmonar ni disfunción diastólica, esto se explica porque 14/22 pacientes se encontraban compensados; por su parte los pacientes que se encontraban con algún grado de descompensación evaluada por NYHA



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**  
**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

tuvieron niveles más altos de fibrosis hepática. Hubo asociación estadísticamente significativa con la descompensación cardíaca y con el diámetro de las venas supra-hepáticas. El NT-proBNP no se correlacionó ni con la elastografía hepática ni con la descompensación del paciente.

### **ASOCIACIÓN ENTRE METABOLISMO MINERAL E INFECCIÓN POR VIRUS DE HEPATITIS C EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS**

*Maria Isabel Ramos Morillo, Alberto Jose Garcia Gonzalez, Saturnino Fernandez*

Resumen: Introducción: Epidemiológicamente se ha reportado que los pacientes con infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) podrían presentar alteraciones en el metabolismo mineral. Objetivo: Evaluar la relación entre el virus de la hepatitis C y el metabolismo mineral en pacientes con enfermedad renal crónica. Materiales y Métodos. Estudio tipo corte transversal, caso-control, comparativo. La muestra, no aleatorizada, fue de 1213 paciente con diagnóstico serológico positivo para VHC (casos) y 2933 pacientes con serología negativa hepatitis C (controles). de ambos sexos, con edad de 18-80 años. los biomarcadores séricos de metabolismo mineral (PTH, vitamina D, calcio, fósforo, magnesio, hierro), funcionalismo hepático y la serología para virus de VHA, VHB, VH, VIH y sífilis fueron determinados en ayunas, en periodo inter diálisis. Resultados y conclusión: La edad promedio de la muestra evaluada fue  $53,16 \pm 15,45$  años (IC955% de 52,69 a 53, 64 años). En los casos, el promedio de las concentraciones séricas de sodio, fósforo, magnesio, hierro, ferritina y parathormona; así como las actividades enzimáticas séricas de AST, ALT y ALP; y de los índices FIB4y APRI fueron significativamente mayores a los del grupo control. (Prueba t-Student,  $p < 0,01$ , alfa 0,05). La frecuencia de hiperparatiroidismo secundario severo (PTH mayor de 600 pg/ml), en los pacientes con HVC (N= 544/1213), fue significativamente mayor que la observada en los controles (N= 514/2933,  $p > 0,0001$ ; prueba Chi- cuadrado; alfa 0,05). Conclusión: La infección con HVC se asocia con incremento de los parámetros de metabolismo mineral caracterizado por una mayor concentración de PTH, menor concentración de VIT D y una mayor frecuencia de hiperparatiroidismo secundario severo.

### **HIPOPARATIROIDISMO EN CIRROSIS HEPÁTICA COMPENSADA**

*Alberto Jose Garcia Gonzalez, Maria Isabel Ramos Morillo, Ramón Enrique Cheme Clevel, Saturnino Jose Fernandez Bermudez*

Resumen: Introducción: Aun cuando el hiperparatiroidismo es el trastorno de metabolismo mineral, la presencia de hipoparatiroidismo no a sido referenciado en los pacientes con cirrosis hepática compensada. Objetivo: Determinar la relación entre los niveles de PTH y parámetros metabolismo mineral en pacientes de con cirrosis hepática compensada. Materiales y Métodos. Estudio tipo corte transversal, caso-control, comparativo, agrupados por edad y sexo. La muestra, no aleatorizada, fue de 31 paciente (16 mujeres y 15 hombres) con diagnóstico cirrosis hepática compensada y 93 controles de ambos sexos, la relación paciente control 1/3, con edad de 18-80 años. Los biomarcadores séricos de metabolismo mineral (PTH, calcio, fósforo, magnesio, hierro), funcionalismo hepático fueron evaluados, en condición de ayuna. Resultados: La edad promedio de la muestra evaluada fue  $50,95 \pm 16,15$  años (IC955% de 47,59 a 54, 39 años). El promedio de las concentraciones séricas de PTH en pacientes con cirrosis hepáticas compensada fue significativamente menor que los controles ( $34,33 \pm 24,23$  IC955% de 47,59 a 54, 39 pg/mL, Prueba t-Student,  $p < 0,01$ , alfa 0,05). La magnesemia en los casos fue de  $2,92 \pm 0,52$ ; IC955% de 2,73 a 3,11 mg/dL, Prueba t-Student,  $p < 0,01$ , alfa 0,05). la



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**  
**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

concentración fosforo inorgánico y la actividad ALP, fueron significativamente mayores en los pacientes (Prueba t-Student,  $p < 0.0001$ , alfa 0.05) y la calcemia en rango normal fue significativamente mayor en los controles (Prueba t-Student,  $p < 0.0001$ , alfa 0.05). Conclusión: Los resultados muestran hipoparatiroidismo secundario en presencia de hipermagnesemia asociado a cirrosis hepática compensada. Palabras clave: PTH, hipermagnesemia, cirrosis hepática compensada. Conflicto de Intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés

### **OBESOSCORE: EVALUACIÓN DEL ENTORNO OBESOGÉNICO PARA DESCARTAR MASLD RESULTADOS PRELIMINARES**

*Amada Ruz, Kisbell Contreras, Thailyn Bermudez*

La Enfermedad Hepática Metabólica Asociada al Hígado Graso (MASLD, por sus siglas en inglés) representa una de las principales manifestaciones clínicas de la disfunción metabólica relacionada con el entorno obesogénico. En este contexto, surge el Obesoscore, una herramienta diseñada para evaluar de manera integral los factores ambientales, emocionales y conductuales que podrían influir en el desarrollo de MASLD. El presente estudio tiene como objetivo explorar el uso del Obesoscore como método de tamizaje para identificar adultos con mayor riesgo de padecer hígado graso, a partir de una evaluación preliminar en población venezolana. Se aplicó el Obesoscore a 100 adultos entre 18 y 65 años, incluyendo casos con diagnóstico ecográfico de hígado graso (MASLD) y controles sin evidencia clínica o ecográfica de enfermedad hepática. La evaluación incluyó medidas antropométricas (peso, talla, índice de masa corporal, circunferencia de cintura), perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos), transaminasas (TGO y TGP) y cuestionarios validados como el de Comedor Emocional (CCE). Los resultados preliminares mostraron que los pacientes con puntajes elevados en el Obesoscore presentaban una mayor frecuencia de alteraciones metabólicas y hallazgos ecográficos compatibles con hígado graso, en comparación con los controles. Estos hallazgos respaldan el potencial del Obesoscore como herramienta preventiva en la práctica clínica gastroenterológica, permitiendo intervenciones tempranas antes de la aparición de daño hepático irreversible. Este estudio representa una fase inicial hacia la validación del Obesoscore en entornos clínicos y comunitarios, proponiéndolo como un instrumento útil en estrategias de prevención del MASLD en países de Latinoamérica.

## **Endoscopia**

### **USO DE NOVEDOSO ENDOCLIP DE ACCION DOBLE (DAT CLIP) PARA CIERRE DE DEFECTOS MAYORES DE 2 CMS**

*Alberto Baptista M, Carlos Lucena, Jesus Olivo, Wilfredo Garcia Malaver*

El DAT clip es un novedoso dispositivo endoscópico para uso por canal de endoscopios. Están indicados en cierre de defectos mucosos mayores de 2cm. Tienen tres brazos: 1 poste central inmóvil, 2 brazos móviles con código de color y mecanismo independiente. Cada brazo se controla mediante manijas separadas también con código de color. Una vez sujetados los bordes del defecto se accionan las manijas simultáneamente. Presentamos serie de casos sucesivos, retrospectiva y observacional incluyendo 14 pacientes en centro único de 2023 a 2025. Se utilizó DAT como tratamiento endoscópico primario cerrando defectos en disección submucosal, accesos de tercer espacio, perforaciones instrumentales y anclaje de stents metálicos. El promedio del tamaño de



46.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
CARACAS 2025

27.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

los defectos fue 3,5 cms. Se usó 1 DAT por cada 7 mm de defecto. Se completó cierre con clips estándar cuando se consideró necesario. Se logró colocación exitosa en 40 de 45 DAT clips (89%). Las fallas estuvieron relacionadas a inadecuada técnica endoscópica. Ocurrieron dos eventos adversos (14,28%) durante las primeras 96 horas: 1 paciente pérdida de clips en mucosotomía GPOEM (piloromiotomía) y 1 stent metálico migrado. El resto de los pacientes evolucionaron satisfactoriamente. Los Resultados sugieren que los DAT son dispositivos útiles y seguros para cierre de defectos mayores de 2 cm y permitirían disminuir el número de clips estándar. Probablemente no están recomendados específicamente para cierre en GPOEM-Piloromiotomía y podrían tener limitaciones en prevención de migración de stents. Sin embargo los resultados requieren validación con trabajos prospectivos, adecuado número de pacientes y variables controladas.

### **CORRELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE CA.19-9 CON EL TAMAÑO Y ESTADIO DEL CÁNCER DE PÁNCREAS.**

*Claudia Pimentel, Ricardo Stocco, José Soto, Raul Monserat, Dervis Bandres*

Introducción: El cáncer de páncreas, un crecimiento celular anormal, se diagnostica tardíamente a pesar de mejoras en la supervivencia. Esto impulsa la búsqueda de métodos diagnósticos sensibles y accesibles. El antígeno carbohidrato 19-9 (Ca 19-9), descubierto en 1979, ha demostrado ser eficaz en la evaluación, diagnóstico temprano y seguimiento de estos pacientes. Material y Métodos: Se diseñó un estudio observacional, transversal retrospectivo, correlacional y de campo. Entre el periodo 2015- Octubre 2024, de un universo de 11.695 paciente que acudieron a Sala de Endoscopia del Servicio de Gastroenterología del Centro Médico Docente La Trinidad, se seleccionó una población no aleatorizada de 384 pacientes con sospecha de cáncer de páncreas y se obtuvo una muestra no probabilística de 80 que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Resultados: A todos los pacientes se les midió la concentración de antígeno carbohidrato Ca.19-9, la cual osciló entre 1,65 y 28350 U/ml. Se demostró que no hubo correlación estadísticamente significativa entre la concentración de Ca.19-9 y las variables: edad de los pacientes ( $p=0,561$ ) y tamaño del tumor ( $p=0,323$ ). Sin embargo, si existió correlación en cuanto al estadio de la enfermedad, y la concentración de Ca 19-9, en donde los pacientes con un estadio T1-T2 tuvieron un valor más bajo de Ca 19-9, que los pacientes que tuvieron un estadio T3- T4. Conclusión: A pesar de tener una gran dispersión en cuanto los valores de Ca.19-9 se logró demostrar que está asociada con el estadio de la enfermedad y el tipo de tumor, pero no pudo evidenciarse una asociación con la presencia de metástasis, ni el tamaño y si bien no mostró un adecuado comportamiento predictivo para las variables mencionadas, sí constituye un factor de riesgo a tomar en cuenta durante el diagnóstico del cáncer pancreático. Palabras clave: Cáncer de páncreas, Ca 19-9, estadio de la enfermedad.



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**



**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**  
**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

## Educación Médica

### **ELASTASA FECAL BAJA COMO MARCADOR DE INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 Y PREDIABÉTICOS**

*Anais García, José Soto, Fabiola Fabiano, Dervis Bandres, Rafael Anato, Raúl Monserat*

La IPE se caracteriza por la presencia de niveles más bajos de enzimas pancreáticas que conlleva a una alteración en la absorción de nutrientes. Objetivo: Determinar la asociación entre pacientes diabéticos tipo 2 y prediabetes con la aparición de insuficiencia pancreática exocrina demostrada por los valores de elastasa fecal, comparados con personas sanas. Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, de carácter retrospectivo, no experimental, de corte transversal, observacional, comparativo y correlacional. La población estuvo constituida por diabéticos tipo 2 y prediabéticos que fueron referidos por el servicio de endocrinología y nutrición para la realización de la prueba Elastasa Fecal. Resultados: Total de 55 pacientes, a los cuales se le tomaron antropométricas y se les solicitaron niveles de elastasa fecal y se obtuvieron que dos medidas prediabéticas presentaron cifras de IPE leve y dos de IPE severa, en el grupo control se encontraron cinco con niveles de elastasa fecal bajos, tres de ellos con IPE leve y dos con IPE severa. Conclusión: En esta investigación no se encontró asociación entre la insuficiencia pancreática exocrina en diabéticos tipo 2. Es conveniente mencionar que todos estos pacientes tenían estricto control glucémico y nutricional, por otra parte el grupo control afectado tienen en su mayoría familiares de primer grado con diabetes y los prediabéticos con niveles de elastasa fecal bajos, tenían síntomas digestivos. Palabras claves: Insuficiencia pancreática exocrina (IPE), Elastasa Fecal, Diabetes tipo 2, Prediabetes.

### **ERRORES EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**

*Guillermo Rafael Veitia Velásquez, Rafael Montero, Melissa Polanco Gelabel, Carlos Andrés Martínez Mera, María Gabriela Oviedo Aguilar*

Errores en enfermedad inflamatoria intestinal Introducción La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) requiere la atención integral que garantice una óptima calidad de vida, lo que depende en gran medida del cumplimiento estricto de las recomendaciones médicas. Diversas complicaciones han sido asociadas con errores en el diagnóstico, tratamiento y adherencia del paciente, por lo que resulta fundamental identificar estos factores y su impacto en la evolución de la enfermedad. Métodos Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de corte transversal, con análisis de datos obtenidos de historias clínicas y entrevistas a pacientes atendidos en una consulta especializada en EII. Resultados Se incluyeron 120 pacientes (77.5% con colitis ulcerosa y 22.5% con enfermedad de Crohn), se observó un retraso diagnóstico en 34.2% de los casos (12 meses después del inicio de los síntomas), un 19.2% modificó el tratamiento sin autorización médica, el abuso de esteroides se identificó en 51.31% de los pacientes (23.6% los recibió entre 3 y 6 meses, mientras que 27.6% los usó por más de 6 meses). Del total referido a psicología, 55% no acudió a la consulta, en cuanto a las medidas dietéticas, 23.3% no las cumplió. Conclusiones Los resultados obtenidos en nuestra investigación demuestran que se están cometiendo errores en enfermedad Inflamatoria Intestinal como el retraso en el diagnóstico, abuso de esteroides e incumplimiento de tratamiento y fallas en la evaluación multidisciplinaria lo cual dificulta alcanzar la meta de remisión y afecta la calidad de vida de los pacientes con colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn.



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Endoscopia

### PERCEPCIÓN DE CONCILIACIÓN Y DESEMPEÑO EN MUJERES ENDOSCOPISTAS VENEZOLANAS: UN ESTUDIO PIONERO

*Días Carla, Suhey Pérez, De Sousa Mercedes, Martínez Yolette, Colina Nina, Salazar María Laura, Lafigliola Michelina, Mendoza Lisbeth, Mendez Yaritza, Hurtado Yulidza, Spitali Evelin, Rodríguez Solangel, Díaz Solangel, Chauran María Alejandra, Flores Yaneth, Khoury Antoinette.*

**Introducción:** A nivel mundial, las mujeres representan una parte significativa, e incluso mayoritaria, del personal médico, evidenciando una tendencia global hacia la feminización de la profesión. Sin embargo, persisten desafíos en la igualdad de género en roles de liderazgo y académicos. Comprender cómo las mujeres endoscopistas gestionan el delicado equilibrio entre sus exigentes carreras y vidas personales es crucial para asegurar entornos profesionales equitativos. **Objetivo:** esta investigación exploró a fondo dicha dinámica, buscando entender los desafíos únicos, estrategias de afrontamiento y factores que influyen en la integración exitosa de la vida personal y profesional para estas especialistas. **Métodos:** se diseñó una encuesta que abordó aspectos de la vida personal, formación académica, incorporando el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) y la escala adaptada de satisfacción laboral de MacDonald y MacIntyre. **Resultados:** la muestra no probabilística incluyó 201 mujeres endoscopistas con edades entre 29 y 73 años. Se encontró que aquellas con hijos percibieron dificultades en la proyección profesional y ausencia de facilidades laborales durante la crianza. No obstante, no hubo diferencias significativas entre mujeres con y sin hijos en la percepción de discriminación laboral, posibilidades de ascenso profesional o capacidades de formación especializada. Se halló una relación negativa entre la edad y la percepción de burnout. La satisfacción laboral, por su parte, no presentó correlación con ninguna variable personal. **Conclusión:** estos resultados sugieren que, si bien la maternidad impone retos de conciliación, la experiencia profesional puede mitigar el burnout, independientemente de la satisfacción laboral. Se requieren políticas de apoyo y mentoría para lograr un ambiente inclusivo.

## Ultrasonido e imágenes

### FRACCIÓN DE EYECCIÓN VESICULAR EN PACIENTES CON DISPEPSIA NO INVESTIGADA EN AUSENCIA DE COLELITIASIS

*Llgia Ortega, Anakarina Ordosgoitti, Germán Perdomo, Luis Barreto, Sara Gomez, María Benavides*

**Introducción:** El término “dispepsia” hace referencia a un conjunto de síntomas que engloba dolor localizado en el abdomen superior, plenitud posprandial, náuseas, saciedad precoz, flatulencia, regurgitación y eructo. Entre las posibles etiologías se encuentra la alteración de la motilidad vesicular, por lo que este estudio evalúa la disminución de la fracción de eyección vesicular como posible causa de dispepsia en pacientes sin colelitiasis mediante ultrasonografía con prueba de Boyden. **Pacientes y métodos:** se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, realizado en 141 pacientes con dispepsia no investigada, sin litiasis biliar, durante el período 2023-2025. Se aplicó una ecografía abdominal antes y después de ingerir un estímulo graso. Se midió el volumen vesicular y se calculó la fracción de eyección vesicular; se consideró disminuida si era <53%. **Resultados:** el 78,7% de los pacientes con dispepsia fueron mujeres. La media de fracción de eyección vesicular fue de 63,3±18,3%, sin diferencias significativas por sexo.



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**  
**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

El 24,5% presentó fracción de eyección vesicular disminuida, sin correlación con edad ni sexo. Discusión: la frecuencia de dismotilidad vesicular hallada coincide con estudios previos (19–33%). Aunque no se identificaron correlaciones clínicas con edad o sexo, los hallazgos sugieren que una proporción relevante de pacientes con dispepsia no investigada podrían presentar disfunción vesicular como causa subyacente. Conclusiones: uno de cada cuatro pacientes con dispepsia no investigada y sin litiasis mostró disfunción vesicular. Se recomienda considerar la ultrasonografía con prueba de boyden como herramienta diagnóstica rutinaria en estos casos, así como ampliar futuras investigaciones con grupos control.

### **DIVERSIDAD DE HALLAZGOS ANATÓMICOS POR ECO ENDOANAL (ERUS 360) EN INCONTINENCIA FECAL Y SU UTILIDAD.**

*Sofía Montilla, Luis Angarita, Sergio martinez, Peter pappe, Barbara González*

La incontinencia fecal (IF), una condición debilitante, requiere una evaluación etiológica precisa para guiar el manejo. Presentamos una serie de casos ilustrativos que demuestran la utilidad diagnóstica del eco endoanal (ERUS 360) en la identificación de diversas alteraciones anatómicas subyacentes a la IF, hallazgos cruciales no siempre evidentes con otras modalidades. Nuestros casos incluyen: Femenino de 66 años: ERUS 360° reveló a nivel de canal anal medio un defecto del aparato esfinteriano (esfínter anal externo) de 105 en relación a cuadrantes anteriores, confirmando la causa de su IF. (ANEXO IMAGEN) Femenino de 65 años: ERUS 360° se observó un defecto de espesor parcial correspondiente al esfínter anal interno en la unión de los cuadrantes derechos a nivel del canal anal medio, confirmando la causa de su IF. (ANEXO IMAGEN) Femenino de 70 años: ERUS 360° evidenció un adelgazamiento severo y difuso del esfínter anal interno (EAI), con un grosor residual inferior a 1.8 mm, sugiriendo una miopatía esfinteriana o neuropatía crónica. (ANEXO IMAGEN) Masculino, de 29 años: El ERUS 360° mostró en el canal anal medio e inferior un defecto del esfínter interno en el cuadrante anterior izquierdo, ángulo de 71° confirmando la causa de su IF. (ANEXO IMAGEN) Estos casos resaltan la versatilidad del ERUS 360° para detectar y caracterizar anomalías morfológicas, desde desgarros esfinterianos hasta atrofas difusas. Su utilidad radica en la capacidad de proporcionar imágenes de alta resolución en 360 grados 2D en tiempo real, permitiendo una evaluación detallada de la integridad y función de los esfínteres. El ERUS 360° es una herramienta indispensable para un diagnóstico etiológico preciso, fundamental para la planificación de estrategias terapéuticas individualizadas, ya sean médicas, de rehabilitación o quirúrgicas, mejorando significativamente los resultados clínicos en pacientes con IF.

## **Gastropediatria**

### **CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS DE RIESGO PARA CÁNCER EN GASTRITIS A HELICOBACTER PYLORI EN PEDIATRÍA Y ASOCIACIÓN CON ANTECEDENTE FAMILIAR.**

*Dianora Navarro, Karolina Lopez, Norman Guevara, Karla Alvarado, Wilmaris Campos, Libia Alonso, Christian Nuñez, Genesis Rojas, Katuska Belandria*

Introducción: en países asiáticos la infección por *Helicobacter pylori* (Hp) se considera un factor de riesgo de progresión a cáncer gástrico en niños. En occidente sin consenso y tendencia a no erradicar. Objetivo: identificar características endoscópicas de riesgo para



46.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
CARACAS 2025



27.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**  
11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

cáncer en gastritis a *Helicobacter pylori* en pediatría y asociación con antecedente familiar. Pacientes y método: estudio comparativo, no aleatorizado, prospectivo y transversal (enero 2020-marzo 2025). Variables: edad, sexo, hallazgos endoscópicos, clasificación de Kioto y severidad de gastritis. Grupo A: presencia de antecedente familiar de gastritis Hp o cáncer gástrico, grupo B: ausencia. Resultados: 225 pacientes, grupo A: 85(37,78%), 8,61 años $\pm$ 3,45(rango:2-16), femenino 56,47%, gastritis Hp en la madre 43/85(50,59%) y abuela materna 23/85(27,06%); cáncer gástrico en abuelos 5/85(5,88%). Grupo B: 140(62,22%), 8,78 años $\pm$ 3,59(rango:2-15), femenino 51,43%. Gastritis moderada predominó en ambos grupos A y B: 54,11% y 55%, severidad de gastritis y antecedentes,  $p=0.1184$ . Puntuación de Kioto, grupo A:  $\leq 2$  en 47,06% y 3 en 42,35% indicando infección por Hp; se encontró  $\geq 4$  en 10,59% indicando riesgo de cáncer gástrico. Grupo B:  $\leq 2$  y 3 puntos registrado en 62,14% y 37,86% respectivamente. Una diferencia entre grupos  $p=0.0000$ . Se obtuvo riesgo de progresión a cáncer gástrico en el grupo A con la presencia de metaplasia intestinal ( $p=0.0237$ ), pliegues engrosados ( $p=0.0039$ ) y enrojecimiento severo ( $p=0.0012$ ) con respecto a grupo B. Sin diferencia entre los grupos: atrofia gástrica ( $p=0.7167$ ) y nodularidad ( $p=0.9777$ ). Conclusiones: identificar pacientes pediátricos con características endoscópicas de riesgo para cáncer gástrico señala la necesidad de priorizar erradicación y un programa de seguimiento.

### **CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON PATOLOGÍA DIGESTIVA Y RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.**

*Karla Alvarado, Dianora Navarro, Karolina Lopez, Norman Guevara, Wilmaris Campos, Genesis Rojas, Libia Alonso, Christian Nuñez, Katuska Belandria*

Introducción: El consumo de alimentos ultraprocesados (UPF) ha aumentado y se asocia al desarrollo de enfermedades no transmisibles y digestivas. Objetivo: investigar el consumo de alimentos ultraprocesados en niños y adolescentes con patología digestiva y riesgo de enfermedades no transmisibles (ENT). Pacientes y métodos: estudio de campo, prospectivo, transversal, enero-mayo 2025. Cuestionario aplicado al azar simple para registro dietético por clasificación NOVA. Resultados: 113/1000 niños, edad media 7,4 $\pm$ 3,7 años (rango 2-16), masculinos 53,98%; preescolares 37,17%, escolares 33,63% y adolescentes 29,20%. Patologías reportadas: estreñimiento, disbiosis, dolor abdominal crónico, reflujo gastroesofágico, celiaquía, esteatosis hepática metabólica (MASLD), gastritis y diarrea. Consumo global de alimentos UPF  $\geq 5$  veces/semana (alto) 97/113(85,84%) y  $\leq 2$  veces/semana (bajo) 16/113(14,16%),  $p=0.0246$ ; ingesta de procesados/ingredientes culinarios alto 64/113(56,64%) y bajo 49(43,36%),  $p=0.3187$ . No procesados 55/113(48,75%). Por grupo de edad el mayor consumo moderado-alto de UPF: 89,47% escolares, 88,09% preescolares, 75,76% adolescentes,  $p=0.3793$ . Simultáneamente mayor ingesta de procesados/ingredientes culinarios: preescolares 69,05%, escolares 57,89% y adolescentes 39,39% con respecto a bajo consumo.  $p=0.0359$ . Predomino bajo consumo de alimentos no procesados: preescolares 64,29%, escolares 47,36% y adolescentes 39,39%,  $p=0.0844$ . Asociación UPF y consumo alto de azúcar  $p=0.0001$ , grasas  $p=0.0001$ , sodio  $p=0.0003$ . Escolares con mayor consumo de azúcares 89,47%, grasas 47,36% y sodio 42,11%. Se encontró riesgo de desarrollo de ENT en Disbiosis y MASLD RR=2,5 y 1,63 respectivamente. Conclusión: existe alto consumo de UPF con consumo medio-bajo de alimentos procesados y no procesados en los pacientes evaluados y riesgo de desarrollo de efectos negativos en salud a largo plazo. Resalta la necesidad de educación nutricional familiar.



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**



**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**  
**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

## **EXPERIENCIA CON AAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HEPATITIS C CRÓNICA**

*Lombano, Génesis Rojas, Azalia Guillén, Fátima Pino, Virginia Santamaría*

Objetivo: Evaluar la eficacia del tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) en pacientes pediátricos (3-18 años) con hepatitis C crónica. Método: Estudio experimental, prospectivo, longitudinal y analítico. Se incluyeron 74 pacientes, evaluados entre el 2022 y 2025. Diagnóstico confirmado por ARN del VHC en sangre. Se dividieron en 3 grupos (1, 2, 3), según el tratamiento recibido: Sofosbuvir/daclatasvir, sofosbuvir/ribavirina o sofosbuvir/velpatasvir, respectivamente. Resultados: pacientes con comorbilidades hematomológicas 42/74(56,76%), enfermedad renal crónica 12/74(16,22%), anemia hemolítica 8/74(10,81%), quirúrgicos 4/74(5,41%), otras: 8/74(10,81%). No se documentaron casos de transmisión vertical. El genotipo 1 fue el más frecuente 58/74 (78,37%). Respuesta viral sostenida (RVS) se obtuvo en 51/53 (96,23%) que realizaron la carga viral a las 12 semanas. No se ha recibido carga posterior al tratamiento de 21 pacientes (28,38%). Cinco pacientes fueron retratados, 4/5 habían sido tratados con ribavirina + sofosbuvir y 1 (1,35%) reinfección. Sin eventos adversos graves. En base a estos hallazgos se establece la eficacia comparativa de los distintos esquemas utilizados. Conclusiones: Los AAD demostraron ser eficaces y seguros en la población pediátrica tratada. El esquema sofosbuvir/ribavirina, no debe ser utilizado, ya que existen tratamientos pangenotípicos disponibles. Esta serie representa uno de los primeros reportes locales sobre el uso sistemático de AAD con diferentes esquemas en niños y adolescentes con hepatitis C en Venezuela. Palabras clave: Hepatitis C en pediatría, AAD, Hepatitis C

## **FACTORES PRONOSTICOS DE TOXICIDAD HEPATICA INDUCIDA POR TRATAMIENTO ANTIFIMICO EN PACIENTES PEDIATRICOS**

*Vianca Guevara, Sandra Neri, Gaudy Morales*

El daño hepático inducido por medicamentos (DILI) es un término relacionado con la alteración del perfil bioquímico hepático, con relación de causa-efecto con medicamentos o sustancias químicas. La tuberculosis infantil representa un desafío terapéutico, particularmente por la hepatotoxicidad asociada a antifímicos. Aunque la OMS reporta una incidencia global del 0.8%, estudios en poblaciones especiales muestran cifras mayores. Objetivo: Determinar los factores pronósticos de toxicidad hepática inducida por tratamiento antifímico en pacientes pediátricos durante el periodo 2021-2024. Métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo. 142 pacientes menores de 18 años, evaluando variables demográficas, esquemas terapéuticos, comorbilidades y marcadores de hepatotoxicidad mediante análisis descriptivo y multivariado (SPSS v28). Resultados: La edad promedio 7.92 años ( $\pm 3.9$  DE). Se observó predominancia en el sexo masculino (52,82%). En relación al esquema terapéutico (64,08%) recibieron 4 drogas, mientras que (25,35%) recibieron 3 drogas. Duración promedio del tratamiento de 5.0 meses ( $\pm 1.8$  DE). El diagnóstico más frecuente fue TB pulmonar (56,34%) seguido de contacto TB (16,20%) ( $p < 0.00008$ ). El 54,23% desarrolló hepatotoxicidad dado por hipertransaminemia (46,48%), seguido de hipoalbuminemia (44,37%). Se observaron comorbilidades (50% -  $p < 0.00243$ ), destacando VIH (40.85%) y desnutrición grave (25.35%). La cirrosis fue infrecuente (2.11%). Conclusión: Los principales factores de riesgo para desarrollar hepatotoxicidad fueron: Edad mayor a 8 años, duración prolongada del tratamiento (>5 meses) y la presencia de comorbilidades (principalmente VIH y desnutrición grave). Palabras clave: hepatotoxicidad, antituberculosos, pediatría, factores pronósticos, comorbilidades, tuberculosis infantil.



46.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
CARACAS 2025

27.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA  
PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

### **SINDROME DE WILKIE EN ADOLESCENTES: SERIE DE CASOS**

*Alis Liliانا Lizcano Quintero, Delgado Maryeliz, Arevalo Laura, Rosnery Montero, Vasquez Margarita, Rosendo Yubisay*

Introducción: Síndrome de Wilkie, forma infrecuente de obstrucción intestinal alta, a nivel de tercera porción de duodeno, el cual se encuentra comprimido entre arteria mesentérica superior y aorta abdominal; presenta etiología multicausal. Presentamos serie de casos de adolescentes masculinos con edades comprendidas entre 10 y 13 años con historial de vómito, dolor abdominal y pérdida de peso importante, los cuales fueron ingresados con signos de deshidratación y desnutrición. Hallazgos endoscópicos: reflujo esófago-gastro-duodenal, en uno de ellos esofagitis péptica severa, en los 3 casos se observó gran dilatación gástrica con abundante contenido bilioso y dilatación duodenal. Estudios de imágenes: tránsito intestinal: pseudo-obstrucción alta a nivel de tercera porción de duodeno; y en un caso sin alteraciones, la TAC abdominal con doble contraste: coincide en los 3 casos con gran dilatación de cámara gástrica y signos de compresión vascular en tercera porción duodenal. Evolución: 2 de los pacientes se manejaron bajo vigilancia y conducta expectante, mientras que 1 paciente requirió resolución quirúrgica, con evolución satisfactoria en los 3 casos. Materiales y métodos: Historia clínica, revisiones de artículos científicos, estudios de casos clínicos. Discusión: La incidencia en la población pediátrica es de 0.01%. Existe discusión acerca del manejo adecuado en pacientes pediátricos. Siendo pauta mundial el manejo conservador acompañado de adecuada recuperación nutricional. Conclusión: patología infrecuente, que debe conocerse y considerarse en pacientes con historia de pérdida de peso, vómito y dolor abdominal, siendo necesario uso de estudios complementarios para diagnóstico y tratamientos oportunos. Palabras clave: Vómito, obstrucción intestinal, desnutrición, Wilkie.



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Resúmenes Posters con Discusión

**46º Congreso Nacional de  
Gastroenterología  
Homenaje al Dr. Miguel Garassini**  
**27º Congreso Nacional de  
Gastroenterología Pediátrica**

11 al 13 de Septiembre de 2025  
Eurobuilding Hotel & Suites



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**



**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

## Educación médica

### **DETECCIÓN MOLECULAR DE PATÓGENOS ENTÉRICOS POR MEDIO DE PANEL GASTROINTESTINAL FILMARRAY EN PACIENTES CON SÍNDROME DIARREICO AGUDO DEL CENTRO MÉDICO D**

*Claudia Pimentel, Ricardo Stocco, Leyda Aldana*

Introducción: Dada la prevalencia y consecuencias de los síndromes diarreicos, ha surgido la necesidad de contar con métodos diagnósticos rápidos, específicos y reproducibles para identificar su causa. En respuesta a esta necesidad, se han desarrollado paneles moleculares, como el panel de PCR FilmArray Gastrointestinal (GI). Este panel es capaz de detectar 22 patógenos bacterianos, virales y protozoarios directamente en muestras de heces en aproximadamente una hora, facilitando un diagnóstico rápido y preciso. Material y Métodos: El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, observacional, no experimental, de corte transversal, con un total de 45 pacientes. Resultados: Los patógenos entéricos detectados por medio del panel multiplex FilmArray, comprendieron bacterias en 66.66%, virus 8.88%, y parásitos 4.44%. el 13.33% tuvieron infecciones intestinales polimicrobianas, en donde se detectaron virus, bacterias, y parásitos simultáneamente. En el 6.66% no hubo detección de ningún patógeno. Así mismo se obtuvo una  $p > 0.05$  en cuanto a las distintas características macroscópicas evaluadas en el coproanálisis en relación a los grupos de germen evaluados. Conclusión: Nuestro estudio determinó que en nuestra población el grupo microbiano más frecuente causante de diarrea, fueron las bacterias, en donde la E. Coli productora de toxina shiga fue la mayormente reportada, así como también no se pudo demostrar que las características macroscópicas de las heces no está en relación con el tipo de patógeno causante del síndrome diarreico. Palabras clave: panel Filmarray, PCR, diarrea aguda,

### **EFICACIA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DE LA COLANGIOSCOPIA EN EL MANEJO DE PATOLOGÍAS BILIARES EN EL CENTRO MÉDICO DOCENTE LA TRINIDAD.**

*Claudia Pimentel, Ricardo Stocco, Carlos Sanchez, Rosanny Rodriguez, Dervis Bandres, José Soto*

Introducción: La colangioscopia se desarrolló por primera vez hace siete décadas con la invención del colangioscopio, un instrumento diseñado para la exploración visual directa de las vías biliares. Actualmente se ha consolidado como una herramienta fundamental en el arsenal del endoscopista terapéutico, ya que nos permite diagnosticar y tratar distintas patologías del árbol biliar, de forma mínimamente invasiva. Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. La muestra analizada incluyó 17 pacientes (25 colangioscopias) que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Resultados: las estenosis biliares indeterminadas y las estenosis malignas representaron el 47% de las patologías biliares que ameritaron colangioscopia en nuestro centro, seguido de la estenosis benigna en un 17.6% y por último la litiasis coledociana con un 5.88%. El éxito terapéutico se obtuvo en 76.47% de los pacientes, ya que el 23.5% ameritaron de más de una colangioscopia. Posterior al procedimiento el éxito clínico se obtuvo en el 98.7% de los pacientes. Conclusión: El presente estudio evidenció que la colangioscopia es fundamental para el manejo y diagnóstico de patologías biliares infrecuentes (estenosis biliares benignas y malignas, hemobilia, así como cálculos difíciles), traducido en un éxito técnico y clínico en nuestro centro, similar a los reportes



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**  
**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

de otros centros de gran volumen a nivel internacional. Palabras clave: colangioscopia, patología biliar, eficacia diagnóstica y terapéutica.

### **MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE DE COLEDOCO TIPO III: UN DIAGNOSTICO OLVIDADO CON RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA**

*Ricardo Stocco, Claudia Pimentel, Rosanny Rodriguez, Carlos Sanchez, Yolette Martinez, Jose Soto, Dervis Bandres, Raul monserat*

La dilatación anormal en la estructura de los conductos biliares en forma quística fue clasificada por Todani en 1977. La fisiopatología exacta del mecanismo de producción aun es desconocida y pareciera no ser igual en adultos que en poblaciones pediátricas. Es importante el adecuado manejo de estas entidades en vista que tienen riesgo de litiasis coledociana, pancreatitis o transformación maligna en forma de colangiocarcinoma o cáncer de vesícula. Sin embargo, las tasas de incidencia y prevalencia en adultos no están claras y no siguen el patrón de los pediátricos. Es más frecuentes en mujeres en proporción 1:4 salvo en el colédococele que no respeta este patrón. A continuación se presenta el caso de una paciente femenina de 26 años en quien se hace el diagnóstico por crisis recurrentes de pancreatitis aguda y se realiza un abordaje terapéutico endoscópico alternativo.

### **STENT IN STENT: UNA SOLUCIÓN NOVEDOSA PARA LA MIGRACIÓN EN TRATAMIENTO DE FISTULA MALIGNA**

*Ricardo Stocco, Claudia Pimentel, Rosanny Rodriguez, Carlos Sanchez, Yolette Martinez, Jose Soto, Dervis Bandres, Raul monserat*

Las fístulas esofágicas malignas son complicaciones severas, comúnmente adquiridas en adultos debido a neoplasias avanzadas o iatrogenia. Se presentan con disfagia, tos crónica e infecciones respiratorias recurrentes. Su diagnóstico se realiza mediante tomografía computarizada con contraste y esofagografía hidrosoluble, complementado con endoscopia flexible para confirmación y terapia. El tratamiento busca el cierre de la fístula, control infeccioso y soporte nutricional. La colocación endoscópica de Stents esofágicos autoexpandibles cubiertos (SEMS) es el tratamiento de elección, con altas tasas de oclusión. Sin embargo, los SEMS conllevan complicaciones como la migración (3-30%), perforación y obstrucción recurrente. La fijación endoscópica con suturas o clips reduce el riesgo de migración. Se presenta un caso estelar de fístula esofagopleural post-esofagogastrectomía en un paciente con adenocarcinoma, tratado exitosamente con la técnica "Stent in Stent" para prevenir la migración. Además se complementa con otros casos realizados para realizar comparación técnica y clínica entre estos. Esta técnica, aunque potencialmente más costosa inicialmente, demostró una evolución favorable y sin migración. Se requieren estudios prospectivos y aleatorizados para confirmar su eficacia y viabilidad frente a los métodos convencionales.

### **COLANGIOPATÍA HIPERTENSIVA PORTAL POR TRANSFORMACIÓN PORTAL CAVERNOMATOSA DE ORIGEN NO CIRRÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

*Bryan Blanco, Maria Velasquez. [bryanblanco359@gmail.com](mailto:bryanblanco359@gmail.com)*

La colangiopatía hipertensiva portal hace referencia a anomalías colangiográficas que se producen en pacientes con cavernomatosis portal, cursando con enfermedad biliar sintomática. Se trata de paciente masculino de 15 años de edad, con antecedente de enfermedad vascular portosinusoidal y cavernomatosis portal desde los 2 años de edad secundario a onfaloclisia. Enfermedad celiaca diagnosticada a los 6 años de edad bajo el



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**



**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

contexto de síndrome diarreico crónico y pérdida de peso con gen HLA DQ8 POSITIVO. quien refiere IEA Octubre 2024, presentando dolor abdominal en hipocondrio derecho, ICTERICIA y coluria, diciembre 2024, por lo que acude a HDL, examen físico TA 90/60 mmHg FC 98 LPM sat 98% a la, peso 35 kg, ictericia cutaneomucosa acentuada, Abdomen distendido, asimétrico, con red venosa colateral, con matidez en hemiabdomen izquierdo dado por esplenomegalia no dolorosa, Boyd IV, resto del abdomen blando, depresible sin dolor, Glóbulos blancos 1.8 x mm<sup>3</sup> Neutrófilos/Linfocitos 64%/36 % Plaquetas 69.000 x mm<sup>3</sup> VSG 63 mm/h TGO/TGP 140 mg/dl - 220 mg/dl BT 61 mg/dl D: 40 Ind: 21 mg/dl GGT 700 U/L ALP 687 U/L AST 692 U/L Proteínas totales 6.9 g/dl alb 2.1 USA con hallazgo CEH; por dilatación de vías biliares intrahepáticas, EDS con reporte de VARICES ESOFÁGICAS PEQUEÑAS SIN SIGNOS DE RIESGO y GASTROPATÍA PORTAL LEVE. además EDI con varices rectales, se realiza COLANGIORESONANCIA Con extensa dilatación y tortuosidad de vía biliar intrahepática, apreciándose amputación del conducto coledoco a nivel del hepático común, se realiza CPRE con evidencia de ESTENOSIS A NIVEL DE LA CONFLUENCIA DE LOS HEPÁTICOS - DILATACION DE VIAS BILIARES INTRAHEPATICAS - con compresión extrínseca del colédoco distal y dilatación de la vía biliar extra e intrahepática, realizándose tratamiento con papilotomía y Prótesis biliar plástica, con mejoría clínica y de parámetros bioquímicos. La Ictericia colestásica secundaria a biliopatía hipertensiva portal es una entidad en sujetos con enfermedad vascular portosinusoidal y su presentación es inusual.

### **CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES ENTRE 20 Y 55 AÑOS.**

*Lexismar García, Alayon Jullieth, Rosalía Perazzo*

El cáncer colorrectal ocupa el tercer y segundo lugar en cáncer más común en varones y mujeres. Es considerado una enfermedad del adulto mayor, múltiples reportes indican un aumento de la incidencia de CCR en adultos jóvenes a nivel mundial. Motivo por el cual nos planteamos la siguiente interrogante ¿cuáles son los factores de riesgo que predisponen al CCR en pacientes de 20 y 55 años que acuden al servicio de Gastroenterología del Hospital General Dr Miguel Pérez Carreño en el periodo 2019-2020?. Es un estudio de tipo observación al, analítico, prospectiva constituido por una población y muestra de 61 pacientes. El estudio incluyó 29 pacientes con CCR de los 29 pacientes 52% hombres y 48% mujeres. Identificación por procedencia predominan do distrito capital 52%. Distribución por tipo de dietas: carnes rojas 25%. Distribución de signos clínicos : cambio del patrón avacuatorio 23%. Características histológicas: adenocarcinoma bien diferenciado. Conclusión: el CCR en pacientes jóvenes ahora representa el 10% de todos los nuevos diagnósticos, los pacientes estudiados en nuestro trabajo de investigación mostraron mayor incidencia en el cambio del patrón avacuatorio, hábitos tabaquicos y consumo de carnes rojas.

### **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y ENDOSCÓPICAS DE PACIENTES SOMETIDOS A ENTEROSCOPIA. SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA.**

*Carlos Sánchez, Víctor Bracho, Claudia Pimentel, Ricardo Stocco, Rosanny Rodríguez*

Introducción: La enteroscopia, permite la exploración del intestino delgado y es útil para la evaluación de enfermedades tales como sangrado digestivo, enfermedad de Crohn, neoplasias u otras. Entre sus beneficios, permite la toma de biopsias y efectuar tratamiento de diversas lesiones. Objetivo: Determinaron las características clínico epidemiológicas de los pacientes sometidos a enteroscopia en el Servicio de



46.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
CARACAS 2025

27.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA  
PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

gastroenterología del Centro Médico Docente La Trinidad, en el período 2014-2024. Materiales y métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal. La muestra analizada incluyó a 66 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados: el promedio de edad fue  $57,17 \pm 18,71$  años, 58% eran de sexo masculino, 64% procedían de consulta, la indicación del estudio más frecuente fue el sangrado digestivo (35%) y el abordaje anterógrado se realizó en 65%. La duración del procedimiento en promedio fue de  $81,06 \pm 51,59$  minutos. Entre los hallazgos, se encontraron úlceras en 30%, enteroscopia normal 26%, ectasias vasculares en 21%. En 32% se realizó terapéutica, siendo la más frecuente aplicación de argón plasma. Por último, en referencia al diagnóstico en 17 casos la enteroscopia fue normal, seguido de enfermedad de Crohn en 14 pacientes, y telangiectasias en 12. Conclusión: El presente estudio evidencia que en los pacientes sometidos a enteroscopia la indicación más frecuente fue la hemorragia digestiva, y los diagnósticos finales la enfermedad de Crohn y las telangiectasias. Demostrando así que la enteroscopia, resulta particularmente útil para el estudio y la terapéutica de las patologías del intestino delgado.

### **PANCREATITIS AGUDA COMPLICADA CON PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO GIGANTE EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON HOMOCISTINURIA: DRENAJE GUIADO POR ECOENDOSCOPIA**

*Nathalie Méndez, Dervis Bandres, José Soto*

El pseudoquiste pancreático es una complicación frecuente de la pancreatitis aguda o crónica, su manejo podría significar un desafío especialmente en pseudoquistes de gran tamaño y en pacientes jóvenes con comorbilidades. La homocistinuria es un raro trastorno hereditario autosómico recesivo del metabolismo. Se caracteriza por niveles elevados de homocisteína y se ha vinculado a múltiples manifestaciones sistémicas incluyendo lesión endotelial y desarrollo de eventos tromboembólicos arterio-venosos. Caso clínico: paciente femenino de 15 años de edad con antecedentes de homocistinuria y hospitalización por pancreatitis aguda, quien acude a consulta externa por clínica de una semana de evolución caracterizado por dolor abdominal, náuseas, vómitos e intolerancia a la vía oral. Estudios de imagen complementarios como ultrasonido abdominal percutáneo y tomografía con protocolo pancreático revelan presencia lesión compatible con pseudoquiste pancreático gigante, el cual comprime y desplaza las estructuras adyacentes. Se realizó un manejo multidisciplinario y se decide drenaje transgástrico de pseudoquiste pancreático guiado por ecoendoscopia. El procedimiento se realiza sin complicaciones y el paciente evolucionó satisfactoriamente. Discusión: la presencia de pancreatitis en homocistinuria es excepcionalmente infrecuente. En este caso, se presume como causa la enfermedad oclusiva vascular del páncreas. La enfermedad aterosclerótica y su complicación trombótica es la primera causa de muerte en esta entidad clínica. Conclusiones: el drenaje transgástrico guiado por ultrasonido endoscópico demostró ser una técnica mínimamente invasiva, segura y efectiva para el manejo y resolución de los pseudoquistes pancreáticos complejos gigantes, incluso en pacientes con un historial médico desafiante. Palabras Claves: pseudoquiste pancreático, drenaje transgástrico, ultrasonido endoscópico, homocistinuria.



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**



**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

## Gastropediatria

### **ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS EN ADOLESCENTE, UN ALERTA EN DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO. CASO CLÍNICO**

*Dassy Sanabria , Libia Alonso , Karolina López , Rosalía Perazzo , Dianora Navarro*

Introducción: El dolor abdominal crónico recurrente en adolescentes puede ser un síntoma preocupante requiriendo una evaluación cuidadosa para determinar su origen y manejo adecuado. Caso clínico: adolescente masculino 15 años, con la condición de Autismo con epigastralgia recurrente y múltiples tratamientos sintomáticos, de dos años de evolución. Laboratorio general no contribuyente. Se realiza ecografía abdominal-doppler: hígado aumentado con múltiples imágenes ecomixtas hiperecogénicas que captan Doppler, aspecto metástasis. Páncreas: cola hiperecogénica de 3.1\*4.3cm cabeza: 2.7cm cuerpo: 2.8cm Citología de líquido ascítico negativo. Tomografía de tórax, abdomen y pelvis se reporta una masa tumoral en cuerpo y cola de páncreas de naturaleza neoproliferativa, trombosis de la vena esplénica, hepatomegalia, pulmón con lesiones infiltrativas nódulos en vidrio deslustrado subpleurales. Los marcadores tumorales: C19-9:2UL/ML Alfafetoproteína:3.67.ng/ml CEA: 99.20ng/ml durante la evolución hemoglobina 11,4gr/dl; alanino-aspartato aminotransferasas 90.6UI/L y 88UI/L. Conclusión: La evaluación integral con empleo de ultrasonido abdominal es mandatorio en todo paciente con dolor abdominal crónico para identificación de patologías subyacentes y permite la instauración de un tratamiento adecuado y oportuno.

### **COLITIS EOSINOFÍLICA A PROPÓSITO DE UN CASO.**

*Maryeliz Carolina Delgado Hernández, Laura Milena Arévalo Pastran , Alis Liliana Lizcano Quintero, Rosnerys Andrelis Montero Rojas, Margarita del Valle Vasquez Fernández, Yubisay Rosendo Villamizar, Daniel Alfonso Villalobos Matos*

Introducción: Los desórdenes eosinofílicos gastrointestinales son entidades infrecuentes, descritas por Kaijser en 1937. Grupo heterogéneo de trastornos gastrointestinales, etiopatogenia poco clara, afecta a niños y adultos, caracterizada por presencia de infiltrado eosinofílico, de uno o múltiples segmentos desde esófago hasta recto, con síntomas condicionados por grado de infiltración eosinofílica en pared, número de capas afectadas y segmento del tracto gastrointestinal implicado. Se presenta caso de paciente de 11 años de edad intervenido por clínica de abdomen agudo sugestivo de apendicitis aguda; hallazgos operatorios: ciego aumentado de tamaño (7cm x 8cm x 6cm), paredes engrosadas, consistencia dura, friable, íleon terminal con lesiones micronodulares de aspecto perlado. Al corte, pared de 3cm de espesor, blanquecina, toda la pared intestinal comprometida, ganglios mesentéricos aumentados de tamaño, mayor de 3cm, apéndice macroscópicamente sano. Diagnóstico postoperatorio: Tumor de ciego: probable linfoma. Biopsias de segmento ileo-ceco-apendicular: Colitis eosinofílica, sin neoplasias en muestra examinada. Caso complementado con endoscopia digestiva superior e inferior; reporte histopatológico: gastritis-duodenitis crónica moderada, escasos eosinófilos. Ileítis crónica moderada, abundantes eosinófilos. Materiales y métodos: Historia clínica, revisión de artículos científicos, estudio de casos clínicos. Discusión: La colitis eosinofílica es una reacción inflamatoria debida a diversos alérgenos alimentarios, con síntomas variables: desde diarrea, vómito, dolor abdominal y pérdida de peso, hasta obstrucción intestinal aguda, síntomas que fueron presentados por dicho paciente. Conclusión: Patología infrecuente, paciente con clínica sugestiva de apendicitis aguda, en intervención impresionó tumor de ciego, al final reportan colitis eosinofílica. Palabras



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**  
**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

clave: vomito, dolor abdominal, pérdida de peso, obstrucción intestinal aguda, colitis eosinofílica.

### **DESEMPEÑO Y CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA PEDIÁTRICA**

*Wilmaris Campos , Dionara Navarro , Génesis Rojas , Karolina López , Karla Alvarado , Norman Guevara , Michael Nuñez , Libia Alonso , Katiuska Belandria*

Resumen. Introducción: avances en la endoscopia digestiva pediátrica exige empleo de indicadores de calidad para valorar y mejorar la eficacia de los procedimientos endoscópicos. Objetivo: evaluar el desempeño y cumplimiento de indicadores de calidad en endoscopia digestiva pediátrica. Pacientes y métodos: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, octubre 2024-abril 2025. De 285 historias médicas revisadas, se escogieron 100 por azar simple. Se midieron indicadores seleccionados del proceso, basados en protocolos pediátricos publicados en pre-procedimiento, intraprocedimiento y postprocedimiento. Resultados: prevalecieron adolescentes y sexo femenino. Video endoscopia digestiva alta (VEDA) diagnóstica 49/53(92,45%) y diagnóstica/terapéutica 4/53(7,55%); videocolonoscopia (VCC) diagnóstica 3/47(6,38%) y diagnóstica/terapéutica 44/47(93,62%). Pre-procedimiento en ambos estudios, cumplimiento en todos los pacientes: solicitud de consentimiento informado, indicación endoscópica documentada, registro de riesgo anestésico (ASA), descripción de sedación/anestesia empleada y mención de comorbilidad presente. Intraprocedimiento, en VEDA: descripción de áreas examinadas 100%, exploración completa con intubación duodenal 92,45%, retroflexión gástrica 98,11%, biopsia por protocolo: esófago 77,36%, estómago 92,45%, duodeno 88,68%, fotodocumentación de hallazgos patológicos 94,33% y normal 73,58%. Reporte de terapéutica 100% y uso de clasificaciones recomendadas 73,58%. VCC: registro de preparación colónica 97,87%, exploración completo 93,62%, intubación cecal 89,36%, descripción de hallazgos y terapéutica 100%, biopsia de hallazgos 89,36%, fotodocumentación 93,61%. En el postprocedimiento VEDA y VCC: documentación de complicaciones, información sobre signos de alarma, entrega de resultados, satisfacción del paciente/familiar y seguimiento, cumplidos en 100%. Conclusiones: el desempeño en ambos estudios fue óptimo y los indicadores medidos indican buena prestación de calidad en el proceso endoscópico, se requieren ajustes pequeños en algunas métricas.

### **GASTROPARESIA PEDIÁTRICA POSTVIRAL. ASOCIACIÓN CON INFECCIÓN POR SARS-COV-2,**

*Fátima Pino, Ileana González*

Introducción: La gastroparesia se define como un trastorno de motilidad gástrica con dificultad para su vaciamiento. En niños las causas incluyen: idiopáticas, postinfecciosas, disautonomía, trastornos del tejido conectivo, posterior a funduplicatura; dentro de la etiología viral, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, rotavirus, adenovirus, virus de Norwalk; y recientemente, coronavirus; como comorbilidades, antecedentes de prematuridad, retraso del desarrollo, diabetes mellitus y anticonvulsivantes. Objetivo: Evaluar características epidemiológicas en niños con diagnóstico de gastroparesia asociadas a virus. Método: estudio clínico observacional caso-control (enero 2019- abril 2025), en pacientes con y sin diagnóstico de gastroparesia postviral, menores 18 años de edad, atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital de Niños Dr. "JM de los Ríos". Resultados: Edad, Grupo 1 (casos), 58,6% (n= 17) de 1 a 5 años y 41,3% (n= 12) de 6 a 12 años. Grupo 2 (controles), de 1 a 5 años, 37,9% (n= 11), de 6 a 12 años, 44,8% (n= 13). Sexo,



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**  
**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

65,5% (n= 19) Grupo 1 femenino; Grupo 2, 62% (n= 18) masculino. Comorbilidad Grupo 1, diabetes mellitus (DM), con un 24,1% (n= 7). El Grupo 2, asma 13,8% (n= 4). Síntomas: todos presentaron (dolor abdominal, náuseas, vómitos y distensión abdominal), con saciedad precoz variable entre casos y controles (72,4% versus 65,6%). Pruebas virales Grupo 1, fueron positivas, predominando el SARS-CoV-2, 41,4% (n= 12), seguido adenovirus, 17,2% (n= 5). En el Grupo 2, todas fueron negativas. Conclusión: Los niños con gastroparesia postviral presentan importante asociación con infección por SARS-CoV-2, lo que denota la importancia de estudiar rol etiopatogénico.

### **INTUSUSCEPCIÓN: UNA CAUSA INESPERADA DE DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO. CASO CLÍNICO**

*Norman Guevara, Katuska Belandria, Libia Alonso, Karolina Lopez, Rosalia Perazzo*

Introducción: Se analiza la presentación atípica de la intususcepción como una causa inusual de dolor abdominal crónico, enfatizando la importancia de un enfoque diagnóstico preciso para evitar complicaciones y optimizar el manejo terapéutico. Caso clínico: Masculino de 8 años de edad, sin antecedentes patológicos de relevancia, quien acude reiteradamente a consulta por episodios de dolor abdominal recurrente tipo cólico de aparición brusca, localizado en mesogastrio e hipogastrio de moderada intensidad, irradiado a fosa iliaca derecha, con periodos de acalmia, concomitante vómitos precedidos de náuseas en número de dos, distensión abdominal y disminución del patrón evacuatorio lo que ha requerido intervenciones como lavados rectales y enemas, obteniendo alivio inmediato del dolor; siendo el mismo tratado en múltiples ocasiones con medidas sintomáticas y periodos de remisión. Paraclínicos positivos: Laboratorios no contribuyentes. Ecografía abdominal: imagen en diana ecomixta con capas hiperecogénicas en fosa iliaca derecha. Tomografía de abdomen: Intususcepción intestinal ileo-ileal con escaso líquido adyacente. Biopsia endoscopia digestiva superior: Gastritis por helicobacter pylori. Quirúrgica: invaginación íleo-ileal a 80cc de válvula ileocecal, con dos lesiones en la punta de aspecto mamelonado, color violáceo otra amarillento, duras remitentes, presencia de adenopatía mesentérica única. Biopsia: Divertículo de Meckel. Conclusión: El dolor abdominal crónico asociado a la intususcepción representa un reto diagnóstico para el Divertículo de Meckel debido a su presentación atípica y síntomas inespecíficos. La falta de sospecha clínica puede retrasar la identificación de esta condición, aumentando el riesgo de complicaciones y la necesidad de intervenciones más agresivas.

### **PUNTUACIÓN SHEFFIELD: HERRAMIENTA CLÍNICA EN EL ABORDAJE DE HEMORRAGIA DIGESTIVO ALTA PEDIÁTRICA**

*Norman Guevara, Dianora Navarro, Karolina Lopez, Libia Alonso, Karla Alvarado, Wilmaris Campos, Genesis Rojas, Christian Nuñez, Katuska Belandria*

Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA) se presenta en niños con diferentes grados de severidad. La puntuación Sheffield identifica pacientes con mayor riesgo y permite decidir una intervención farmacológica, endoscópica o transfusiones de urgencia. Objetivo: evaluar la puntuación Sheffield como herramienta clínica en el abordaje de hemorragia digestiva alta pediátrica. Pacientes y métodos: Estudio de campo, descriptivo, prospectivo, transversal, enero 2024-abril 2025. Variables: edad, sexo, tipo de sangrado, cofactores, puntuación Sheffield, endoscopia diagnóstica/terapéutica, tratamiento farmacológico, hemocomponentes. Resultados: 52 niños, masculino 27(51,92%); edad mediana 7±3,73(rango 1-13 años); escolares 17(32,69%). Puntuación

Sheffield <8 y >8 en 21(40,38%) y 31(59,62%) respectivamente. Hematemesis con melena 24/52(46,15%) asociación positiva con puntuación >8, p=0.0000. Comorbilidad más común hipertensión portal en 30,77% y factor de riesgo la enfermedad crítica 15,38%, la causa del sangrado várices esofágicas 19,33%. Puntuación <8, el factor de riesgo fue infección por *Helicobacter pylori* 17,31% y la causa de sangrado Síndrome de Mallory Weiss 13,46%. Ninguna comorbilidad se registró en 50% de los pacientes. Restitución de volemia 44/52(84,61%). Uso de cristaloides 12/44(27,27%) en Sheffield <8 y cristaloides con hemocomponentes 32/44(72,72%) Sheffield >8, p=0.0000. Octeotride 15/31 con Sheffield >8, p=0.0001. Videoendoscopia 37/52(71,15%), en 22/37(59,45%) obtuvieron Sheffield >8. Necesidad de endoscopia terapéutica en 21/22(95,45%), p=0.0000 con respecto a los pacientes con Sheffield bajo. Ligadura con bandas 15/21(71,42%), hemostasia con adrenalina y/o hemoclips 6/21(28,57%). Riesgo de fallecer con Sheffield >8, RR=6,09. Conclusión: La puntuación Sheffield una herramienta óptima para evaluar la severidad de hemorragia y predecir la necesidad de intervención de urgencia en la atención pediátrica.

## Hepatología

### HEPATITIS AUTOINMUNE SERONEGATIVA: UN RETO DIAGNOSTICO

*Rivas Keimer, Yendys Alfredo. HUMNT*

Se presenta el caso de una paciente femenina de 20 años con elementos clínicos floridos de hepatitis autoinmune (HAI), incluyendo ictericia, fatiga y dolor abdominal, que persistieron durante un año. A pesar de la clara sintomatología, las pruebas de laboratorio para autoanticuerpos (ANA, AML, LKM-1, SLA) resultaron consistentemente negativas en múltiples ocasiones, lo que complicó significativamente el diagnóstico inicial. La confirmación diagnóstica definitiva se obtuvo mediante biopsia hepática, la cual reveló hallazgos histopatológicos característicos de HAI, como hepatitis de interfase e infiltrado linfoplasmocitario. Este caso subraya la importancia crítica de la integración de la sospecha clínica y la histopatología cuando los marcadores serológicos son negativos. La HAI seronegativa es una entidad reconocida en la literatura médica, representando hasta un 20% de todos los casos de HAI, y a menudo se asocia con una mayor severidad de la enfermedad, lo que resalta la necesidad de un enfoque diagnóstico integral y oportuno para prevenir la progresión a enfermedad hepática avanzada.

### SINDROME DE LUSCHKA EN POST QUIRÚRGICOS HEPATOBILIARES Y SU PRESENTACION COMO HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR.

Kareny Roca

Se trata de paciente femenino de 36 años de edad, quien presenta antecedentes quirúrgicos de colecistectomía un mes previo a su ingreso, en el cual presenta aumento de temperatura corporal, dolor súbito en epigastrio, de fuerte intensidad, que se irradia a hipocondrio derecho sin atenuantes, concomitante emesis tipo hematemesis y pérdida del estado de conciencia lo cual la hace acudir al servicio. Se indica estudio de imagen tipo colangiografía que evidencia bilioma, por lo cual es llevada a mesa operatoria para su reparación y drenaje satisfactorio y posteriormente CPRE. Aquí se destaca la importancia anatómica de este conducto por su posible lesión y sus complicadas consecuencias y El hallazgo en imágenes que se correlaciono con la clínica. Destacando su rareza y un porcentaje de pacientes con un morbilidad del 44% si no es tratada dicha complicación.



46.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
CARACAS 2025



27.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## **PLASMAFÉRESIS TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON VIRUS DE HEPATITIS B EN MARACAIBO: INVESTIGACIÓN PRELIMINAR**

*Lozano-De Camacho Iria M, Mengual-Moreno Edgardo J, Cobis-Camacho Jeanyberth P, Castejón-Suárez Carolina B, Sardi-Leon Ana C, Olano-Villalobos Adriana M*

La infección por el Virus de la Hepatitis B (VHB) es un problema de salud global que puede evolucionar a cirrosis o carcinoma hepatocelular. Este estudio preliminar, realizado en Maracaibo, Venezuela, investigó el efecto de la plasmaféresis terapéutica en la mejora de los síntomas, parámetros bioquímicos, la seroconversión y la negativización viral en pacientes con VHB. Se llevó a cabo un estudio experimental, prospectivo y longitudinal. Se reclutaron 95 pacientes; 65 cumplieron los criterios de inclusión y culminaron el estudio. De estos, se formaron tres grupos: 12 pacientes combinaron plasmaféresis con Entecavir, 30 recibieron solo plasmaféresis, y 23 no recibieron tratamiento. El tratamiento promedio fue de 3 sesiones. Los criterios de inclusión claves fueron ser mayor de edad, consentimiento informado y un diagnóstico confirmado de VHB con HBsAg positivo. Los resultados revelaron que el 33.3% de los pacientes tratados con plasmaféresis reportaron mejoría clínica, en contraste con el 0% en el grupo no tratado ( $p < 0.01$ ). En cuanto a la seroconversión, el 19.05% de los pacientes sometidos a plasmaféresis la lograron, a diferencia de los no tratados ( $p < 0.05$ ). Es fundamental resaltar que el 66.7% de los pacientes tratados con plasmaféresis y Entecavir simultáneamente lograron seroconversión y mejoría clínica, superando el 20% observado en el grupo de solo plasmaféresis ( $p < 0.001$ ). Esto sugiere un efecto sinérgico significativo del tratamiento combinado. En conclusión, la plasmaféresis terapéutica, particularmente en combinación con Entecavir, parece ser una intervención beneficiosa para pacientes con VHB, mejorando la sintomatología y favoreciendo la seroconversión.

## **ETIOLOGÍA DE LA CIRROSIS HEPÁTICA EN VENEZUELA**

*Edgardo Mengual, Juan Urdaneta, María Bastardo, Raizuris Cabello, Indelsy Velásquez, Rosalía Perazzo, Biandi Guerrero, Gustavo Yasin, Mercedes De Sousa, Lucy Dagher*

La cirrosis hepática (CH) es una causa importante de mortalidad en Venezuela, exacerbada por la suspensión del programa de procura de órganos para trasplantes hepáticos. El objetivo fue identificar las principales causas de CH en la población venezolana. Se diseñó un estudio multicéntrico y retrospectivo que recopiló datos de 613 pacientes con CH, provenientes de nueve centros hospitalarios. Los resultados revelaron que las etiologías más prevalentes de CH en Venezuela fueron: Enfermedad Hepática Alcohólica (ALD): 171 casos (27,90%) y Esteatosis Hepática Asociada a Disfunción Metabólica (MASLD): 155 casos (25,29%), ambas significativamente prevalentes ( $p < 0,01$ ). Les siguieron en frecuencia; causas Autoinmunes (hepatitis autoinmune, colangitis esclerosante primaria y cirrosis biliar primaria): 87 casos (14,19%), MASLD y Alcoholismo (MetALD): 65 casos (10,60%), Causas Virales (hepatitis B y hepatitis C): 50 casos (8,16%), Criptogénica: 49 casos (7,99%) y otras Causas: 36 casos (5,87%). Respecto al género, los hombres mostraron una mayor prevalencia de CH debido a ALD, mientras que las mujeres presentaron una mayor frecuencia de CH por MASLD. Un dato crucial es que la mayoría de los pacientes (>50%) debutaron en estadios descompensados ( $p < 0,01$ ). En conclusión, la ALD y la MASLD son las principales causas de CH en Venezuela, con influencia del género y diagnóstico tardío de presentación. Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y diagnóstico precoz de la CH por ALD y MASLD en Venezuela.



46.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
CARACAS 2025



27.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA  
PEDIÁTRICA**  
11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## Ultrasonido e imágenes

### **HERNIA DIAFRAGMÁTICA SECUNDARIA A PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA IZQUIERDA REPORTE DE UN CASO**

*Rosalía Perazzo, María Ortiz*

La parálisis diafragmática unilateral izquierda puede provocar una hernia diafragmática, por la incapacidad del diafragma para contraerse adecuadamente y así mantener el estómago en su lugar, protruyendo a través de un defecto en el diafragma. Presentación del caso: femenina de 44 años con antecedente de miastenia gravis y timentomía. Con disnea a grandes esfuerzos que atenúa con reposo, concomitantes palpitaciones y dolor urente en epigastrio, moderada intensidad de 6 meses de evolución por lo que acude a consulta. Se solicitan estudios Radiografía de tórax y abdomen, observándose elevación del hemidiafragma izquierdo, y desplazamiento de asas intestinales hacia hemiabdomen izquierdo y tórax. TAC de tórax abdomen y pelvis disminución del volumen del hemitórax izquierdo, deslizamiento de la cámara gástrica hacia base pulmonar izquierda, hernia hiatal grado 3 mixta. La EDS reporta esofagitis grado A según Los Angeles, hernia diafragmática gigante y gastropatía erosiva antral. Se refiere a cirugía general donde previa evaluación por neurología, cardiología y neumología, se plantea diagnóstico de parálisis diafragmática izquierda. Es llevada a mesa operatoria con constatación de hallazgos. La paciente es sometida a toracotomía izquierda más plicatura diafragmática. Evoluciona satisfactoriamente y es egresada. Conclusión: La parálisis diafragmática causada por la parálisis del nervio frénico se manifiesta principalmente con disnea y, a menudo, se asocia con síntomas gastrointestinales. Su diagnóstico se apoya en estudios de imagen. El tratamiento puede variar desde manejo conservador hasta intervención quirúrgica, como la plicatura diafragmática. Palabras claves: parálisis diafragmática, hernia diafragmática, plicatura.

### **TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR A PROPOSITO DE UN CASO**

*Venus Villegas, Alismay Arenas*

El tumor del estroma gastrointestinal (GIST) hace referencia a tumores mesenquimales del tracto gastrointestinal. El estómago es la ubicación más frecuente seguido del Yeyuno/Íleon. La clínica varía según el tamaño y su localización, incluyendo sangrado digestivo, dolor abdominal y obstrucción intestinal. El diagnóstico implica la sospecha clínica, imágenes como la tomografía computarizada y endoscopia. La ultrasonografía endoscópica es crucial para identificar la capa de la pared afectada. Sin embargo el diagnóstico definitivo se basa en el examen histológico confirmando la positividad para CD-117. Se trata de una paciente femenina de 27 años de edad, con antecedentes de hemorragia digestiva superior en agosto del 2023, La misma refiere inicio de enfermedad actual de 4 meses de evolución caracterizado por presentar episodios de melena intermitente asociándose anemia moderada, motivo por el cual acude y se realiza Videogastropatía, donde se evidencia un tumor submucoso en cuerpo gástrico. La TAC Abdominal con doble contraste confirma su existencia. Se indica Ecoendoscopia + PAAF, que concluye con la presencia de tumor del Estroma Gastrointestinal (GIST) en ángulo Gástrico, de variedad Fusocelular. Es referida al servicio de Cirugía Oncológica para su resolución, el cual realizan Laparotomía Exploratoria, mas Gastrectomía Subtotal, Anastomosis Gastroyeyunal en Y de Roux y resección del mismo, posteriormente es dada



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

de alta, quedando en observación y seguimiento, sin necesidad de terapia adyuvante. El reporte de Inmunohistoquímica confirmó el diagnóstico del Tumor del Estroma Gastrointestinal de patrón fusiforme de grado intermedio (potencial maligno incierto). Palabras Claves: Tumor del Estroma Gastrointestinal (GIST), Hemorragia, Estomago.





**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES



## Resúmenes Posters

**46º Congreso Nacional de  
Gastroenterología  
Homenaje al Dr. Miguel Garassini**  
**27º Congreso Nacional de  
Gastroenterología Pediátrica**

11 al 13 de Septiembre de 2025  
Eurobuilding Hotel & Suites



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**



**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

## Educación Médica

### **DETECCIÓN MOLECULAR DE PATÓGENOS ENTÉRICOS POR MEDIO DE PANEL GASTROINTESTINAL FILMARRAY EN PACIENTES CON SÍNDROME DIARREICO AGUDO DEL CENTRO MÉDICO D**

*Claudia Pimentel, Ricardo Stocco, Leyda Aldana*

Introducción: Dada la prevalencia y consecuencias de los síndromes diarreicos, ha surgido la necesidad de contar con métodos diagnósticos rápidos, específicos y reproducibles para identificar su causa. En respuesta a esta necesidad, se han desarrollado paneles moleculares, como el panel de PCR FilmArray Gastrointestinal (GI). Este panel es capaz de detectar 22 patógenos bacterianos, virales y protozoarios directamente en muestras de heces en aproximadamente una hora, facilitando un diagnóstico rápido y preciso. Material y Métodos: El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, observacional, no experimental, de corte transversal, con un total de 45 pacientes. Resultados: Los patógenos entéricos detectados por medio del panel multiplex FilmArray, comprendieron bacterias en 66.66%, virus 8.88%, y parásitos 4.44%. el 13.33% tuvieron infecciones intestinales polimicrobianas, en donde se detectaron virus, bacterias, y parásitos simultáneamente. En el 6.66% no hubo detección de ningún patógeno. Así mismo se obtuvo una  $p > 0.05$  en cuanto a las distintas características macroscópicas evaluadas en el coproanálisis en relación a los grupos de germen evaluados. Conclusión: Nuestro estudio determinó que en nuestra población el grupo microbiano más frecuente causante de diarrea, fueron las bacterias, en donde la E. Coli productora de toxina shiga fue la mayormente reportada, así como también no se pudo demostrar que las características macroscópicas de las heces no está en relación con el tipo de patógeno causante del síndrome diarreico. Palabras clave: panel Filmarray, PCR, diarrea aguda.

### **ESTREÑIMIENTO CRÓNICO REFRACTARIO: SON LOS ESTUDIOS DE FISIOLÓGICA ANORRECTAL LA PIEZA FALTANTE EN EL ROMPECABEZAS DIAGNÓSTICO?**

*Sofía Montilla, Sergio Martínez, Peter pappe, Luis Angarita, Barbara Gonzales*

El estreñimiento crónico refractario es un desafío clínico, a menudo sin causa aparente tras las investigaciones convencionales. La disfunción del piso pélvico suele ser la clave, y las pruebas de fisiología anorrectal son esenciales para un diagnóstico preciso y un tratamiento eficaz. Presentamos dos casos que ilustran la importancia de estas herramientas: Caso 1: Paciente Femenina, 71 años con estreñimiento crónico alternado con aumento en el número de evacuaciones, 5 a 6 veces al día, estudios de imagen convencionales, ultrasonido, tomografía de abdomen e incluyendo la colonoscopia, no revelaron hallazgos significativos que explicaran la sintomatología. Ante la sospecha de disfunción del piso pélvico, se solicitó defecografía, la cual demostró una intususcepción rectal de 3 cm durante el esfuerzo evacuatorio. Este hallazgo, no evidente en estudios previos, fue crucial para el diagnóstico definitivo. Caso 2: Paciente Femenina, 17 años, adolescente con estreñimiento crónico y dificultad para evacuar, a pesar de un tránsito colónico normal, fue sometida a estudios avanzados. La manometría anorrectal mostró compliance rectal elevada, sugiriendo hiposensibilidad. La defecografía confirmó disfunción del piso pélvico y un rectocele menor de 4 cm. Estos hallazgos combinados permitieron un diagnóstico etiológico más completo. Ambos casos resaltan la importancia crítica de los estudios de fisiología anorrectal para identificar las causas subyacentes del estreñimiento crónico cuando las investigaciones convencionales no son



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**  
**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

suficientes. La información obtenida es fundamental para implementar estrategias terapéuticas dirigidas como la biorretroalimentación, optimizando los resultados clínicos.

### **LA CLASIFICACIÓN DE PARKLAND EN COLECISTECTOMÍA: LO QUE VEMOS LOS CIRUJANOS Y POR QUÉ LES IMPORTA A LOS GASTROENTERÓLOGOS.**

*Oriana Sanchez, Dimas Alviarez, Carlos Morante, Jesus Lima, Antonio Cardenas*

La colecistectomía es una intervención común, pero su complejidad puede variar drásticamente, especialmente en presencia de colecistitis aguda severa. La clasificación de Parkland es una escala visual intraoperatoria de la colecistectomía, se utiliza para categorizar la severidad de la inflamación y la necrosis, hallazgos que encontramos intraoperatoriamente en la vesícula biliar. Esta adaptación nos permite a los cirujanos cuantificar el daño y, crucialmente, comunicar la realidad patoanatómica directamente observada. Durante la cirugía se encuentra con una vesícula biliar que, por su grado de inflamación, podríamos describir como un "Parkland modificado" grado D o E. Esto se traduce en una vesícula con paredes significativamente engrosadas y friables, adherencias densas a órganos vecinos como el epiplón o el duodeno, y a menudo, la presencia de necrosis focal, perforación o colecciones purulentas en el lecho vesicular. Estos hallazgos no son meramente descriptivos; son predictores directos de la dificultad quirúrgica, del riesgo de conversión de una cirugía laparoscópica a abierta y de la probabilidad de complicaciones postoperatorias como fístulas biliares o abscesos. Para los gastroenterólogos, esta información es invaluable. Conocer la extensión de la patología vesicular in situ les permite afinar el manejo postoperatorio, anticipar la necesidad de procedimientos adicionales (como el drenaje de colecciones residuales), y ajustar las expectativas del paciente. Al integrar nuestra visión intraoperatoria con su experiencia clínica y endoscópica, se logra una comprensión integral de la enfermedad biliar aguda, optimizando el manejo del paciente.

### **LINFOMA NO HODGKIN PRIMARIO DE COLEDOCO: UN CASO INFRECLENTE.**

*Ricardo Stocco, Claudia Pimentel, Rosanny Rodriguez, Carlos Sanchez, Yolette Martinez, Jose Soto, Dervis Bandres, Raul monserat, Ruth Zambrano*

El linfoma no Hodgkin primario de vías biliares representa el 0.4% de los cáncer de este tipo extra ganglionares en el tracto gastrointestinal. Se comporta como un tumor de crecimiento exofítico extra luminal que comprime los conductos biliares. Puede producirse a cualquier nivel de la vía biliar y su diagnóstico se realiza mediante la anatomía patológica e inmunohistoquímica. Se manifiesta como un síndrome icterico obstructivo y el manejo del paciente será acorde a la presentación de los síntomas con presencia o ausencia de colangitis aguda. El tratamiento está basado de acuerdo al estadiaje según TNM y la resolución definitiva es la cirugía. A continuación se presenta el caso de un masculino 68 años de edad con presentación de ictericia obstructiva con colangitis aguda que fue tratado en dos tiempos con cirugía definitiva.

### **PANCREATITIS AGUDA RECURRENTE CON TROMBOSIS DEL EJE ESPLENOPORTAL SECUNDARIA A HIPERCALCEMIA POR HIPERPARATITORIDISMO. REPORTE DE UN CASO. HUC**

*Carmen Vázquez, Saturnino Fernández*

La pancreatitis aguda actualmente continúa siendo una de las urgencias abdominales más frecuentes cuyas causas siguen estando asociadas con eventos biliares o alcohólicos, representando entre el 80-90% de los casos; otras causas más raras, pero posibles es la



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**  
**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

relacionada con la hipercalcemia secundaria a hiperparatiroidismo que tiene una prevalencia del 1.5-8% y cuyo mecanismo fisiopatológico está relacionado con la pérdida del mecanismo regulador de paratohormona, la cual conduce a un estado de hipercalcemia que provoca la autodigestión de la glándula y favorece el depósito de calcio en los conductos pancreáticos. Presentamos el caso de un paciente masculino de 42 años de edad con antecedentes de pancreatitis aguda severa, recurrente e hipertensión portal no cirrótica, complicada con trombosis de la vena porta y esplénica en tratamiento con rivaroxaban. A quien se solicita anticoagulante lúpico que determina un estado de hipercoagulabilidad y paraclínicos control observándose hipercalcemia en múltiples oportunidades; así como, hipercalcemia. Por lo que se realiza US y perfil tiroideo que concluyen sin alteraciones. De igual manera, se solicita hormona paratiroidea y PTH INTACTA que reportan valores de 527,30 pg/ml y 636,40 pg/ml respectivamente, dando como respuesta la etiología de los episodios de pancreatitis. La pancreatitis aguda por hipercalcemia secundaria a hiperparatiroidismo primario es infrecuente; sin embargo, cuando ocurre se asocia a pancreatitis severa. Su sospecha es en pacientes con elevación sostenida de calcio y paratohormona cuando se han descartado otras causas frecuentes.

## Endoscopia

### **CAUSA INUSUAL DE DISFAGIA: MIGRACIÓN INTRALUMINAL A ESÓFAGO DISTAL DE MALLA MARLEX(R) POSTERIOR A HIATOPLASTIA. REPORTE DE UN CASO.**

*María Isabel Ramírez López, Carlos Gainza Carrillo, José Di Giorgio*  
[infopacientesgastro@gmail.com](mailto:infopacientesgastro@gmail.com)

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico de la hernia hiatal pueden suceder en menos del 9% de pacientes según la sociedad Americana de cirugía. Presentamos un caso de disfagia secundaria a obstrucción parcial esofágica asociada a migración de malla Marlex instalada en un procedimiento de hiatoplastia para corrección de Hernia hiatal tipo II grado II, en una paciente femenina de 63 años de edad. El procedimiento practicado incluyó la reducción de la hernia mediante Hiato-plastia y reforzamiento con malla Marlex, amoldada alrededor del hiato esofágico y fija a Pilares del diafragma mediante sutura. Dos años más tarde consulta con disfagia progresiva, dolor torácico y pérdida de peso. Mediante endoscopia digestiva superior, se identifica cuerpo extraño en tercio distal del esófago que ocupa el 90% de la luz y dificulta el paso del instrumento. Previa discusión del caso, se decide resolución endoscópica mediante el uso de instrumental avanzado cirugía endoscópica lográndose corte y extracción del material impactado con posterior recuperación Ad integrum del Tránsito esofágico sin complicaciones inmediatas ni tardías.

### **COLANGIOPATÍA HIPERTENSIVA PORTAL POR TRANSFORMACIÓN PORTAL CAVERNOMATOSA DE ORIGEN NO CIRRÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

*Bryan Blanco, María Velasquez.* [bryanblanco359@gmail.com](mailto:bryanblanco359@gmail.com)

La colangiopatía hipertensiva portal hace referencia a anomalías colangiográficas que se producen en pacientes con cavernomatosis portal, cursando con enfermedad biliar sintomática. Se trata de paciente masculino de 15 años de edad, con antecedente de enfermedad vascular portosinusoidal y cavernomatosis portal desde los 2 años de edad secundario a onfaloclisia, y Enfermedad celiaca diagnosticada a los 6 años de edad bajo el contexto de síndrome diarreico crónico y pérdida de peso con gen HLA DQ8 POSITIVO. quien refiere IEA Octubre 2024, presentando dolor abdominal en hipocondrio



46.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
CARACAS 2025

27.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA  
PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

derecho, ICTERICIA y coluria, diciembre 2024, por lo que acude a HDL, examen físico TA90/60mmHg FC 98LPM sat98% a a, peso 35kg, ictericia cutaneomucosa acentuada, Abdomen distendido, asimétrico, con red venosa colateral, con matidez en hemiabdomen izquierdo dado por esplenomegalia no dolorosa, Boyd IV, resto del abdomen blando, depresible sin dolor, Glóbulos blancos 1.8xmm<sup>3</sup> Neutrófilos/Linfocitos 64%/36 % Plaquetas 69.000xmm<sup>3</sup> VSG 63mms TGO/TGP 140mg/dl-220 mg/dl BT 61 mg/dl D:40 Ind:21 mg/dl GGT 700ul ALP 687U/L AST 692U/L Proteínas totales 6.9g/dl alb 2.1 USA con hallazgo CEH: por dilatación de vías biliares intrahepáticas, EDS con reporte de VARICES ESOFÁGICAS PEQUEÑAS SIN SIGNOS DE RIESGO y GASTROPATÍA PORTAL LEVE. además EDI con varices rectales, se realiza COLANGIORESONANCIA Con extensa dilatación y tortuosidad de vía biliar intrahepática, apreciándose amputación del conducto coledoco a nivel del hepático común, se realiza CPRE con evidencia de ESTENOSIS A NIVEL DE LA CONFLUENCIA DE LOS HEPÁTICOS-DILATACION DE VIAS BILIARES INTRAHEPATICAS-con compresión extrínseca del colédoco distal y dilatación de la vía biliar extra e intrahepática, realizándose tratamiento con papilotomía y Prótesis biliar plástica, con mejoría clínica, y de parámetros bioquímicos. La Ictericia colestásica secundaria a biliopatía hipertensiva portal es una entidad en sujetos con enfermedad vascular portosinusoidal y su presentación es inusual.

### **DOBLE PÍLORO: COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE LA ENFERMEDAD ÚLCERO PÉPTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO. / HGV**

*Mariant Maldonado Díaz, Marisela Díaz*

El doble píloro es definido como una afección gastrointestinal adquirida e infrecuente que se genera como consecuencia de la creación de un trayecto fistuloso entre el antro gástrico y el bulbo duodenal, en el contexto de una mala cicatrización de una úlcera gástrica o duodenal debido a poca adherencia a tratamientos antisecretores y/o antiulcerosos, al uso de medicamentos ulcerogénicos y a la pre existencia de enfermedades sistémicas. Caso clínico: paciente femenino de 65 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y consumo crónico de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) por discopatía lumbar, quien consulta con clínica de epigastralgia, reflujo gastroesofágico y un episodio de hematemesis rojo vinoso de escasa cuantía. Se realiza gastroscopia evidenciando úlcera gigante Forrest III en antro gástrico, con reporte histológico compatible con gastritis crónica activa multifocal por *Helicobacter pylori*, por lo que se indica tratamiento antiulceroso, antisecretor y terapia triple para *Helicobacter pylori*, el cual no cumplió de forma satisfactoria. A las 12 semanas se realiza gastroscopia control evidenciando Fístula gastroduodenal: doble píloro. Discusión: el doble píloro adquirido es complicación infrecuente que se presenta en pacientes con antecedente de enfermedad ulcero péptica asociado a mala adherencia al tratamiento, enfermedades sistémicas, uso de fármacos ulcerogénicos y/o infección por *Helicobacter pylori*. Conclusión: la enfermedad ulcero péptica es una patología gastrointestinal frecuente sin embargo el doble píloro es una complicación infrecuente de esta enfermedad como consecuencia de una cicatrización inadecuada de las úlceras. Palabras clave: doble píloro, fístula gastroduodenal, enfermedad ulcero péptica.



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**



**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

## **ENDOMETRIOSIS PROFUNDA CON IMPLANTACION GÁSTRICA: REPORTE DE CASO**

*Alfredo Monsalve, Vanessa Ruiz*

Introducción: La endometriosis se caracteriza por la implantación de tejido endometrial en órganos intrapélvicos y en órganos a distancia. Está presente hasta en un 10% de las mujeres en edad fértil a partir de los 30 años. La implantación en tejido distante: urinario, respiratorio y gastrointestinal se define como endometriosis profunda, siendo excepcionalmente infrecuente la implantación gástrica. Clínicamente se manifiesta según sus sitios de implantación, pudiendo presentarse con sintomatología similar al síndrome de intestino irritable, síntomas dispépticos o urinarios de existir implantes colónicos, gástricos o urinarios respectivamente. Caso Clínico: Femenino de 42 años de edad quien consulta por cuadro clínico de 7 años de evolución dado por dolor epigástrico urente con saciedad precoz y distensión postprandial de curso intermitente y cíclico en relación al ciclo menstrual. A su evaluación no presenta hallazgos clínicos significativos. Cuenta con estudios endoscópicos previos, gastroscopias que reporta gastroduodenitis erosiva severa y colonoscopias que reportan probable colitis infecciosa. Adicionalmente tomografía computarizada que sugiere probable área de endometriosis. Ante persistencia de síntomas y exacerbación de dolor abdominal se decide realizar gastroscopia de control evidenciando lesiones compatibles con pangastropatía erosiva y lesión en cuerpo gástrico de coloración rojiza-violacea y aspecto de islote. Se toma biopsia a dichas lesiones evidenciando áreas con cúmulos de hemosiderina y la presencia de glándulas de tejido endometrial con presencia de coágulos compatible con endometriosis.

## **LINFOMA NO HODGKIN PRIMARIO DE COLEDOCO: UN CASO INFRECUENTE.**

*Ricardo Stocco, Claudia Pimentel, Rosanny Rodriguez, Carlos Sanchez, Yolette Martinez, Jose Soto, Dervis Bandres, Raul monserat, Ruth Zambrano*

El linfoma no Hodgkin primario de vías biliares representa el 0.4% de los cáncer de este tipo extra ganglionares en el tracto gastrointestinal. Se comporta como un tumor de crecimiento exofítico extra luminal que comprime los conductos biliares. Puede producirse a cualquier nivel de la vía biliar y su diagnóstico se realiza mediante la anatomía patológica e inmunohistoquímica. Se manifiesta como un síndrome icterico obstructivo y el manejo del paciente será acorde a la presentación de los síntomas con presencia o ausencia de colangitis aguda. El tratamiento está basado de acuerdo al estadiaje según TNM y la resolución definitiva es la cirugía. A continuación se presenta el caso de un masculino 68 años de edad con presentación de ictericia obstructiva con colangitis aguda que fue tratado en dos tiempos con cirugía definitiva.

## **MANEJO ENDOSCOPICO EN HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA POSTQUIRURGICA EN PACIENTE PORTADOR DE ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND.**

*Ricardo Stocco, Claudia Pimentel, Rosanny Rodriguez, Carlos Sanchez, Jose Soto, Dervis Bandres, Raul Monserat*

La hemorragia digestiva inferior se define en la actualidad como aquel sangrado que se origina distal a la válvula ileocecal. Se clasifica en aguda o crónica según los días de presentación con limite en 3 días. Existen factores predisponentes de sangrado que incluyen trastornos de la coagulación. La enfermedad de Von Willebrand es una enfermedad autosómico dominante ligado al cromosoma doce. Se presenta en menos del 0.6% de la población mundial produciendo una alteración en la adhesión y agregación plaquetaria en el sitio de lesión vascular. En el contexto del paciente en el postoperatorio



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**  
**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

puede manifestarse como sangrados inmediatos o tardíos durante el proceso de cicatrización que generalmente requerirán una intervención médica para lograr la hemostasia. A continuación se presenta el caso de un paciente masculino de 46 años con diagnóstico de enfermedad de Von Willebrand con sangrado tardío postoperatorio que fue manejado multidisciplinariamente con medidas médicas y endoscópicas que lograron la hemostasia y mejoría del paciente.

### **MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE DE COLEDOCO TIPO III: UN DIAGNOSTICO OLVIDADO CON RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA**

*Ricardo Stocco, Claudia Pimentel, Rosanny Rodriguez, Carlos Sanchez, Yolette Martinez, Jose Soto, Dervis Bandres, Raul monserat*

La dilatación anormal en la estructura de los conductos biliares en forma quística fue clasificada por Todani en 1977. La fisiopatología exacta del mecanismo de producción aun es desconocida y pareciera no ser igual en adultos que en poblaciones pediátricas. Es importante el adecuado manejo de estas entidades en vista que tienen riesgo de litiasis coledociana, pancreatitis o transformación maligna en forma de colangiocarcinoma o cáncer de vesícula. Sin embargo, las tasas de incidencia y prevalencia en adultos no están claras y no siguen el patrón de los pediátricos. Es más frecuentes en mujeres en proporción 1:4 salvo en el colédococele que no respeta este patrón. A continuación se presenta el caso de una paciente femenina de 26 años en quien se hace el diagnóstico por crisis recurrentes de pancreatitis aguda y se realiza un abordaje terapéutico endoscópico alternativo.

### **NEUMATOSIS COLI SECUNDARIA A COLITIS AMEBIANA: REPORTE DE UN CASO.**

*María Isabel Ramírez López, Carlos Gainza Carrillo*

La neumatosis quística intestinal es un hallazgo poco frecuente. Descrita como presencia de burbujas de aire en la pared intestinal, es considerada una afección de resolución espontánea pero en casos aislados, se han descrito complicaciones severas. Presentamos el caso de un paciente de 63 años de edad, quien consulta con dolor abdominal intenso, localizado en flanco izquierdo, acompañado de hematoquecia, distensión abdominal y malestar general. Como hallazgo endoscópico se encuentra en colon sigmoide disminución de calibre concéntrica, con ulceraciones múltiples de aspecto eritematoso y tamaño variable, alternadas con áreas mucosa sana. Adicionalmente se evidencia presencia de múltiples protuberancias redondeadas de tamaño variable, que ocupan toda la luz, de consistencia blanda al palparlas con la pinza de biopsia. Dichas lesiones se extienden hasta colon descendente donde destacan sobre áreas mucosa de aspecto normal. En estudio de extensión Tomografía abdominal contrastada mostró engrosamiento de la pared colónica y múltiples burbujas de aire en la submucosa, sin extravasación de medio de contraste, localizadas principalmente en las paredes del colon descendente y sigmoide. La histopatología concluyó con diagnóstico de úlceras por Entamoeba histolytica. Posterior a manejo médico, presenta excelente evolución clínica y Colono - ileoscopia control 8 semanas después: sin hallazgos patológicos.



46.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
CARACAS 2025

27.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA  
PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## **PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO AVANZADO CON COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

*Bryan Blanco, María Velasquez, Yuraima De Andrade*

El cáncer gástrico avanzado rara vez se asocia con CID que resulta en un pronóstico sombrío. La CID ha sido descrita como manifestación del cáncer, fundamentalmente en neoplasias hematológicas como linfoma no Hodgkin de alto grado, pulmón, ovario, próstata y tumores digestivos, principalmente páncreas, hígado y excepcionalmente de estómago. La tasa de incidencia de la CID es de 1,6% en los pacientes con cáncer gástrico avanzado. Presentamos un caso que evolucionó rápidamente a CID, y la neoplasia gástrica subyacente no era evidente en el momento de la evaluación diagnóstica inicial. Paciente femenino de 62 años, que ingresa a nuestro servicio por síndrome constitucional, náuseas y vómitos postprandiales persistentes de inicio insidioso y curso progresivo, además pérdida de 10 kg de peso en 1 mes de evolución. Examen físico paciente en RSCSGS, deshidratada, TA 110/70 mmHg, FC 98 LPM/min, con palidez cuateneomucosa acentuada. Laboratorio, HGB 6.5 g/dl, GB 4700/mm<sup>3</sup> y PLT 64.000/mm<sup>3</sup>. La PCR fue de 238 mg/l. Las Pruebas de función hepática mostraron proteínas totales de 6.9 g/dl, bilirrubina total de 1.6 mg/dl, AST de 50 U/L y ALT de 31. Las pruebas de coagulación revelaron INR 2, D-Dímero 27,09 mcgr/ml (normal  $\leq 0.5$  ng/ml), fibrinógeno 150 mg/dl y el nivel de LDH 1745 U/L. La EDS reporta TU gástrico borrmann IV en cuerpo con extensión a bulbo y segunda porción que condiciona estenosis, la biopsia reporta un adenocarcinoma moderadamente diferenciado, infiltrante ulcerado, la tac de toracoabdominal fue compatible con neoplasia gástrica, lesiones mt hepática y linfagitis carcinomatosa se diagnosticó cáncer gástrico con metástasis hepática y pulmonar.

## **SÍNDROME DE OSLER-WEBER-RENDU: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**

*Bryan Blanco, María Velasquez, Yuraima de Andrade*

Paciente masculino de 77 años de edad sin antecedentes familiares de importancia que ingresó al hospital por cuadro de vómito en borra de café y evacuaciones melénicas. Refería astenia y a la exploración física presentaba palidez en piel y mucosas, así como telangiectasias faciales peribucales. El paciente tenía antecedentes de epistaxis de repetición, cuadros frecuentes de hematuria, además de úlcera duodenal y anemia ferropénica crónica, por lo que se había indicado tratamiento con hierro oral en repetidas ocasiones. A la exploración física también se reconocieron múltiples dilataciones vasculares en el anverso de la lengua, En los exámenes de laboratorio destacaban la hemoglobina de 4.8 g/dL, el hematocrito de 15.1%. En la gastroscopia se evidenciaron lesiones angiodisplásicas en fondo, bulbo y tercera porción del duodeno. Se estableció el diagnóstico de enfermedad de Osler-Weber-Rendu, según los criterios de Curazao (tres o más): epistaxis de repetición, telangiectasias cutáneas, lesiones vasculares viscerales y antecedentes familiares. Dicha enfermedad es un padecimiento congénito de transmisión autosómica dominante y afecta a los genes de endoglin, ALK-1 o SMAD-4. El tratamiento consistió en coagulación con argón de las lesiones, transfusión de 03 unidades de concentrado globular y la infusión de tres dosis de 200 mg de hierro intravenoso. El paciente fue dado de alta en condiciones estables.



46.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
CARACAS 2025

27.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## **SUPERPOSICION INTESTINO IRRITABLE Y ENDOMETRIOSIS PROFUNDA: REPORTE DE CASO**

*Alfredo Monsalve, Vanessa Ruiz*

Introducción: La endometriosis se caracteriza por la implantación de tejido endometrial en órganos intrapélvicos y en órganos a distancia. Está presente hasta en un 10% de las mujeres en edad fértil a partir de los 30 años. La implantación en tejido distante: urinario, respiratorio y gastrointestinal se define como endometriosis profunda. Clínicamente se manifiesta según sus sitios de implantación, pudiendo presentarse con sintomatología similar al síndrome de intestino irritable con intervalos cíclicos en relación al ciclo menstrual. Adicionalmente se ha descrito la superposición de ambas entidades por mecanismos que potencian la hipersensibilidad visceral y la disbiosis intestinal. Caso Clínico: Femenino de 42 años de edad quien consulta por cuadro clínico de 7 años de evolución dado por deposiciones Bristol 7 durante 3 días, asociados a dolor abdominal de tipo cólico a predominio de fosas iliacas de manera cíclica con alivio post defecatorio en relación al ciclo menstrual, sin respuesta a tratamientos antiparasitarios. Cuenta con estudios endoscópicos previos, gastroscopias que reporta gastroduodenitis erosiva severa y colonoscopias que reportan probable colitis infecciosa. Adicionalmente tomografía computarizada que sugiere probable área de endometriosis. Se realiza colonoscopia refiriendo mejoría clínica significativa posterior a la preparación colónica. En dicho estudio se evidencian lesiones rojizas-violáceas con forma de islote en ciego y a nivel de colon transverso. Se toman biopsias evidenciando glándulas endometriales con formas de coágulos compatibles con endometriosis. Paciente logra mejoría clínica sostenida, Se decide manejo posterior con Rifaximina, Hioscina, Oxazepam y Probióticos en caso de reagudización de clínica.

## **ENTERITIS PARASITARIA POR ÁSCARIS LUMBRICOIDES: EL PAPEL DE LA VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA. REPORTE DE UN CASO.**

*Claudia Pimentel, Ricardo Stocco, Carlos Sanchez, Rosanny Rodriguez, Nathalie Méndez, José Soto*

Se trata de una paciente de 64 años con un historial de seis meses de dolor abdominal, tipo cólico, difuso y diarrea sin moco ni sangre, con 2-3 evacuaciones diarias. La sintomatología se agudizó con vómitos alimentarios que progresaron a biliosos y, finalmente, marrones, junto con intolerancia a la vía oral, lo que motivó su ingreso en Centro Médico Docente la Trinidad. A pesar de los hallazgos en la emergencia de leucocitosis con neutrofilia, el ultrasonido abdominal fue normal y no hubo criterios quirúrgicos, lo que llevó a una interconsulta con gastroenterología. Durante la evaluación por nuestro servicio, la persistencia del dolor y un nuevo episodio emético de contenido marrón (sugestivo de material intestinal) nos hizo sospechar un cuadro más complejo. La tomografía abdominopélvica con doble contraste fue clave, revelando engrosamiento de las paredes de las asas delgadas con alteración de la grasa mesentérica y una imagen tubular endoluminal en el íleon de 4 mm de grosor. Con estos hallazgos, se hospitalizó a la paciente bajo el diagnóstico de enteritis por infestación parasitaria, complicada con intolerancia a la vía oral. Se inició tratamiento con albendazol, considerando la posibilidad de *Áscaris lumbricoides*. Tras 48 horas, los síntomas disminuyeron y la paciente toleró la vía oral. Se administró polietilenglicol para facilitar la expulsión de los parásitos, con la eliminación de restos grisáceos. Para confirmar la expulsión completa y descartar otras patologías, se realizó una videocápsula endoscópica, que confirmó la presencia de *Áscaris*



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**  
**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

lumbricoides intraluminal sin otras alteraciones significativas. Una nueva dosis de laxante logró la expulsión total del parásito, y la paciente se encuentra actualmente asintomática. Este caso resalta la importancia de una evaluación exhaustiva y el uso de herramientas diagnósticas avanzadas ante síntomas abdominales crónicos, incluso cuando los hallazgos iniciales son inespecíficos.

### **MAS ALLA DEL RIÑÓN : METASTASIS METACRONICA EN PANCREAS POR CARCINOMA RENAL DE CELULAS CLARAS, CMDLT**

*Rosanny Rodriguez, Carlos Sanchez, Raul Monserat, Claudia Pimentel, Ricardo Stocco, Dervis Bandres, Jose Soto, Nathaly Mendez*

Se trata de paciente masculino de 65 años de edad , quien inicia enfermedad actual en Agosto del 2019 presentando dolor de moderada intensidad en cuadrante superior izquierdo del abdomen , astenia, hiperoxia, pérdida de peso de mas de 10 kg, por lo que acude a la consulta y posterior a valoración se ingresa .Antecedentes de importancia del paciente TU renal izquierdo, monoreno quirúrgico hace 25 años , alergia a los AINES y al Iodo, Fractura en cuerpos vertebrales de T4-T5. Al examen físico presentaba dolor en hipocondrio y flanco izquierdo sin irritación peritoneal. Se realiza resonancia magnética abdominal en la cual se evidencia en su corte axial en secuencias ponderadas en T2 dilatación del conducto de Wirsung, en secuencias ponderadas en T1 donde se observa en cuello de páncreas lesión con hiperrealce arterial con marcada restricción a la difusión , se toma biopsia guiada por tomografía obteniendo tres cilindros con hallazgos de lesión tumoral en cuerpo de páncreas :Carcinoma invasivo con patrón de células claras moderadamente diferenciado con inmunohistoquímica que reporta Citoquina 7 y 8 AE 1-3 positivo, Ca renal positivo, CD10 positivo. Diagnósticos de carcinoma de células claras metástasis, se le realiza tratamiento quirurgico de pancreatectomía corporocaudal mas esplenectomía, con resolución satisfactoria

### **MESENTERITIS ESCLEROSANTE A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. CMDLT**

*Rosanny Rodriguez, Carlos Sanchez, Raul Monserat, Claudia Pimentel, Ricardo Stocco, Dervis Bandres, Jose Soto, Nathaly Mendez*

Femenino de 25 años de edad , quien consulta por presentar dolor abdominal tipo cólico de fuerte intensidad acompañado de distensión abdominal, estreñimiento y náuseas con antecedentes de postoperatorio tardío de Apendicetomía, 4 meses antes, complicada con fuga de muñón apendicular, que ameritó reintervención. cambios de patrón de evacuatorio, consistentes en estreñimiento y dolor abdominal y Pólipo de vesícula biliar, a la evaluación presento dolor abdominal en hemiabdomen derecho, se le realiza tomografía con evidencia de disminución de calibre en íleon terminal , por lo que realizan colonoscopia con evidencia de área estenótica con disminución de la luz del 80% que impedía el paso del equipo por lo que se realiza planteamiento de EII vs linfoma y se realiza toma de biopsia con hallazgos histológicos sin cambios en la mucosa sugestivos de EII y se aprecia proliferación de células redondas de tejido linfóide con presencia de centros germinales de aspecto reactivo sin embargo no se descartaba lesiones más profundas en la muestra biopsiada . Se realiza posterior dilatación de estenosis en íleon terminal con balón sin resultados satisfactorios, por lo que se realiza enterotomografía con evidencia de engrosamiento de la pared del íleon distal, con importante disminución de la luz, en vista de estenosis refractaria realizan intervención quirúrgica de hemicolectomía derecha con hallazgos histopatológicos de pared de intestino delgado con proliferación de tejido fibroconectivo de aspecto pseudonodular con proliferación de



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**  
**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

células fusiformes sin atipia con inmunohistoquímica positiva para Beta catetina y actina de musculo liso y hallazgos complatiples para mesenteritis

### **REPORTE DE CASO: TUMOR NEUROENDOCRINO DE PAPILA DUODENAL**

*Carlos Sánchez, Rosanny Rodríguez, Luis Raúl Monserat, Claudia Pimentel, Ricardo Stocco, Dervis Bandres, José Roberto Soto*

Los tumores neuroendocrinos, son neoplasias heterogéneas, bastante infrecuentes, derivados de células neuroendocrinas disperso por el sistema gastrointestinal, siendo en orden de frecuencia de aparición los tumores del intestino delgado, los primeros. A su vez, los tumores neuroendocrinos de la papila mayor son entidades aún más raras e infrecuentes. El pilar fundamental en el diagnóstico del mismo es la histología y la inmunohistoquímica, siendo la terapéutica la indicación de la resección del tumor, bien sea endoscópica o quirúrgica. Se presenta el caso de un paciente masculino de 61 años de edad, con hallazgos endoscópicos a quien se reseca lesión y se estudia su histopatología e inmunohistoquímica, concluyéndose como tumor neuroendocrino de papila duodenal Grado 1.

### **SANGRADO DIGESTIVO OSCURO A PROPOSITO DE UN CASO**

*William Folkmanas, Rosalba Casanova, Carla Dias, Ruggiero Vacca*

En la actualidad el término sangrado digestivo oscuro se reserva para aquellas situaciones clínicas donde no ha sido posible identificar el origen del mismo, posterior a una evaluación exhaustiva del tubo digestivo superior, inferior y del intestino delgado mediante técnicas endoscópicas como la capsula endoscópica, la enteroscopia asistida por dispositivos e imágenes radiológicas y que frecuentemente puede representar un origen fuera del intestino delgado

### **SINDROME DE BOUVERET, OBSTRUCCION DUODENAL DE ORIGEN BILIAR: A PROPOSITO DE UN CASO**

*Bryan Blanco, Maria Velasquez, Yorbell Mendoza, Laura Peña*

Femenino de 78 años, antecedentes de hipertension arterial y litiasis vesicular múltiple. Presentó dolor abdominal cólico en epigastrio, irradiado a hipocondrio derecho (intensidad moderada-severa), asociado a náuseas y vómitos persistentes sin mejoría con antiespasmódicos. Tras 24 horas, el dolor disminuye pero persiste sensación de plenitud precoz y vómitos posprandiales tardíos. Al evaluarla, hemodinamicamente estable: Abdomen globoso, doloroso a la palpación en epigastrio, mesogastrio e hipocondrio izquierdo. Signo de bazuqueo positivo. Sin signos de irritación peritoneal. Se realizó: ultrasonido abdominal: Litiasis vesicular múltiple y endoscopia digestiva alta: - Duodeno: Mucosa edematizada con cálculo biliar impactado (3 cm aproximadamente) en bulbo, ocupando >80% de la luz, con 3 cálculos menores móviles. Imposible progresar a segunda porción. Extracción endoscópica fallida (asa y cesta dormia) - Estómago: Gastropatía erosiva (antro y cuerpo), píloro permanentemente abierto. Diagnósticos planteandos: 1. Síndrome de Bouveret 2. Litiasis vesicular multiple. 3. Gastropatía erosiva biliar. El síndrome de Bouveret obstrucción duodenal por cálculo impactado vía fístula bilioentérica, representa 2-3% de los íleos biliares. Es una causa rara de obstrucción gastrointestinal alta, con alta morbilidad. Afecta principalmente a mujeres mayores con comorbilidades. Su presentación inespecifica retrasa el diagnóstico. El manejo requiere enfoque multidisciplinario (endoscópico/quirúrgico), según tamaño del cálculo y experiencia del centro.



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**



**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

## **ESTENOSIS ESOFAGICA SEVERA POR PAPILOMA ESCAMOSO ESOFAGICO (PEE). A PROPOSITO DE UN CASO. HCTG**

*Alfredo Yendys, Vanesa Gomez, Keimer Rivas*

Introducción: El papiloma escamoso esofágico (PEE) es una lesión benigna infrecuente, generalmente asintomática y de pequeño tamaño. La estenosis esofágica severa secundaria a PEE es una complicación extremadamente rara, con solo una veintena de casos de papilomatosis extensa con estenosis reportados globalmente. Presentamos un caso excepcional que desafía las características típicas del PEE. Descripción del Caso: Paciente femenina de 81 años, con antecedentes de hipertensión y tabaquismo, que desarrolló disfagia progresiva. La endoscopia digestiva superior reveló una estenosis total del esfínter esofágico inferior (EEI) con hallazgos compatibles con PEE. La histopatología confirmó PEE. Notablemente, los estudios serológicos mostraron VDRL positivo y la inmunohistoquímica fue positiva para VPH. Discusión: Este caso es único por la combinación de estenosis total del EEI causada por PEE, la edad avanzada de la paciente (significativamente mayor que el promedio de diagnóstico de PEE), y la coexistencia de VDRL positivo y VPH. La esofagitis sifilítica es una entidad excepcionalmente rara, que típicamente se presenta como úlceras y no se ha asociado directamente con papilomas estenosantes. La presencia de VPH podría sugerir una mayor proliferación del papiloma. Este caso subraya la complejidad etiopatogénica, posiblemente multifactorial, y la presentación atípica del PEE. Conclusión: Este reporte destaca una manifestación inusual y severa de PEE, exacerbada por la edad avanzada y la coexistencia de VPH y sífilis. La estenosis esofágica total por PEE es un evento clínico de extrema rareza. Este caso enfatiza la necesidad de considerar el PEE en el diagnóstico diferencial de estenosis esofágicas severas y la importancia

## **MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE UNA PERFORACIÓN ESOFÁGICA, COMPLICADA CON ABSCESO RETROFARÍNGEO. HDL.**

*Armado Lugo, Yorbell Mendoza, Eliana Brizuela*

La perforación esofágica es una emergencia médico-quirúrgica grave, caracterizada por la ruptura de la pared esofágica, frecuentemente secundaria a traumatismos (ingesta de cuerpos extraños), enfermedades subyacentes (neoplasias) o causas iatrogénicas. Presentamos el caso de un masculino de 45 años de edad, sin antecedentes patológicos relevantes, quien consultó por odinofagia de 8 días de evolución tras la ingesta de un cuerpo extraño (espina de pescado). Al ingreso en nuestro servicio (HDL), se reportó fiebre y exacerbación del dolor. La endoscopia digestiva superior reveló un orificio de 15 mm a 17 cm de la arcada dentaria, con bordes eritematosos y secreción purulenta. El servicio de cirugía general procedió a intervención quirúrgica, identificando 280 cc de líquido purulento en cavidad retrofaríngea. Se realizó lavado, aspiración y cierre primario del defecto esofágico. El paciente evolucionó favorablemente tras el procedimiento. El diagnóstico final fue perforación esofágica complicada con absceso retrofaríngeo. Este caso resalta la importancia de un diagnóstico temprano mediante evaluación clínica y estudios endoscópicos, así como un manejo multidisciplinario oportuno que integre gastroenterología y cirugía. La detección y tratamiento rápidos son cruciales para mejorar el pronóstico y reducir complicaciones en esta patología de alta morbimortalidad.



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**  
**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

## **RELACIÓN ENTRE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI Y LA APARICIÓN DE PÓLIPOS ADENOMATOSOS EN COLON/ DRA. ISABELLA ZULOAGA / HOSPITAL CARLOS J. BELLO***Isabella Zuloaga*

gástricas, pero investigaciones recientes sugieren una conexión con enfermedades extragástricas, incluyendo los pólipos adenomatosos colorrectales. Este estudio retrospectivo analizó historias clínicas del Hospital Carlos J. Bello (enero 2023-enero 2025) para explorar la asociación entre la infección por *H. pylori* y la presencia de pólipos adenomatosos en el colon. De la cohorte estudiada (n= 71), 15 pacientes presentaron ambas condiciones, 23 tuvieron pólipos sin *H. pylori*, 3 con *H. pylori* no mostraron pólipos, y 30 no tuvieron ninguna. El Odds Ratio (OR) calculado fue de 3.8, indicando que los pacientes con infección por *H. pylori* tuvieron casi cuatro veces más probabilidades de presentar pólipos adenomatosos en el colon. Este hallazgo concuerda con la literatura existente que vincula *H. pylori* con un mayor riesgo de pólipos colorrectales. Los mecanismos propuestos incluyen hipergastrinemia crónica, inflamación sistémica y alteración de la microbiota intestinal. A pesar de las limitaciones del diseño retrospectivo, el tamaño de la muestra y la falta de control de factores de confusión, los resultados refuerzan la hipótesis de que *H. pylori* podría influir en el desarrollo de lesiones preneoplásicas colónicas. Se requiere investigación prospectiva a gran escala para confirmar esta asociación y explorar sus mecanismos, lo que podría tener implicaciones futuras en las estrategias de cribado y prevención del cáncer colorrectal.

## **Gastroenterología Pediátrica**

### **ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS EN ADOLESCENTE, UN ALERTA EN DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO. CASO CLÍNICO.**

*Dassy Sanabria , Libia Alonso , Karolina López , Rosalía Perazzo , Dianora Navarro*

Introducción: El dolor abdominal crónico recurrente en adolescentes puede ser un síntoma preocupante requiriendo una evaluación cuidadosa para determinar su origen y manejo adecuado. Caso clínico: adolescente masculino 15 años, con la condición de Autismo con epigastralgia recurrente y múltiples tratamientos sintomáticos, de dos años de evolución. Laboratorio general no contribuyente. Se realiza ecografía abdominal-doppler: hígado aumentado con múltiples imágenes ecomixtas hiperecogénicas que captan Doppler, aspecto metástasis. Páncreas: cola hiperecogénica de 3.1\*4.3cm cabeza: 2.7cm cuerpo: 2.8cm Citología de líquido ascítico negativo. Tomografía de tórax, abdomen y pelvis se reporta una masa tumoral en cuerpo y cola de páncreas de naturaleza neoproliferativa, trombosis de la vena esplénica, hepatomegalia, pulmón con lesiones infiltrativas nódulos en vidrio deslustrado subpleurales. Los marcadores tumorales: C19-9:2UL/ML Alfafetoproteína:3.67.ng/ml CEA: 99.20ng/ml durante la evolución hemoglobina 11,4gr/dl; alanino-aspartato aminotransferasas 90.6UI/L y 88UI/L. Conclusión: La evaluación integral con empleo de ultrasonido abdominal es mandatorio en todo paciente con dolor abdominal crónico para identificación de patologías subyacentes y permite la instauración de un tratamiento adecuado y oportuno.



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**



**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

### **COLITIS EOSINOFÍLICA A PROPÓSITO DE UN CASO. SDHUPAZ**

*Maryeliz Carolina Delgado Hernández, Laura Milena Arévalo Pastran, Alis Liliana Lizcano Quintero, Rosnerys Andrelis Montero Rojas, Margarita del Valle Vasquez Fernández, Yubisay Rosendo Villamizar, Daniel Alfonso Villalobos Matos*

Introducción: Los desórdenes eosinofílicos gastrointestinales son entidades infrecuentes, descritas por Kaijser en 1937. Grupo heterogéneo de trastornos gastrointestinales, etiopatogenia poco clara, afecta a niños y adultos, caracterizada por presencia de infiltrado eosinofílico, de uno o múltiples segmentos desde esófago hasta recto, con síntomas condicionados por grado de infiltración eosinofílica en pared, número de capas afectadas y segmento del tracto gastrointestinal implicado. Se presenta caso de paciente de 11 años de edad intervenido por clínica de abdomen agudo sugestivo de apendicitis aguda; hallazgos operatorios: ciego aumentado de tamaño (7cm x 8cm x 6cm), paredes engrosadas, consistencia dura, friable, íleon terminal con lesiones micronodulares de aspecto perlado. Al corte, pared de 3cm de espesor, blanquecina, toda la pared intestinal comprometida, ganglios mesentéricos aumentados de tamaño, mayor de 3cm, apéndice macroscópicamente sano. Diagnóstico postoperatorio: Tumor de ciego: probable linfoma. Biopsias de segmento ileo-ceco-apendicular: Colitis eosinofílica, sin neoplasias en muestra examinada. Caso complementado con endoscopia digestiva superior e inferior; reporte histopatológico: gastritis-duodenitis crónica moderada, escasos eosinófilos. Ileítis crónica moderada, abundantes eosinófilos. Materiales y métodos: Historia clínica, revisión de artículos científicos, estudio de casos clínicos. Discusión: La colitis eosinofílica es una reacción inflamatoria debida a diversos alérgenos alimentarios, con síntomas variables: desde diarrea, vómito, dolor abdominal y pérdida de peso, hasta obstrucción intestinal aguda, síntomas que fueron presentados por dicho paciente. Conclusión: Patología infrecuente, paciente con clínica sugestiva de apendicitis aguda, en intervención impresionó tumor de ciego, al final reportan colitis eosinofílica. Palabras clave: vomito, dolor abdominal, pérdida de peso, obstrucción intestinal aguda, colitis eosinofílica.

### **DESEMPEÑO Y CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA PEDIÁTRICA (HMPC)**

*Wilmaris Campos, Dionara Navarro, Génesis Rojas, Karolina López, Karla Alvarado, Norman Guevara, Michael Nuñez, Libia Alonso, Katuska Belandria*

Resumen. Introducción: avances en la endoscopia digestiva pediátrica exige empleo de indicadores de calidad para valorar y mejorar la eficacia de los procedimientos endoscópicos. Objetivo: evaluar el desempeño y cumplimiento de indicadores de calidad en endoscopia digestiva pediátrica. Pacientes y métodos: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, octubre 2024-abril 2025. De 285 historias médicas revisadas, se escogieron 100 por azar simple. Se midieron indicadores seleccionados del proceso, basados en protocolos pediátricos publicados en pre-procedimiento, intraprocedimiento y postprocedimiento. Resultados: prevalecieron adolescentes y sexo femenino. Video endoscopia digestiva alta (VEDA) diagnóstica 49/53(92,45%) y diagnóstica/terapéutica 4/53(7,55%); videocolonoscopia (VCC) diagnóstica 3/47(6,38%) y diagnóstica/terapéutica 44/47(93,62%). Pre-procedimiento en ambos estudios, cumplimiento en todos los pacientes: solicitud de consentimiento informado, indicación endoscópica documentada, registro de riesgo anestésico (ASA), descripción de sedación/anestesia empleada y mención de comorbilidad presente. Intraprocedimiento, en VEDA: descripción de áreas examinadas 100%, exploración completa con intubación duodenal



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**  
**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

92,45%, retroflexión gástrica 98,11%, biopsia por protocolo: esófago 77,36%, estómago 92,45%, duodeno 88,68%, fotodocumentación de hallazgos patológicos 94,33% y normal 73,58%. Reporte de terapéutica 100% y uso de clasificaciones recomendadas 73,58%. VCC: registro de preparación colónica 97,87%, exploración completo 93,62%, intubación cecal 89,36%, descripción de hallazgos y terapéutica 100%, biopsia de hallazgos 89,36%, fotodocumentación 93,61%. En el postprocedimiento VEDA y VCC: documentación de complicaciones, información sobre signos de alarma, entrega de resultados, satisfacción del paciente/familiar y seguimiento, cumplidos en 100%. Conclusiones: el desempeño en ambos estudios fue óptimo y los indicadores medidos indican buena prestación de calidad en el proceso endoscópico, se requieren ajustes pequeños en algunas métricas.

### **Gastroenterología Pediátrica - 034 GASTROPRESIA PEDIÁTRICA POSTVIRAL. ASOCIACIÓN CON INFECCIÓN POR SARS-COV-2, HOSPITAL DE NIÑOS DR. J.M. DE LOS RÍOS.**

*Fátima Pino, Ileana González*

Introducción: La gastroparesia se define como un trastorno de motilidad gástrica con dificultad para su vaciamiento. En niños las causas incluyen: idiopáticas, postinfecciosas, disautonomía, trastornos del tejido conectivo, posterior a funduplicatura; dentro de la etiología viral, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, rotavirus, adenovirus, virus de Norwalk; y recientemente, coronavirus; como comorbilidades, antecedentes de prematuridad, retraso del desarrollo, diabetes mellitus y anticonvulsivantes. Objetivo: Evaluar características epidemiológicas en niños con diagnóstico de gastroparesia asociadas a virus. Método: estudio clínico observacional caso-control (enero 2019- abril 2025), en pacientes con y sin diagnóstico de gastroparesia postviral, menores 18 años de edad, atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital de Niños Dr. "JM de los Ríos". Resultados: Edad, Grupo 1 (casos), 58,6% (n= 17) de 1 a 5 años y 41,3% (n= 12) de 6 a 12 años. Grupo 2 (controles), de 1 a 5 años, 37,9% (n= 11), de 6 a 12 años, 44,8% (n= 13). Sexo, 65,5% (n= 19) Grupo 1 femenino; Grupo 2, 62% (n= 18) masculino. Comorbilidad Grupo 1, diabetes mellitus (DM), con un 24,1% (n= 7). El Grupo 2, asma 13,8% (n= 4). Síntomas: todos presentaron (dolor abdominal, náuseas, vómitos y distensión abdominal), con saciedad precoz variable entre casos y controles (72,4% versus 65,6%). Pruebas virales Grupo 1, fueron positivas, predominando el SARS-CoV-2, 41,4% (n= 12), seguido adenovirus, 17,2% (n= 5). En el Grupo 2, todas fueron negativas. Conclusión: Los niños con gastroparesia postviral presentan importante asociación con infección por SARS-CoV-2, lo que denota la importancia de estudiar rol etiopatogénico.

### **INTUSUSCEPCIÓN: UNA CAUSA INESPERADA DE DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO. CASO CLÍNICO. HMPC**

*Norman Guevara, Katuska Belandria, Libia Alonso, Karolina Lopez, Rosalia Perazzo*

Introducción: Se analiza la presentación atípica de la intususcepción como una causa inusual de dolor abdominal crónico, enfatizando la importancia de un enfoque diagnóstico preciso para evitar complicaciones y optimizar el manejo terapéutico. Caso clínico: Masculino de 8 años de edad, sin antecedentes patológicos de relevancia, quien acude reiteradamente a consulta por episodios de dolor abdominal recurrente tipo cólico de aparición brusca, localizado en mesogastrio e hipogastrio de moderada intensidad, irradiado a fosa iliaca derecha, con periodos de acalmia, concomitante vómitos precedidos de náuseas en número de dos, distensión abdominal y disminución del patrón evacuatorio lo que ha requerido intervenciones como lavados rectales y enemas ,



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**  
**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

obteniendo alivio inmediato del dolor; siendo el mismo tratado en múltiples ocasiones con medidas sintomáticas y periodos de remisión. Paraclínicos positivos: Laboratorios no contribuyentes. Ecografía abdominal: imagen en diana ecomixta con capas hiperecogénicas en fosa iliaca derecha. Tomografía de abdomen: Intususcepción intestinal ileo-ileal con escaso líquido adyacente. Biopsia endoscopia digestiva superior: Gastritis por helicobacter pylori. Quirúrgica: invaginación íleo-ileal a 80cc de válvula ileocecal, con dos lesiones en la punta de aspecto mamelonado, color violáceo otra amarillento, duras remitentes, presencia de adenopatía mesentérica única. Biopsia: Divertículo de Meckel. Conclusión: El dolor abdominal crónico asociado a la intususcepción representa un reto diagnóstico para el Divertículo de Meckel debido a su presentación atípica y síntomas inespecíficos. La falta de sospecha clínica puede retrasar la identificación de esta condición, aumentando el riesgo de complicaciones y la necesidad de intervenciones más agresivas.

#### **PUNTUACIÓN SHEFFIELD: HERRAMIENTA CLÍNICA EN EL ABORDAJE DE HEMORRAGIA DIGESTIVO ALTA PEDIÁTRICA. NORMAN GUEVARA, DIANORA NAVARRO, KAROLINA LÓPEZ HMPC**

*Norman Guevara, Dianora Navarro, Karolina Lopez, Libia Alonso, Karla Alvarado, Wilmaris Campos, Genesis Rojas, Christian Nuñez, Katuska Belandria*

Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA) se presenta en niños con diferentes grados de severidad. La puntuación Sheffield identifica pacientes con mayor riesgo y permite decidir una intervención farmacológica, endoscópica o transfusiones de urgencia. Objetivo: evaluar la puntuación Sheffield como herramienta clínica en el abordaje de hemorragia digestiva alta pediátrica. Pacientes y métodos: Estudio de campo, descriptivo, prospectivo, transversal, enero 2024-abril 2025. Variables: edad, sexo, tipo de sangrado, cofactores, puntuación Sheffield, endoscopia diagnóstica/terapéutica, tratamiento farmacológico, hemocomponentes. Resultados: 52 niños, masculino 27(51,92%); edad mediana  $7 \pm 3,73$  (rango 1-13 años); escolares 17(32,69%). Puntuación Sheffield  $<8$  y  $>8$  en 21(40,38%) y 31(59,62%) respectivamente. Hematemesis con melena 24/52(46,15%) asociación positiva con puntuación  $>8$ ,  $p=0.0000$ . Comorbilidad más común hipertensión portal en 30,77% y factor de riesgo la enfermedad crítica 15,38%, la causa del sangrado várices esofágicas 19,33%. Puntuación  $<8$ , el factor de riesgo fue infección por Helicobacter pylori 17,31% y la causa de sangrado Síndrome de Mallory Weis 13,46%. Ninguna comorbilidad se registró en 50% de los pacientes. Restitución de volemia 44/52(84,61%). Uso de cristaloides 12/44(27,27%) en Sheffield  $<8$  y cristaloides con hemocomponentes 32/44(72,72%) Sheffield  $>8$ ,  $p=0.0000$ . Octeotride 15/31 con Sheffield  $>8$ ,  $p=0.0001$ . Videoendoscopia 37/52(71,15%), en 22/37(59,45%) obtuvieron Sheffield  $>8$ . Necesidad de endoscopia terapéutica en 21/22(95,45%),  $p=0.0000$  con respecto a los pacientes con Sheffield bajo. Ligadura con bandas 15/21(71,42%), hemostasia con adrenalina y/o hemoclips 6/21(28,57%). Riesgo de fallecer con Sheffield  $>8$ , RR=6,09. Conclusión: La puntuación Sheffield una herramienta óptima para evaluar la severidad de hemorragia y predecir la necesidad de intervención de urgencia en la atención pediátrica.



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**  
**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

## Hepatología

### ETIOLOGÍA DE LA CIRROSIS HEPÁTICA EN VENEZUELA

*Edgardo Mengual, Juan Urdaneta, María Bastardo, Raízuris Cabello, Indelsy Velásquez, Rosalía Perazzo, Biandi Guerrero, Gustavo Yasin, Mercedes De Sousa, Lucy Dagher*

La cirrosis hepática (CH) es una causa importante de mortalidad en Venezuela, exacerbada por la suspensión del programa de procura de órganos para trasplantes hepáticos. El objetivo fue identificar las principales causas de CH en la población venezolana. Se diseñó un estudio multicéntrico y retrospectivo que recopiló datos de 613 pacientes con CH, provenientes de nueve centros hospitalarios. Los resultados revelaron que las etiologías más prevalentes de CH en Venezuela fueron: Enfermedad Hepática Alcohólica (ALD): 171 casos (27,90%) y Esteatosis Hepática Asociada a Disfunción Metabólica (MASLD): 155 casos (25,29%), ambas significativamente prevalentes ( $p < 0,01$ ). Les siguieron en frecuencia; causas Autoinmunes (hepatitis autoinmune, colangitis esclerosante primaria y cirrosis biliar primaria): 87 casos (14,19%), MASLD y Alcoholismo (MetALD): 65 casos (10,60%), Causas Virales (hepatitis B y hepatitis C): 50 casos (8,16%), Criptogénica: 49 casos (7,99%) y otras Causas: 36 casos (5,87%). Respecto al género, los hombres mostraron una mayor prevalencia de CH debido a ALD, mientras que las mujeres presentaron una mayor frecuencia de CH por MASLD. Un dato crucial es que la mayoría de los pacientes (>50%) debutaron en estadios descompensados ( $p < 0,01$ ). En conclusión, la ALD y la MASLD son las principales causas de CH en Venezuela, con influencia del género y diagnóstico tardío de presentación. Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y diagnóstico precoz de la CH por ALD y MASLD en Venezuela.

### HEPATITIS AUTOINMUNE SERONEGATIVA: UN RETO DIAGNOSTICO.

*Rivas Keimer, Yendys Alfredo. HUMNT*

Se presenta el caso de una paciente femenina de 20 años con elementos clínicos floridos de hepatitis autoinmune (HAI), incluyendo ictericia, fatiga y dolor abdominal, que persistieron durante un año. A pesar de la clara sintomatología, las pruebas de laboratorio para autoanticuerpos (ANA, AML, LKM-1, SLA) resultaron consistentemente negativas en múltiples ocasiones, lo que complicó significativamente el diagnóstico inicial. La confirmación diagnóstica definitiva se obtuvo mediante biopsia hepática, la cual reveló hallazgos histopatológicos característicos de HAI, como hepatitis de interfase e infiltrado linfoplasmocitario. Este caso subraya la importancia crítica de la integración de la sospecha clínica y la histopatología cuando los marcadores serológicos son negativos. La HAI seronegativa es una entidad reconocida en la literatura médica, representando hasta un 20% de todos los casos de HAI, y a menudo se asocia con una mayor severidad de la enfermedad, lo que resalta la necesidad de un enfoque diagnóstico integral y oportuno para prevenir la progresión a enfermedad hepática avanzada.

### PLASMAFÉRESIS TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON VIRUS DE HEPATITIS B EN MARACAIBO: INVESTIGACIÓN PRELIMINAR LOZANO-DE CAMACHO IRIA M. UNIMED

*Lozano-De Camacho Iria M, Mengual-Moreno Edgardo J, Cobis-Camacho Jeanyberth P, Castejón-Suárez Carolina B, Sardi-Leon Ana C, Olano-Villalobos Adriana M*

La infección por el Virus de la Hepatitis B (VHB) es un problema de salud global que puede evolucionar a cirrosis o carcinoma hepatocelular. Este estudio preliminar, realizado en Maracaibo, Venezuela, investigó el efecto de la plasmáféresis terapéutica en la mejora de



46.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
CARACAS 2025

27.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

los síntomas, parámetros bioquímicos, la seroconversión y la negativización viral en pacientes con VHB. Se llevó a cabo un estudio experimental, prospectivo y longitudinal. Se reclutaron 95 pacientes; 65 cumplieron los criterios de inclusión y culminaron el estudio. De estos, se formaron tres grupos: 12 pacientes combinaron plasmaféresis con Entecavir, 30 recibieron solo plasmaféresis, y 23 no recibieron tratamiento. El tratamiento promedio fue de 3 sesiones. Los criterios de inclusión claves fueron ser mayor de edad, consentimiento informado y un diagnóstico confirmado de VHB con HBsAg positivo. Los resultados revelaron que el 33.3% de los pacientes tratados con plasmaféresis reportaron mejoría clínica, en contraste con el 0% en el grupo no tratado ( $p < 0.01$ ). En cuanto a la seroconversión, el 19.05% de los pacientes sometidos a plasmaféresis la lograron, a diferencia de los no tratados ( $p < 0.05$ ). Es fundamental resaltar que el 66.7% de los pacientes tratados con plasmaféresis y Entecavir simultáneamente lograron seroconversión y mejoría clínica, superando el 20% observado en el grupo de solo plasmaféresis ( $p < 0.001$ ). Esto sugiere un efecto sinérgico significativo del tratamiento combinado. En conclusión, la plasmaféresis terapéutica, particularmente en combinación con Entecavir, parece ser una intervención beneficiosa para pacientes con VHB, mejorando la sintomatología y favoreciendo la seroconversión.

#### **TUMOR NEUROENDOCRINO A PROPOSITO DE UN CASO / HMUCA,** [nellyta.rp@gmail.com](mailto:nellyta.rp@gmail.com)

*Nelly Ramirez, Jesus Sanchez, Karim Simanca*

Paciente masculino de 52 años de edad sin antecedentes patológicos de base quien inicia enfermedad actual hace 3 meses aprox cuando comienza a presentar ictericia motivo por el cual acude a facultativo de su localidad en el cual realizan laboratorios y egresan en vista de persistencia de la clínica y asociarse a astenia y pérdida de peso acude a médico privado en el cual indican tratamiento con ácido ursodesoxicólico más prednisona 25mg el cual cumple e indican realizar estudios de extensión tipo CT PET en el cual durante la realización del mismo evidencia hiperglicemia motivo por el cual es traído a nuestro centro de salud donde se decide su ingreso durante su estancia hospitalaria se realiza eco abdominal concluye: loe hepático en segmento 6, loe en cabeza de páncreas, bilis hiperecogénica, dilatación de vías biliares intra y extra hepáticas tac de tórax, abdomen y pelvis conclusión. lesiones nodulares pancreáticas en cuerpo y unión de cabeza con proceso uncinado, lesión ocupante de espacio en vesícula biliar, prominencia de vías biliares, lesión ocupante de espacio en segmento vi de lhd rnm con efecto colangiográfico se evidencia lesiones ocupantes de espacio en cuerpo y cabeza de páncrea, loe en vesícula biliar, loe en lhd, prominencia de vías biliares intra y extrahepáticas. Endoscopia digestiva superior donde se evidencia en duodeno atrofia de vellosidades, gastropatía eritematosa y gastropatía alcalina, ct pet concluye lesión ocupante de espacio en cabeza con cuerpo pancreático con captación de radiotrazador metabólico, se indica evaluación multidisciplinaria para diagnóstico y tratamiento oportuno

#### **Ultrasonido e Imágenes - 047 LINFANGITIS CARCINOMATOSA COMO PRESENTACIÓN DE UN ADENOCARCINOMA GÁSTRICO**

*Bryan Blanco, María Velásquez, Yuraima de Andrade*

Paciente femenino de 62 años, que ingresa a nuestro servicio por síndrome constitucional, náuseas y vómitos postprandiales persistentes de inicio insidioso y curso progresivo, además pérdida de 10kg de peso en 1 mes de evolución. Examen físico



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**  
**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

paciente en RSCSGS, deshidratada, TA 110/70 mmHg, FC 98 LPM/min, con palidez cuateneomucosa acentuada. Laboratorio, HGB 6.5 g/dl, GB 4700/mm<sup>3</sup> y PLT 64.000/mm<sup>3</sup>. La PCR fue de 238 mg/l. Las Pruebas de función hepática mostraron proteínas totales de 6.9 g/dl, bilirrubina total de 1.6 mg/dl, AST de 50 U/L y ALT de 31. Las pruebas de coagulación revelaron INR 2, D-Dímero 27,09 mcgr/ml (normal  $\leq 0.5$  ng/ml), fibrinógeno 150 mg/dl y el nivel de LDH 1745 U/L. La EDS reporta TU gástrico borrmann IV en cuerpo con extensión a bulbo y segunda porción que condiciona estenosis, la biopsia reporta un adenocarcinoma moderadamente diferenciado, infiltrante ulcerado, Las pruebas de imagen se apreciaba en la Rx de Tórax un patrón retículo-nodular intersticial bilateral, con prominencia hilar y ensanchamiento mediastínico que podría ser compatible con etiología metastásica, en relación con afectación por linfangitis carcinomatosa. Se realizó una tomografía axial computerizada toracoabdominal con contraste que describía, con ventana de mediastino, adenopatías mayores de 1 cm en todos los compartimentos.

### **HERNIA DIAFRAGMÁTICA SECUNDARIA A PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA IZQUIERDA REPORTE DE UN CASO ROSALÍA PERAZZO, MARIA ORTIZ, HMPC.**

*Rosalía Perazzo, María Ortiz*

La parálisis diafragmática unilateral izquierda puede provocar una hernia diafragmática, por la incapacidad del diafragma para contraerse adecuadamente y así mantener el estómago en su lugar, protruyendo a través de un defecto en el diafragma. Presentación del caso: femenina de 44 años con antecedente de miastenia gravis y timentomía. Con disnea a grandes esfuerzos que atenúa con reposo, concomitantes palpitaciones y dolor urente en epigastrio, moderada intensidad de 6 meses de evolución por lo que acude a consulta. Se solicitan estudios Radiografía de tórax y abdomen, observándose elevación del hemidiafragma izquierdo, y desplazamiento de asas intestinales hacia hemiabdomen izquierdo y tórax. TAC de tórax abdomen y pelvis disminución del volumen del hemitórax izquierdo, deslizamiento de la cámara gástrica hacia base pulmonar izquierda, hernia hiatal grado 3 mixta. La EDS reporta esofagitis grado A según Los Angeles, hernia diafragmática gigante y gastropatía erosiva antral. Se refiere a cirugía general donde previa evaluación por neurología, cardiología y neumología, se plantea diagnóstico de parálisis diafragmática izquierda. Es llevada a mesa operatoria con constatación de hallazgos. La paciente es sometida a toracotomía izquierda más plicatura diafragmática. Evoluciona satisfactoriamente y es egresada. Conclusión: La parálisis diafragmática causada por la parálisis del nervio frénico se manifiesta principalmente con disnea y, a menudo, se asocia con síntomas gastrointestinales. Su diagnóstico se apoya en estudios de imagen. El tratamiento puede variar desde manejo conservador hasta intervención quirúrgica, como la plicatura diafragmática. Palabras claves: parálisis diafragmática, hernia diafragmática, plicatura.

### **POLIPOS GIGANTES DESAFIANTES DE COLON ¿RESECCION ENDOSCOPICA O COLECTOMIA? CMDLT**

*Rosanny Rodríguez, Carlos Sánchez, José Soto, Dervis Bandres, Raul Monserat, Clausia Pimentel, Ricardo Stocco, Nathaly Méndez*

Se trata de paciente masculino de 71 años de edad quien acude por presentar desde hace 1 mes rectorragia con evacuaciones sanguinolentas que se exacerba a la ingesta de alcohol que vive con Diabetes Mellitus y antecedentes de hábitos tabáquicos y alcohólicos acentuados hasta la embriaguez, quien acude a coloproctología donde es valorado presentando al examen físico esfínter tónico, dilatación del paquete hemorroidal anterior



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**



**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

**11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES**

derecho y posterolateral izquierdo, en vista de persistencia de la clínica y sangre oculta en heces positiva es referido al servicio de gastroenterología donde realizan colonoscopia que progresa hasta colon transverso con hallazgos de :1. Enfermedad Diverticular en descendente y sigmoides complicada, 2. Pólipo pediculado de sigmoides 3. Pólipo sésil de recto 4. Enfermedad hemorroidal interna 5. Prolapso rectal, se toma biopsia de pólipo pediculado con hallazgos histopatológicos de ADC de colon diferenciado infiltrante . Por lo cual es ingresado el 21-03-25 para realización de RSE con hallazgos intraquirúrgicos de dos lesiones en colon sigmoides proximal y distal pólipos 0-Ip JNET 3 de 50mm y 55mm se infiltra adrenalina , se reseca con asa térmica y se colocan 2 y 3 hemoclip, respectivamente y tres lesiones en recto uno pseudopediculado y dos sésiles los cuales fueron resecaados con hallazgos histopatológicos de que reportan pólipos en sigmoides y pseudopediculado de recto ADC Moderadamente diferenciados invasión a la submucosa del pedículo sin invasión angiolinfática con bordes libres de 5mm, paciente quien evoluciona satisfactoriamente actualmente en seguimiento.

### **POSPROCESAMIENTO DE IMÁGENES TOMOGRÁFICAS DE COLON COMO ESTUDIO DECISIVO PARA DIAGNOSTICAR CASOS DESAFIANTES**

*Sergio Martinez-Millan, Sofia Montilla, Luis Angarita, Pappe Peter, Alfredo Suarez*

Dos pacientes con síntomas gastrointestinales se les realizaron varios exámenes paraclínicos sin lograr diagnósticos definitivos. Caso 1: Mujer de 75 años con cambio en el hábito intestinal (diarrea persistente) y antecedente de colectomía sigmoidea (2013) complicada con fístula colovaginal. Fue tratada mediante colostomía derivativa y restitución de tránsito intestinal posterior sin complicaciones postoperatorias. La colonoscopia reveló dos orificios rectales que, al explorarlos, el endoscopio retornaba al recto, sugiriendo fístulas colocolónicas,. El posprocesamiento 3D de imágenes tomográficas colónicas descartó fistulas de cualquier tipo y demostró anomalía estructural por cirugías previas. Esto evitó nueva intervención quirúrgica. Tras dos años de seguimiento, no ha requerido nuevos procedimientos. Caso 2: Mujer de 57 años con dolor abdominal crónico y tumoración móvil en flanco izquierdo que la paciente refirió haber visto y tocado en diferentes oportunidades, pero que no se encontró al examen físico. La enterotomografía inicial sugirió un divertículo sigmoideo gigante, por lo que se indicó resección quirúrgica del divertículo. Sin embargo, el posprocesamiento 3D de imágenes tomográficas de colon mostro el colon extremadamente redundante, que junto a la delgadez de la paciente, explicaba la tumoración no corroborada al examen físico. Este hallazgo corrigió el diagnóstico erróneo inicial. Tras seis meses de seguimiento, no presenta complicaciones que justifiquen cirugía. El posprocesamiento volumétrico de imágenes tomográficas de colon resolvió ambos casos clínicos mediante reconstrucciones anatómicas y evito intervenciones innecesarias. Se recomienda su integración para evaluar casos con antecedentes quirúrgicos o variantes anatómicas atípicas, porque esta técnica es superior a métodos convencionales para observar estructuras complejas

### **QUISTE MESENTÉRICO GIGANTE: REPORTE DE CASO, HDL**

*Bryan Blanco, Maria Velasquez, Yuraima De Andrade, Jesus Garcia*

El quiste mesentérico es una patología intraabdominal rara, en la mayoría de los casos benigna.El tratamiento por lo general es quirúrgico pero está descrito el abordaje percutaneo y consiste en drenar y reseca la lesión de los órganos involucrados,siempre que sea posible, con la finalidad de reducir la tasa de recurrencia. Se trata de Paciente



46.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
CARACAS 2025

27.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA  
PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

masculino de 25 años de edad, sin antecedentes patológicos conocidos, con IEA hace 4 meses dado por dolor abdominal hacia hipocondrio derecho y flanco derecho, al examen físico paciente en ESCSCS, Hidratado, TA100/70 mmHg, FC 99LPM/min, con palidez cuateneomucosa, a nivel de abdomen, se palpa masa localizada a nivel de hipocondrio derecho que se extiende hacia fosa iliaca derecha, poco móvil, de bordes definidos, de paredes lisas, de consistencia renitente, que no impresiona adherida a los planos profundos, Además LAB GB 5400mm<sup>3</sup> Hb12gr-dl neu 70% plaq220.000mm<sup>3</sup> urea 40mg/dl, creatinina 0.9mg-dl TGO 32UL TGP25UL GGT 42UL FA 90UL BT 1.0mg-dl BD 0,50mg/dl BI 0.9mg/dl, con diagnóstico de ultrasonido abdominal que concluye LOE retroperitoneal, gigante. se realiza estudios de extensión que incluyeron TC ABDOMINOPELVICA simple que reporta lesión quística ubicada en el borde inferior de LHD con diámetro 13,7x9.2x24cm que condiciona desplazamiento caudal de colon derecho, con calcificaciones periféricas e hidronefrosis gradoll Y EDS, cuyos hallazgos informaron pangastropatia nodular en cuerpo y compresión extrínseca en cuerpo. Se realizó drenaje percutaneo de la lesión ecoguiado con volumen aproximado de xxx ml, con DX histopatológico de quiste mesentérico gigante, posteriormente, se realiza seguimiento ecografico sin recurrencia de la lesión.

### **TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR A PROPOSITO DE UN CASO**

*Venus Villegas, Alismay Arenas*

El tumor del estroma gastrointestinal (GIST) hace referencia a tumores mesenquimales del tracto gastrointestinal. El estómago es la ubicación más frecuente seguido del Yeyuno/Íleon. La clínica varía según el tamaño y su localización, incluyendo sangrado digestivo, dolor abdominal y obstrucción intestinal. El diagnóstico implica la sospecha clínica, imágenes como la tomografía computarizada y endoscopia. La ultrasonografía endoscópica es crucial para identificar la capa de la pared afectada. Sin embargo el diagnóstico definitivo se basa en el examen histológico confirmando la positividad para CD-117. Se trata de una paciente femenina de 27 años de edad, con antecedentes de hemorragia digestiva superior en agosto del 2023, La misma refiere inicio de enfermedad actual de 4 meses de evolución caracterizado por presentar episodios de melena intermitente asociándose anemia moderada, motivo por el cual acude y se realiza Videogastropatia, donde se evidencia un tumor submucoso en cuerpo gástrico. La TAC Abdominal con doble contraste confirma su existencia. Se indica Ecoendoscopia + PAAF, que concluye con la presencia de tumor del Estroma Gastrointestinal (GIST) en ángulo Gástrico, de variedad Fusocelular. Es referida al servicio de Cirugía Oncológica para su resolución, el cual realizan Laparotomía Exploratoria, mas Gastrectomía Subtotal, Anastomosis Gastroyeyunal en Y de Roux y resección del mismo, posteriormente es dada de alta, quedando en observación y seguimiento, sin necesidad de terapia adyuvante. El reporte de Inmunohistoquímica confirmo el diagnóstico del Tumor del Estroma Gastrointestinal de patrón fusiforme de grado intermedio (potencial maligno incierto). Palabras Claves: Tumor del Estroma Gastrointestinal (GIST), Hemorragia, Estomago.



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

**Exposición Comercial**

**46º Congreso Nacional de  
Gastroenterología  
Homenaje al Dr. Miguel Garassini  
27º Congreso Nacional de  
Gastroenterología Pediátrica**

11 al 13 de Septiembre de 2025  
Eurobuilding Hotel & Suites



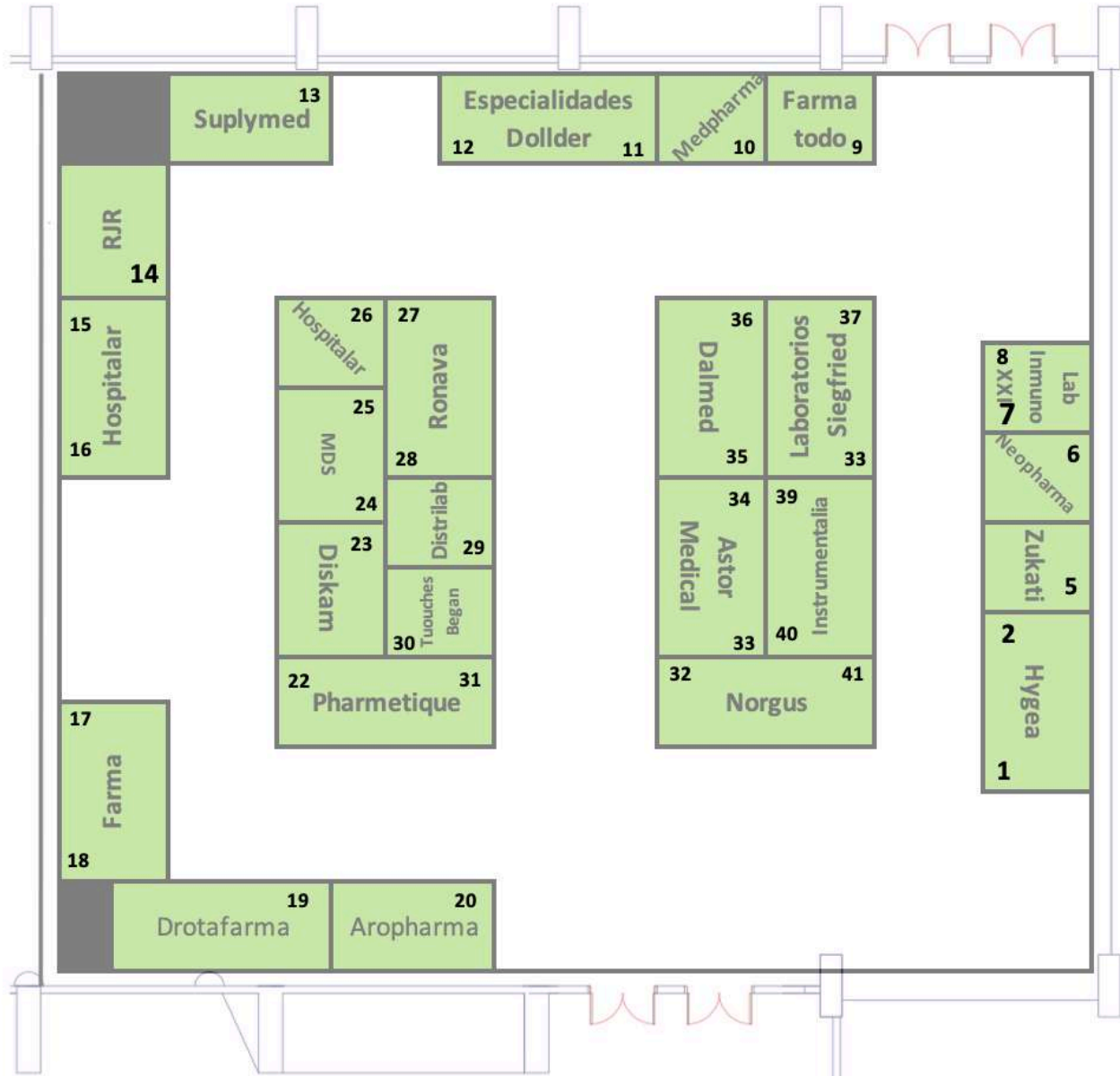
46.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA

27.º  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA  
PEDIÁTRICA**

CARACAS 2025

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

# EXPOSICIÓN COMERCIAL



SALÓN PLAZA REAL B



**46.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
VIVIENDO EL FUTURO  
HOMENAJE AL  
DR. MIGUEL GARASSINI SERRA  
**CARACAS 2025**

**27.º**  
CONGRESO  
NACIONAL DE  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
**PEDIÁTRICA**

11 AL 13 DE SEPTIEMBRE / EUROBUILDING HOTEL & SUITES

## FOYER PLAZA REAL

