gen

80 ANIVERSARIO

# 47° CONGRESO NACIONAL DE GASTROENTEROLOGÍA Y

## 28° CONGRESO NACIONAL DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA

EN HOMENAJE A LA **DRA. MARIBEL LIZARZABAL**

# Programa Final

## Encuentro Colombo Venezolano

**28 al 31 | OCTUBRE | 2026**

**Hotel Renaissance**

RIF: J-00233997-7

ASeventsCA

# Libro de Programa Final Interactivo
# Cortesía de Biotech

BIOTECH
J-00226785-2

**Diseño, Conceptualización y Digitalización**
Ana María Sully

**Organizado por:**

ASeventsCA

BIOTECH
J-00226785-2

# Suride®

25 mg Levosulpiride




LÍNEA SALUD DIGESTIVA
BIENESTAR GASTROINTESTINAL INTEGRAL

Material informativo al personal de salud
Vademécum marca
Biotech Laboratorios, Rif: J-00226785-2

**ESCANEA**
Conoce nuestro catálogo completo

**Eficaz en** dispepsia funcional y gastroparesia de origen orgánico.

Actúa sobre receptores **dopaminérgicos D2 en el tracto gastrointestinal.**

**Adultos:** 25 mg tres veces al día, 20 minutos antes de las comidas.

## REGULACIÓN EFICAZ DEL VACIAMIENTO GÁSTRICO

**PRESENTACIÓN:**
Estuche con 30 comprimidos recubiertos

**COMPOSICIÓN:**
Levosulpiride 25 mg

**INDICACIÓN:**
Tratamiento del síndrome dispéptico asociado al retardo en el vaciamiento gástrico

Venta bajo **prescripción médica**

Disponible en **FARMACIAS**

Este material ha sido revisado y aprobado por el Departamento médico y farmacéutico patrocinante de Biotech Laboratorios C.A.

Caracas, Octubre, 2026

## Bienvenidos al Congreso Venezolano de Gastroenterología 2026



Estimados colegas:

Tras los momentos tan difíciles vividos recientemente, y con la resiliencia que nos caracteriza como profesionales comprometidos con la reconstrucción de nuestro gran país, los invito con el mayor de los ánimos a reencontrarnos. Juntos llegaremos más lejos.

Este congreso estará dedicado con especial cariño a todos los gastroenterólogos venezolanos, tanto dentro como fuera de nuestras fronteras. Para ello, contaremos con una plataforma virtual que nos permitirá estar unidos online.

Asimismo, celebraremos con orgullo los 80 años de nuestra revista GEN, rindiendo un merecido homenaje a todos sus editores, cuya visión y dedicación han sostenido este pilar fundamental de la ciencia y la divulgación médica en Venezuela.

Este encuentro también rendirá homenaje a la Dra. Maribel Lizarzábal, quien marcó un antes y un después en la SVG. Adelantada a su tiempo, nos habló de realidades que hoy estamos construyendo; esperamos con entusiasmo su conferencia magistral y seguir aprendiendo de su generosidad para hacer siempre nuestro entorno mejor.

Este año, la prestigiosa Conferencia Magistral Joel Valencia Parpacén estará a cargo del Dr. Calixto Cifuentes, la conferencia Dr. Ricardo Baquero, impartida por la Dra. Carolina Manzo y la Conferencia Simón Becker será dictada por la Dra. Nancy Escalante.

Los esperamos con los brazos abiertos para reencontrarnos en estos espacios, seguir aportando al conocimiento y contribuir juntos a la construcción de una mejor sociedad.

¡Un fuerte abrazo para todos!

**Dra. Lucy Dagher**
Presidente
Sociedad Venezolana de Gastroenterologia
2024-2026

Caracas, Octubre, 2026

# Palabras de la Dra. Maribel Lizarzábal García

**Madrina Epónima 47° Congreso Nacional de Gastroenterología**



Querida familia de la SVG:

El ser humano, con el paso del tiempo, envejece y se fragiliza. Nuestra Sociedad, en cambio, tiene un superpoder único: con los años no se desmejora, se reconstruye, se fortalece y rejuvenece. Y ese milagro ocurre por una sola razón: tú le das vida.

Los recientes sismos sacudieron estructuras, corazones e historias humanas. Pero sobre los escombros, nos levantamos unidos para celebrar 81 años de vida institucional y 80 de nuestra Revista GEN.

Recibimos un legado monumental de ciencia y entrega. Sin embargo, no venimos a este 47° Congreso Nacional de Gastroenterología y 28° Congreso Gastropediatria, solo a contemplar la historia, sino a construir un futuro brillante. La vanguardia tecnológica es nuestro motor, pero la verdadera energía eres tú.

Poniendo talento, presencia y corazón, superamos la adversidad para seguir haciendo país. No eres un simple invitado; eres protagonista de este momento histórico y de los años que están por venir.

Acompáñanos a reencontrarnos con entusiasmo y creatividad. El futuro de nuestra sociedad no es una promesa lejana, se construye hoy con tu decisión en este extraordinario encuentro.

¡Juntos, unidos y fortalecidos! Te esperamos con los brazos abiertos. ¡Contamos contigo!

"Recuerda que lo importante no es ser una estrella fugaz que apenas brilla, sino lámpara constante que ilumina el camino de los demás"

**Dra. Maribel Lizarzábal García**
Madrina Epónima
47° Congreso Nacional de Gastroenterología

Caracas, Octubre, 2026

# Mensaje del Dr. Juan Carlos González Durán

Editor Director Revista GEN



Celebrar el 47° Congreso Nacional de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología y los 80 años de la Revista GEN no es un logro ordinario; es un testimonio de resiliencia, rigor y compromiso inquebrantable con la Gastroenterología de Venezuela.

En tiempos de profundos desafíos, los Gastroenterólogos venezolanos demuestran que la ciencia no se detiene, sino que se adapta y avanza.

El 47° Congreso Nacional trasciende el aula académica convencional. Este año, al destinar sus recursos para la creación de un nuevo Centro de Entrenamiento integral, la SVG siembra el futuro de las próximas generaciones de especialistas.

No se trata solo de discutir la medicina del presente, sino de edificar la infraestructura educativa del mañana. Por su parte, la Revista GEN arriba a sus ocho décadas consolidada como la columna vertebral de la divulgación científica nacional. Fundada bajo la visión del Dr. Joel Valencia Parpacén, esta publicación ha custodiado la memoria de la Gastroenterología Venezolana de forma ininterrumpida. Al unir la cátedra universitaria, el gremio y la investigación indexada, GEN sigue siendo el faro que proyecta el talento venezolano hacia el mundo.

Esta doble celebración nos convoca a reflexionar sobre el valor de la institucionalidad de la SVG y de GEN. Agradezco profundamente a cada colega cuya participación mantiene vivo estos proyectos.

Su compromiso demuestra que, mientras persista la pasión por la medicina, siempre habrá un camino iluminado hacia el futuro de nuestra profesión.

**Dr. Juan Carlos González Durán**
Editor Director Revista GEN

*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**
47° Congreso Nacional de Gastroenterología y
28° Congreso Nacional de Gastroenterología Pediátrica

*Dra. Lucy Dagher*
**Presidente**

*Dra. Mercedes De Sousa*
**Secretaria**

*Dra. Yolette Martínez*
**SubSecretaria**

*Dr. Rafael Anato*
**Tesorero**

**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

# INFORMACIÓN GENERAL

## 1. OBJETIVO DEL 47° CONGRESO NACIONAL DE GASTROENTEROLOGÍA, EL 28° CONGRESO NACIONAL DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA Y EL ENCUENTRO COLOMBO VENEZOLANO

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

**Sede:**

El El 47° Congreso Venezolano de Gastroenterología se realizará en los Salones Fabiani I y II, del Hotel Renaissance, la Castellana, en la ciudad de Caracas, desde el día Jueves 29 hasta el Sábado 31 de Octubre de 2026.
El 28° Congreso Nacional de Gastroenterología Pediátrica se realizará en el Salón Manuel Quintana Castillo I y II, el día Viernes 30 y el Sábado 31 de Octubre.
El Hands On: Un reto para el desarrollo endoscópico se desarrollará en el Hospital de Clínicas Caracas, el día miércoles 28 de Octubre.

**Exposición Comercial:**

Como complemento al Programa Científico, el Comité Organizador ha programado la realización de una Exhibición Científica paralela al 47° Congreso Nacional de Gastroenterología y 28° Congreso Nacional de Gastroenterología Pediátrica, la cual contará con la presencia de las casas comerciales y laboratorios líderes en la especialidad. Ésta está ubicada en el Salón Mateo Manaure y en la antesala del Salón Manuel Quintana Castillo
Abierta a partir de las 08:00 am hasta las 07:00 pm, los días Jueves 29 y Viernes 30 de Octubre. El Sábado 31, 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 29 de Octubre de 07:00 a.m. a 04:00 p.m.
Viernes 30 de Octubre de 06:30 a.m. a 04:00 p.m.
Sábado 31 de Octubre de 07:00 a.m. a 01:00 p.m.

**Identificación:**

Al formalizar su inscripción, recibirá un distintivo con su nombre y apellido.
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 INSTRANSFERIBLE, 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 Salón Mateo Manaure. En la parte superior se colocará el Título, nombres del autor y coautores e Institución donde se realizó el trabajo. Luego, el resúmen del trabajo y en el resto de los espacios se distribuirán las gráficas y leyendas. Los posters serán expuestos desde el día Jueves 29 hasta el Sábado 31 de Octubre, en el horario comprendido de 8:00 am hasta las 6:00 pm.

**Certificados de asistencia en línea:**

En el 47° Congreso Nacional de Gastroenterología, 28° Congreso Nacional de Gastroenterología 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/sovegastro2026) 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 47° Congreso Nacional de Gastroenterología y 28° Congreso Nacional de Gastroenterología Pediátrica?**

Los certificados podrá descargarlos a través de la página web 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 47° Congreso Nacional de Gastroenterología y 28° 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
- Lavado frecuente de sus manos
- Utilizar spray antibacterial cada vez que lo considere conveniente
- Procurar salir en grupos
- Retirarse el distintivo 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 Sociedad Venezolana de Gastroenterología, quienes estarán debidamente identificados.

Material informativo al personal de salud
Vademécum marca
Biotech Laboratorios, RIF: J-00226785-2

**ESCANEA**
Conoce nuestro catálogo completo

BIOTECH
J-00226785-2

# Zonium®

## Esomeprazol 20 mg I 40 mg




LÍNEA SALUD DIGESTIVA
BIENESTAR GASTROINTESTINAL INTEGRAL

**Control sostenido** de los síntomas del reflujo y la acidez.

**Inhibición potente** de la secreción ácida gástrica.

**Favorece la cicatrización** de la mucosa esofágica y gástrica.

## PROTECCIÓN AVANZADA
## DE LA MUCOSA GÁSTRICA

**PRESENTACIÓN:**
Cápsulas con microgránulos entéricos de 20 mg y/o 40 mg

**COMPOSICIÓN:**
Esomeprazol
20 mg / 40 mg

**INDICACIÓN:**
Tratamiento de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) I Esofagitis erosiva por reflujo I Prevención y tratamiento de úlceras asociadas a AINEs I Manejo de hipersecreción ácida gástrica I En combinación con antibióticos para Helicobacter pylori.

Venta bajo **prescripción médica**

Disponible en **FARMACIAS**

Este material ha sido revisado y aprobado por el Departamento médico y farmacéutico patrocinante de Biotech Laboratorios C.A.

# Programa Científico

## Hands On: Un reto para el desarrollo endoscópico

Miércoles 28 de Octubre de 2026
Hospital de Clínicas Caracas

# Miércoles 28 de Octubre, Hospital de Clínicas Caracas

07:30 a 01:00
02:00 a 08:00

## Hands On: Un reto para el desarrollo endoscópico

**Coordinadores:** *Dr. Alberto Baptista y Dr. Jorge Landaeta*
**Lugar:** Hospital de Clínicas Caracas, piso 9.
**Dos Sesiones**: Horario Matutino / Horario Vespertino
**Cupos Limitados**: 20 personas cada turno, previa inscripción en línea
**20 estaciones cada turno**

### Monitores:

-Lázaro Arango (Colombia)
-Carlos Donneys (Colombia)
-Claudio Navarrete (Chile)
-José Soto
-Modesta Malaver
-Ileana González
-Virginia Armas
-Ydaly Bonilla
-Calixto Cifuentes
-Diego Castillo
-Wilfredo Garcia M
-Manuel Bronstein
-Frank Figueroa
-Walter Mosquera
-Adolfo Bohórquez
-Jorge Landaeta
-Alberto Leamus
-Maria Luisa Clavo
-Yolette Martínez

### Estaciones:

1. Endogym
2. Asa fría y sangrado
3. Cuerpo extraño
4. Cápsula intestino delgado
5. Stent esofágico
6. Litotripsia por colangioscopia
7. Punción de lesiones subepiteliales
8. Ablación de tumores por USE
9. Drenaje de colección pancreática con LAMS
10. HDS: Control con clips
11. Cierre de perforación: Ovesco DAT clip y STAR clips
12. Disección submucosal robótica
13. Infundibulotomía de papila de Vater con esfinteroplastia- stent
14. Endosutura de Apollo o radiofrecuencia de esófago
15. Estación de colocación de sonda de alimentación
16. Polipectomía de pólipos pediculados: Profilaxis de sangrado con clips
17. Esfinterotomía, colangioscopia y biopsia de colédoco
18. Stent enteral: Colon y píloro
19. Elastografia Hepática
20. Diseccion submucosal de colon

# Programa Científico
# 47° Congreso Nacional de Gastroenterología
## Jueves 29 de Octubre de 2026
## Salón Fabiani I y II

# Jueves 29 de Octubre
## Salón Fabiani I y II

8:00 a 10:00 **SOVEGASTRO 5.0**

**Coordinadores:** *Dr. Cono Gumina y Dra. Yolette Martínez*

8:00 IA en Gastroenterología.
***Dr. Carlos Timossi***

8:20 IA en la detección de cáncer gástrico temprano y displasia.
***Dr. Herbert Burgos.***

8:40 IA en la detección de pólipos y lesiones tempranas de colon: ¿Aumenta realmente la tasa de detección de adenomas o es solo un distractor?.
***Dr. Alessandro Repicci***

9:00 IA en cápsula de intestino delgado y avances.
***Dra. Carla Días***

9:20 Cápsula colónica en la detección de pólipos.
***Dr. Cesare Hassan***

9:40 Sesión de preguntas

10:00 a 10:30 **INAUGURACIÓN EXPOSICIÓN COMERCIAL**

10:30 a 12:00 **ENDOAULA 5.0**

**Coordinadores:** Dr. *Jorge Landaeta y Dr. José Roberto Soto*
*Dr. Joaquín Rodríguez y Dra. Mónica Sánchez*

10:30 Lesiones imposibles de resecar: ¿Se puede ?
***Dr. Joaquín Rodríguez***

10:50 Casos clínicos

11:00 Cromoendoscopia y detección de lesiones precoces.
***Dra. Mónica Sánchez***

11:20 Casos clínicos

11:30 ¿Operar o resecar? Decisiones ante un tumor T1 del tracto digestivo
***Dr. Joaquín Rodríguez***

11:50 Casos clínicos

12:00 a 12:30 **Conferencia Magistral Dr. Joel Valencia Parpacen**

Aprendizaje de patrones mucosos en endoscopia digestiva y su impacto clínico. Presente y futuro.
***Dr. Calixto Cifuentes*** ***Semblanza: Dr. Carlos Sánchez***

# Jueves 29 de Octubre
## Salón Fabiani I y II

12:30 a 01:30 **Simposio Pharmetique**

**Almuerzo Conferencia**

**Erge y PCABs: Evolución de la supresión ácida en esofagitis**

***Dr. Juan Carlos González***

01:30 a 04:00 **Páncreas y vías biliares**

**Coordinadores:** *Dr. Manuel Bronstein y Dr. Vladimir Mago*

01:30 USE en cáncer de páncreas.
***Dr. Lázaro Arango***

01:45 Tratamiento para el cáncer de páncreas resecable: Cirugía
***Dr. Rubén Hernández***

02:00 Tratamiento para el cáncer de páncreas resecable: Terapia Neoadyuvante .
***Dr. Carlos Sucre***

02:15 Necrosis Pancreática. Toma de decisiones
***Dr. Claudio Navarrete***

02:30 Colangioscopia: Indicaciones.
***Dr. Lázaro Arango***

02:45 Cálculos difíciles: ¿Cuáles son y qué hago?
***Dr. Claudio Navarrete***

03:00 **Endoscopia extrema**

**Moderadores:** *Dr. Jorge Landaeta y Dr. Freddy Pereira*
*Dres. Joaquín Rodríguez, Alberto Baptista, Claudio Navarrete y Víctor Bracho.*

04:00 a 04:30 **Receso de café - Visita a exposición comercial**

4:30 a 05:00 Conectar, educar, evolucionar . El camino Digital en SOVEGASTRO
*Marlin García - Linda Rodríguez*
***ATA Consultores***

# Jueves 29 de Octubre
## Salón Fabiani I y II

05:00 **Acto Inaugural**
**Presentadora:** *Dra. Mercedes De Sousa*

05:00 Palabras de Bienvenida.
***Dra. Lucy Dagher***
*Presidente Sociedad Venezolana de Gastroenterología 2024 - 2026*

05:10 Palabras de Bienvenida Asociación Colombiana de Gastroenterología
***Dr. Alejandro Concha.***
*Presidente*

05:20 Palabras de Bienvenida
***Dr. Claudio Navarrete***

05:20 80 años de la Revista GEN
***Dr. Juan Carlos González***
Reconocimiento a los Editores de la Revista GEN

05:50 Semblanza de la Dra. Maribel Lizarzabal
***Dra. Carla Días***

06:00 Conferencia Magistral . Gerencia Estratégica para una Sociedad de Clase Mundial.
***Dra. Maribel Lizarzábal***
Madrina epónima del 47° Congreso Nacional de Gastroenterología

06:30 Reconocimiento a la **Dra.Maribel Lizarzábal**
***Dr. Sergio Osorio Morales***,
Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia

06:30 **Acto Cultural**
**Cortesía de Pharmetique**

# Programa Científico
## 47° Congreso Nacional de Gastroenterología
### Jueves 29 de Octubre de 2026
### Salón Fabiani III

# Jueves 29 de Octubre
# Salón Fabiani III

10:30 a 12:00 **Encuentro Colombo Venezolano de Residentes- Reunion Interhospitalaria.**

**Cortesía de Calox**

**Moderadores:** *Dra. María Luisa Clavo / Dr. Saturnino Fernández .*

02:00 a 03:00 **Taller Hepatus**

***Dr. Gustavo Andrés Díaz***

***Dra. Leyda Aldana***

**MDS**

03:00 a 04:00 **Intestino Delgado: Microbioma, Inflamación y Tecnología**

Moderadores: ***Dra Carla Días y Dr. Guillermo Veitía***

03:00 SIBO e IMO: Criterio diagnóstico y algoritmo clínico.
***Dr. Wiliam Otero***

03:15 EII : *Lo que* el gastroenterólogo debe saber.
***Dr. Fabián Puentes***

32:30 *EII: Cuándo iniciar terapia avanzada*
***Dr. Fabián Puentes***

03:45 Abriendo la caja negra del intestino delgado: De la imagen a la intervención, 25 años de sinergia entre videocápsula y enteroscopia
***Dr. Luis Eduardo Zamora***

# Programa Científico

## 47° Congreso Nacional de Gastroenterología

## 28° Congreso Nacional de Gastroenterología Pediatríca

### Viernes 30 de Octubre de 2026

### Salón Fabiani I y II

# Viernes 30 de Octubre
# Salón Fabiani I y II

08:15 a 12:00 **Roma V: Latam**

**Cortesía de Laboratorios Farma**

08:15 **Palabras de Inauguración: Dra Lucy Dagher**

**Sindrome del Intestino Irritable**

**Coordinador:** *Dr. Rafael Santiago*

08:30 De la adultez:
***Dra. Nefertiti Daulabani***

08:50 De la niñez:
***Dr. Carlos Alberto Velasco***

09:10 Preguntas y respuestas

**Estreñimiento**

**Coordinadora:** *Dra. Michelle Higuera*

09:30 De la adultez:
***Dr. José María Remes-Troche***

09:50 De la niñez:
***Dr. Rafael Santiago***

10:10 Preguntas y respuestas

10:30 a 11:00 **Receso de café - Visita a exposición comercial**

**Esófago Hipersensible**

**Coordinador:** *Dr. Carlos Velasco*

11:00 De la adultez:
***Dr. Raúl Aponte***

11:20 De la niñez:
***Dra. Michelle Higuera***

11:40 Preguntas y respuestas

12:00 a 12:30 **Presentación de Trabajos Libres**

12:00 **TLOED-002** El Espejismo Diagnóstico en el Síndrome de la Arteria Mesentérica Superior: Análisis de Sesgos Cognitivos a partir de una Serie de Casos

12:10 **TLOED-005** Tamizaje del cáncer colorrectal a los 45 años en población adulta venezolana: De la aceptación conceptual a la conducta reactiva.

12:20 **TLOUI-019** Concordancia diagnóstica entre el ultrasonido intestinal y los estándares de referencia en patologías gastrointestinales: estudio piloto en Venezuela

12:30 a 01:30 **Almuerzo Libre - Visita a exposición comercial**

# Viernes 30 de Octubre
# Salón Fabiani I y II

01:30 a 03:20 **Motilidad**

**Cortesía de Grupo Vargas**

**Coordinadores:** *Dr. César Louis y Dra. Michelina Iafigliola*

01:30 La era de los PCABS en ERGE.
***Dr. José María Remes-Troche***

01:50 Acalasia: estado del arte.
***Dra. Albis Hani***

02:10 Más allá de la restricción total: El FODMAP personalizado y flexible en la era del microbioma
***Dr. Alejandro Concha***

02:30 Dispepsia o gastroparesia
***Dra. Albis Hani***

02:50 Estreñimiento crónico: De la guía global de la WGO al paciente refractario - Algoritmo adaptado a la realidad latinoamericana
***Dr. Alejandro Concha***

03:10 Preguntas y respuestas

03:20 a 04:00 **Presentación de Trabajos Libres**

03:20 **TLOH-018** Lipidemia aterogénica asociada a hepatitis B y C en enfermedad renal crónica en hemodiálisis.

03:30 **TLOED-001** Anticuerpos totales y específicos anti-*Candida albicans* en enfermedad inflamatoria intestinal

03:40 **TLOED-005** Prevalencia de Infección por *H. pylori* mediante antígeno fecal e Iga secretora específica

03:50 **TLOUI-020** Utilidad del ultrasonido endoscópico para la detección de lesiones vasculares relacionadas al tracto gastrointestinal

04:00 a 04:30 **Receso de café - Visita a exposición comercial**

04:30 a 05:00 **Conferencia Magistral Dr Ricardo Baquero**

***Dra. María Carolina Manzo.*** ***Semblanza: Dra. Lucy Dagher***

# Viernes 30 de Octubre
# Salón Fabiani I y II

05:00 a 05:40 **Obesidad 360**

**Coordinadores:** *Dr. Rafael Anato y Dr. William Folkmanas*

05:00 Análogos GLP-1 : ¿Superan a la cirugía o endocopia bariátrica?-
***Dr. Carlos Carrera***

05:20 **Mesa redonda**: Mejor opción terapéutica / Decisiones. 4 casos clínicos.
***Drs. Carlos Carrera, Guillermo Borjas, José Di Giorgio***.

05:40 El Camino del paradigma sobre la edad.
***Dra. Maribel Lizarzábal***

06:00 a 06:30 **Simposio Leti:**

**Errores comunes e impacto de los PCABs en la erradicación del *H. Pylori.***
***Dr. Wiliam Otero***

07:30 **Salón Fabiani III**
**Asamblea General**

# Programa Científico
# 47° Congreso Nacional de Gastroenterología
## Viernes 30 de Octubre de 2026
## Salón Fabiani III

# Viernes 30 de Octubre
# Salón Fabiani III

07:30 **Desayuno con el Experto**
Cómo hacer presentaciones exitosas
***Dr. William Otero***

12:30 a 01:30 **Simposio Distrilab**
Mesalazina : la importancia de la terapia combinada
***Dr. Guillermo Veitía***

02:00 a 04:00 **Taller Hepatus**
***Dr. Gustavo Andrés Díaz***
***Dra. Leyda Aldana***
**MDS**

04:00 a 04:30 **Receso de café - Visita a exposición comercial**

04:30 a 05:00 **Salón Fabiani I y II**
**Conferencia Magistral Dr Ricardo Baquero**
***Dra. María Carolina Manzo. Semblanza: Dra. Lucy Dagher***

06:00 a 06:30 **Salón Fabiani I y II**
**Simposio Leti:**
**Errores Comunes e impacto de los PCABs en la erradiación del *H. pylori*.**
***Dr. Wiliam Otero***

07:30 **Asamblea General**

# Programa Científico
# 47° Congreso Nacional de Gastroenterología
## Viernes 30 de Octubre de 2026
## Salón Manuel Quintana Castillo III

## Viernes 30 de Octubre
## Salón Manuel Quintana Castillo III

07:00 a 08:00 **Desayuno con el Experto:**
Manejo de Várices Gástricas
Moderador: Dr. Dervis Bandres
Dr. Alejandro Concha
*Patrocina Laboratorios Vargas*

12:30 a 01:30 ***Taller Intestino saludable: Cultivando tu bienestar desde la raíz***
*Chef Adriana García*
*Lic. Luisa Alzuru (Nutricionista)*
*Coordinadora: Dra. Maribel Lizarzábal*

02:00 a 03:00 **Lo Mejor de la UEG week 2026**

# Programa Científico
## 47° Congreso Nacional de Gastroenterología
### Sábado 31 de Octubre de 2026
### Salón Fabiani I y II

# Sábado 31 de Octubre
# Salón Fabiani I y II

08:00 a 10:00 **Emergencias en Hepatología: Baveno VIII.**

Moderadores: Dra. Nancy Escalante y Dr. Edgardo Mengual

08:00 BAVENO VIII : Elastografia esplénica en la evaluación no invasiva y estratificación de riesgo en la cirrosis compensada.
***Dr. Rolando Ortega (Colombia)***- patrocina Echosens

08:20 Baveno VIII: manejo del sangrado agudo variceal
***Dr. Juan Carlos García-Pagán***

08:40 TIPS: selección de pacientes y estratificación del riesgo
**Dra. María Gabriela Delgado Navas**

09:00 Manejo de várices gástricas
***Dr. Andrés Cárdenas***

09:20 Ascitis y sindrome hepatorenal: manejo basado en la evidencia.
***Dra. Guadalupe García Tsao***

09:40 Casos Clínicos extremos.
***Dr Carlos Calderas***

10:00 a 10:30 **Receso de café - Visita a exposición comercial**

10:30 a 11:00 **Conferencia Magistral Dr Simón Beker**

***Dra. Nancy Escalante.*** ***Semblanza: Dra. Lucy Dagher***

11:00 a 12:00 **Segundo campeonato nacional de video y fotografía Endoscópica**

**Moderadores:** *Dr. Jorge Landaeta y Dr. Rafael Montero .*

12:30 a 01:30 **Almuerzo Libre - Visita a exposición comercial**

# Sábado 31 de Octubre
# Salón Fabiani I y II

01:50 a 02:10 **Gastroenterología Vs. Coloproctología el dilema del T2**
Moderadores: Dr. Álvaro Montilla y Dr Calixto Cifuentes

01:50 Escisión mesorrectal total. Ventajas y desventajas en T2.
***Dr. Elvis Vargas***

02:10 Lo que debe saber el gastroenterólogo y el coloproctólogo sobre los factores de riesgo histopatológicos para el cáncer de recto.
***Dra. Sandra Romero***

02:30 Rol de la terapia neoadyuvante para la preservación de órganos:
***Dr. Juan Celis***

02:50 Manejo actual del cáncer de recto precoz.
***Dr. Leonardo García Atienza***

03:05 Escisión endoscópica en recto . Ventajas y desventajas.
***Dra. Mónica Sánchez y Dr. Joaquín Rodríguez***

03:20 Caso clínico.
***Dr. Jorge Landaeta***

03:30 Debate Cruzado. Mesa Redonda y Preguntas

04:00 a 04:30 **Receso de café - Visita a exposición comercial**

4:30 a 06:00 **Mi peor pesadilla.**
Moderadores: Dr. Raúl Monserat y Dr. Dervis Bandres

06:00 **Entrega de Reconocimientos y Clausura**

# Programa Científico
# 47° Congreso Nacional de Gastroenterología
## Sábado 31 de Octubre de 2026
## Salón Fabiani III

# Sábado 31 de Octubre
# Salón Fabiani III

07:00 a 08:00 **Desayuno con Endoaula:**

Dra. Mónica Sánchez
Dr. Joaquin Rodríguez

12:00 a 06:00 **Presentación de Posters con discusión**

12:00 **PDED-001** Antigenos Fecales De Hp En Habitantes De Coche, Edo Nueva Esparta, Vzla

12:10 **PDED-002** Cáncer medular de colon e inestabilidad de microsatélites: Desafiando al adenocarcinoma clásico. A propósito de una serie de casos infrecuentes

12:20 **PDED-003** Neoplasias Gastrointestinales En Adultos Jóvenes En Maracaibo: Reporte De Casos

12:30 **PDE-004** Análisis Comparativo De Tasas De Detección De Lesiones En Colonoscopia En Médico Gastroenterólogo En Formación Asistida Con Inteligencia Artificial

12:40 **PDE-005** Asociación Entre La Apariencia Nodular Mucosal Gástrica Y La Presencia De Helicobacter Pylori.

12:50 **PDE-006** Ileitis Granulomatosa Y Tb-Igra Positivo: El Mimetismo Diagnóstico Entre La Enfermedad De Crohn Y La Tuberculosis Intestinal

01:00 **PDE-007** Mimetismo Endoscópico De La Amebiasis Intestinal: De La Masa Pseudotumoral A La Enfermedad Inflamatoria Intestinal

01:10 **PDE-008** Oclusión de fístula enteroatmosférica recalcitrante en paciente séptico con abdomen congelado mediante abordaje híbrido con dispositivo Amplatzer

01:20 **PDE-009** Páncreas Anular Completo En El Adulto: Variante Anatómica Infrecuente Como Simulador De Colangiocarcinoma Distal. A Propósito De Un Caso.

01:30 **PDE-010** Rectitis Actínica Con Presentación Atípica Como Lesión Pseudotumoral: A Propósito De Un Caso

01:40 **PDE-011** Rescate endoscópico con balón gigante de stent metálico biliar migrado

01:50 **PDE-012** Tuberculosis Esofágica Primaria, Presentación De Un Caso

01:00 **PDE-013** Vólvulo de Ciego Recurrente: De la Descompresión Endoscópica de Emergencia a la Resolución Laparoscópica Definitiva

01:10 **PDGP-014** Éxito endoscópico en fístula traqueoesofágica por pila de botón refractaria a cirugía

# Programa Científico

## 28° Congreso Nacional de Gastroenterología Pediátrica

**Viernes 30 de Octubre de 2026**
**Salón Manuel Quintana Castillo I y II**

## Viernes 30 de Octubre
## Salón Manuel Quintana Castillo I

12:00 – 05:10 **28° Congreso Nacional de Gastroenterología Pediátrica**
***Coordinador:*** *Dr. Rafael Santiago*

12:00 – 01:00 **Almuerzo Conferencia Vargas**
Desafiando a la Giardia: Estrategias diagnósticas y terapéuticas en el paciente pediátrico.
***Dra. Luisana Rodríguez***

01:00 – 01:30 **Receso de café - Visita a exposición comercial**

### Módulo de Hígado
***Coordinador:*** *Dra. Vanesa Saavedra.*

01:30 Hipertransaminemia: Simple hallazgo o señal de alarma.
***Dra. Nina Colina***

01:50 Estado actual del trasplante hepático en Venezuela
***Dr. Pedro Rivas***

### Módulo de intestino.
***Coordinadora:*** *Dra. Génesis Bastidas.*

02:10 Valor del Ultrasonido y el Doppler en la ECN en el RN.
***Dr. Pedro Unshlem***

02:30 Sensibilidad al gluten entre la evidencia y la controversia.
***Dra. Dianora Navarro***

02:50 Enfermedad celiaca en la población pediátrica:
Análisis de la experiencia y manejo clínico.
***Dr. Félix Sánchez Valverde*** (España).

### Módulo de Microbiota
***Coordinador:*** *Dra. Andrea Nogales.*

03:10 Microbiota Intestinal: Conformación e inmunidad en los primeros años de vida.
***Dra. Michelle Higuera*** (Colombia)

03:30 Saccharomyces Boulardii: modulación del eje microbiota-inmunidad.
***Dr. Robin Tarazona***

03:50 Importancia del equipo multidisciplinario en el manejo de EII.
**Dr. Guillermo Veitía**

04:00 – 04:30 **Receso de café - Visita a exposición comercial**

Coordinador: Dr. Rafael Santiago

04:30 – 05:00 **Conferencia Nestlé**
¿Estamos sobre diagnosticando la APLV? Debate basado en evidencia.
Dra. Georgette Daoud de Daoud

05:00 – 05:10 Sesión de Preguntas y Respuestas

# Programa Científico

## 28° Congreso Nacional de Gastroenterología Pediátrica

**Sábado 31 de Octubre de 2026**
**Salón Manuel Quintana Castillo I**

## Sábado 31 de Octubre
## Salón Manuel Quintana Castillo I

***Coordinador:*** *Dra. Keila Córdoba*

08:00 Esofagitis Eosinofílica: Fenotipos, clínica y hallazgo endoscópico en pediatría.
**Dra. Michelle Higuera**

08:20 Enfermedad Celíaca en Latinoamérica: Puntos claves a tener en cuenta.
**Dr. Carlos Velasco**

08:40 **Conferencia Mead Johnson**
"Ciencia y evidencia detrás de los bióticos"
**Dr. Johon F. Garcés Camacho**

***Coordinador:*** *Dra. Michael Nuñez*

09:10 **Transición de la Niñez a la Adultez** (MESA REDONDA)
RGE
HAI
EII
Dra. Sandra Neri / Dra. Elennys Moya
Dr. Edgardo Mengual / Dr. Guillermo Veitía
Lic. Gabriela Romero Psicóloga

10:00 – 10:30 **Receso de café - Visita a exposición comercial**

10:30 – 12:00 **Presentación de Trabajos Libres**

10:30 **TLOGP-006** Eje intestino-cerebro y dolor abdominal crónico en adolescentes: Impacto del estrés, exigencia académica, asistencia a clase y acoso escolar.

10:40 **TLOGP-007** Esofagitis eosinofílica emerge más allá del reflujo: Fenotipos clínico-endoscópicos e histológicos en pediatria. Serie de casos.

10:50 **TLOGP-008** Hirschsprung en niños ¿es la edad de detección un pronóstico?.

11:00 **TLOGP-009** Impacto del perfil organoléptico en la adherencia y eficacia del tratamiento del estreñimiento funcional pediátrico: citrato de magnesio frente a poli

11:10 **TLOGP-010** Informe preliminar: Hallazgos clínicos y endoscópicos en pacientes con pólipos colorrectales que presentan APLV.

11:20 **TLOGP-011** Nuevos horizontes en el intestino delgado: Utilidad de la cromoendoscopia i-scan en el duodeno pediátrico.

11:30 **TLOGP-012** Páncreas silente: Decodificando los factores de riesgo de la esteatosis pancreática en pediatría.

11:40 **TLOGP-013** Pólipo gástrico gigante en síndrome de Peutz-Jeghers: Abordaje endoscópico resolutivo.

| | |
|---|---|
| 11:50 | **TLOGP-014** Relación del daño intestinal en la aparición de la afectación hepática en pacientes pediátricos con enfermedad celiaca. |
| 12:00 | **TLOGP-015** Trastornos de la conducta alimentaria en patología gastrointestinal pediátrica: una realidad en la interacción del eje intestino cerebro. |
| 12:30 – 01:00 | **Cierre de 28° Congreso Nacional de Gastroenterología Pediátrica**. |

Material informativo al personal de salud
Vademécum marca
Biotech Laboratories, Rif: J-00226785-2

**ESCANEA**
Conoce nuestro catálogo completo

BIOTECH
J-00226785-2

# DOPALEN®

## MEBEVERINA 200 mg LP




Antiespasmódico de **acción musculotrópica.**

**Actúa** sobre el músculo liso gastrointestinal.

**No presenta los efectos** anticolinérgicos típicos de los antiespasmódicos antimuscarínicos.

LÍNEA SALUD DIGESTIVA
BIENESTAR GASTROINTESTINAL INTEGRAL

## CONTROL DEL DOLOR SIN ALTERACIÓN DEL TRÁNSITO INTESTINAL

**PRESENTACIÓN:**
Estuche con 10 cápsulas de liberación prolongada

**COMPOSICIÓN:**
Clorhidrato de Mebeverina 200 mg

**INDICACIÓN:**
Tratamiento sintomático del dolor en SII

Venta bajo **prescripción médica**

Disponible en **FARMACIAS**

Este material ha sido revisado y aprobado por el Departamento médico y farmacéutico patrocinante de Biotech Laboratorios C.A.

# Resúmenes de Trabajos Libres

## 47° Congreso Nacional de Gastroenterología

## 28° Congreso Nacional de Gastroenterología Pediátrica

**Del 29 al 31 de Octubre**

**Renaissance La Castellana**

12:00 a 12:30 **Viernes 30 – Salón Fabiani I y II**

Encuentro
Colombo Venezolano



RIF: J-00233997-7

**TLOED-002** El Espejismo Diagnóstico en el Síndrome de la Arteria Mesentérica Superior: Análisis de Sesgos Cognitivos a partir de una Serie de Casos
**TLOED-005** Tamizaje del cáncer colorrectal a los 45 años en población adulta venezolana: De la aceptación conceptual a la conducta reactiva.
**TLOUI-019** Concordancia diagnóstica entre el ultrasonido intestinal y lo estándares de referencia en patologías gastrointestinales: estudio piloto en Venezuela

## RESUMENES

### TLOED-002 EL ESPEJISMO DIAGNÓSTICO EN EL SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR: ANÁLISIS DE SESGOS COGNITIVOS A PARTIR DE UNA SERIE DE CASOS

*Carla Dias, Suhey Pérez, Luis Huaman*

Introducción: Se estima que los errores diagnósticos ocurren en el 10-15% de los casos en medicina interna, atribuyéndose frecuentemente a fallas en el razonamiento clínico más que a falta de conocimiento. El síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS) o síndrome de Wilkie es una causa infrecuente de obstrucción duodenal extrínseca, cuyo diagnóstico suele retrasarse por su presentación clínica inespecífica. Objetivo: Analizar el impacto de los sesgos cognitivos en el retraso diagnóstico de tres pacientes con SAMS confirmado por angiotomografía. Métodos: Serie de casos retrospectiva (enero-junio 2026) con diagnóstico final de SAMS, cuyo diagnóstico inicial fue erróneo o demorado.Se analizaron los errores cognitivos involucrados.Resultados: Se presentan tres casos de mujeres jóvenes con SAMS. El análisis retrospectivo reveló sesgos cognitivos recurrentes:sesgo de anclaje (focalización en hallazgos mucosos superficiales),sesgo de disponibilidad y confirmación (clasificación como patología gastroduodenal primaria),efecto del encuadre y atribución psicógena(etiquetamiento de síntomas posturales como somatización) y cierre prematuro(detención de la investigación al hallar gastritis o reflujo biliar). La videocápsula endoscópica (VCE) mostró un patrón cinético de «to-and-fro» con reflujo transpilórico recurrente, y la angio-TAC confirmó ángulos aortomesentéricos

### TLOED-005 TAMIZAJE DEL CÁNCER COLORRECTAL A LOS 45 AÑOS EN POBLACIÓN ADULTA VENEZOLANA: DE LA ACEPTACIÓN CONCEPTUAL A LA CONDUCTA REACTIVA

*Carla Dias, Suhey Pérez, Silvia Bernardini, Maria Renza Bernardini, Arnaldo Fernandez, Yaritza Méndez, Yulidza Hurtado, Evelyn Spitali, Martin Rivas*

Introducción:El cáncer colorrectal es una causa importante de morbimortalidad, con un aumento en jóvenes que justifica adelantar el tamizaje a los 45 años. Objetivo:Se evaluó conocimientos, creencias y prácticas sobre dicho tamizaje en adultos venezolanos mediante un estudio mixto que combinó un grupo focal cualitativo y una encuesta cuantitativa nacional basada en el Modelo de Creencias en Salud. Resultados: Los resultados cualitativos revelaron una "ilusión de salud" (sentirse bien equivale a estar sano), percepción del examen como inversión protectora, inercia reactiva (actuar solo ante síntomas), desconexión corporal, desconfianza en el sistema, altruismo social, y el miedo o la vergüenza como barreras de género. La encuesta mostró que el 75% asocia la ausencia de síntomas con estar sano; el 58,3% cree que la enfermedad afecta solo a personas mayores; y el 60,7% nunca se ha realizado un tamizaje. Aunque el 79,9% reconoce que la colonoscopia a los 45 años previene el cáncer y el

100% la considera una protección económica, el 74,5% reporta que ningún médico en Venezuela le recomendó iniciar controles a esa edad. En mayores de 45 años, la falta de información (20,4%) y de indicación médica (13,8%) superaron al temor a la preparación (4,5%), siendo el costo la barrera económica principal (64,0%). Conclusiones:existe una brecha entre la aceptación conceptual preventiva y la conducta reactiva del paciente. La falta de indicación médica a los 45 años y el mito de la edad determinan la baja cobertura, lo que requiere prescripción clínica activa y campañas informativas de detección precoz. Palabras claves: cáncer colorrectal, 45 años, tamizaje, creencias, barreras, prescripción médica

## TLOUI-019 CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA ENTRE EL ULTRASONIDO INTESTINAL Y LOS ESTÁNDARES DE REFERENCIA EN PATOLOGÍAS GASTROINTESTINALES: ESTUDIO PILOTO EN VENEZUELA

*Carla Dias, Luis Huaman, Suhey Pérez, Guillermo Veitia, Beatriz Pernalette*

Introducción: El diagnóstico y seguimiento de las patologías del intestino delgado y colónicas, especialmente la enfermedad inflamatoria intestinal, dependen de procedimientos invasivos, costosos y de acceso limitado como la ileocolonoscopia, cápsula endoscópica, enterotomografia(entero-TC), enteroresonancia(entero-RM) e histopatología. En este contexto, el ultrasonido intestinal (USI) surge como una alternativa no invasiva, económica y libre de radiación; no obstante, la evidencia sobre su rendimiento en Latinoamérica es escasa. Con el objetivo de evaluar la concordancia diagnóstica preliminar entre el USI y los estándares de referencia en Venezuela, se realizó un estudio prospectivo en 10 pacientes evaluados ciegamente con USI frente a ileocolonoscopia, cápsula endoscópica,Tomografia abdominopelvica o entero-TC, calculando el índice Kappa, sensibilidad, especificidad y valores predictivos (IC 95%). Los resultados mostraron una concordancia global, sensibilidad y especificidad del 100%, sin diferencias significativas en la medición del grosor parietal entre los métodos. Estos hallazgos, alineados con la literatura internacional que reporta sensibilidades del 86,4% y especificidades del 88,3%, confirman la elevada precisión y factibilidad del USI en el entorno local. Sin embargo, su adopción en la región sigue siendo incipiente, identificándose la falta de capacitación estructurada como el principal obstáculo para el 60% de los profesionales, en claro contraste con Europa, donde se exigen 300 exploraciones supervisadas. En conclusión, el USI es una herramienta técnica viable y confiable en Venezuela, pero su implementación masiva requiere superar barreras educativas mediante centros regionales de entrenamiento, telesonografía y colaboración internacional. Palabras clave: Ultrasonido intestinal, Ileocolonoscopia, Videocápsula endoscópica, Tomografía abdominopélvica, Enterotomografia

03:20 a 04:00 **Viernes 30 – Salón Fabiani I y II**

**TLOH-018** Lipidemia aterogénica asociada a hepatitis B y C en enfermedad renal crónica en hemodiálisis.
**TLOED-001** Anticuerpos totales y específicos anti-Candida albicans en enfermedad inflamatoria intestinal
**TLOED-005** Prevalencia de Infección por H. pylori mediante antígeno fecal e Iga secretora específica
**TLOUI-020** Utilidad del ultrasonido endoscópico para la detección de lesiones vasculares relacionadas al tracto gastrointestinal

## RESUMENES

### TLOH-018 LIPIDEMIA ATEROGENICA ASOCIADA A HEPATITIS B Y C EN ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN HEMODIALISIS.

*Alberto Jose Garcia Gonzalez, Maria Isabel Ramos de García, Saturnino Jose Fernandez Bermudez, Enmily Sarahi Rodriguez Morales*

Introducción: La dislipidemia asociada a hepatitis viral ha sido poco referenciada en Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis. Objetivo: Evaluar la lipidemia aterogénica asociada a seropositividad para Virus de hepatitis B y C en Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis Materiales y métodos: Estudio epidemiológico de tipo corte transversal, descriptivo, caso control. muestreo intencional, no aleatorizado. 4145 muestras séricas de pacientes con ERC en hemodiálisis fueron evaluadas. Caso 1213 (seropositividad para hepatitis B y/o C), controles 2932 (seronegatividad para Hepatitis B y/o C). Se determinó la lipidemia y los índices indicadores de aterotrombogenicidad. Al análisis por la prueba t-Student y ANOVA se realizó con alfa = 0.05. Resultados y conclusión: la colesterolemia total, LDL; No HDL y HDL fueron significativamente mayores en los casos (p

### TLOED-001 ANTICUERPOS TOTALES Y ESPECÍFICOS ANTI-CANDIDA ALBICANS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

*Dariela de la Trinidad Zambrano Zambrano, Diana Ortiz Princz, Primavera Alvarado, Guillermo Veitia*

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se ha asociado con alteraciones del micobioma intestinal y de la mucosa, destacando el papel de Candida albicans. La IgA secretora (IgAs) salival constituye un marcador indirecto de la inmunidad intestinal. Objetivo: Determinar anticuerpos IgG séricos e IgAs salivales, totales y específicos anti-C. albicans en pacientes con EII. Material y método: Estudio observacional, analítico, transversal, comparativo. Se evaluaron 50 pacientes con EII y 37 controles entre mayo 2024 y mayo 2025 (Unidad de EII-Hospital Vargas); la detección de anticuerpos se realizó mediante ELISA (Instituto de Biomedicina-Dr. Jacinto Convit), los datos se analizaron con SPSS 26.0. Resultados: 44 pacientes presentaron colitis ulcerosa (CU), 6 enfermedad de Crohn (EC). Los pacientes con EII mostraron valores significativamente menores de IgG total sérica (1,74 ng/mL vs. 2,42 ng/mL; p

### TLOED-005 PREVALENCIA DE INVECCIÓN POR H.PYLORI MEDIANTE ANTÍGNO FECAL E IGA SECRETORA EPECÍFICA

*Genesis Paez, Itxel Moya, Diana Ortiz-Princz, Rafael Montero, Jonathan Mancini, Andreína Guzmán, Guillermo Veitía HVC*

La infección por Helicobacter pylori afecta al 50% de la población mundial, alcanzando hasta de 90% en adultos de países subdesarrollados. Los métodos de diagnóstico siguen siendo un desafío en cuanto a disponibilidad, accesibilidad sensibilidad y especificidad. Objetivo: Determinar la prevalencia de infección por H. pylori mediante antígeno fecal e IgA secretora específica, en pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Vargas de Caracas. Metodología: Estudio prospectivo y descriptivo. Se evaluaron 76 pacientes adultos con síntomas gastrointestinales que acudieron al Servicio de Gastroenterología del HVC. Se realizó antígeno fecal y ELISA para detectar IgA secretora anti H. pylori en saliva, recolección de datos clínicos y sociodemográficos utilizando cuestionario estructurado, previo consentimiento informado. Resultados: 61,84% (47/76) fueron mujeres y 38,16 (29/76) hombres, edad: 50±15 años. Predominantemente de 12 áreas urbanas 93,42% (71/76), síntomas más comunes: epigastralgia 23,68% (18/76) y meteorismo 19,74% (15/76). 44,74% (34/76) fue positivo para antígeno de H. pylori en heces, siendo la IgAs anti H. pylori significativamente mayor (p

### TLOUI-020 UTILIDAD DEL ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO PARA LA DETECCIÓN DE LESIONES VASCULARES RELACIONADAS AL TRACTO GASTROINTESTINAL

*Nathalie Méndez, Dervis Bandres, CMDLT*

INTRODUCCIÓN: El ultrasonido endoscópico (USE) es una herramienta diagnóstica y terapéutica mínimamente invasiva y ampliamente utilizada en el que se obtienen imágenes ecográficas en tiempo real a través de ondas de alta frecuencia, logrando evaluar la presencia de lesiones de la pared gastrointestinal y de las estructuras anatómicas adyacentes incluyendo los vasos sanguíneos circundantes y sus alteraciones. OBJETIVOS: Evaluar la prevalencia de lesiones vasculares relacionadas al tracto gastrointestinal superior e inferior. METODOLOGÍA: Se realizó un estudio retrospectivo, unicéntrico, observacional, no experimental y de corte transversal. La población estuvo conformada por todos los pacientes quienes se sometieron a USE superior e inferior en el servicio de gastroenterología entre enero 2001- marzo 2025. La información se recolectó en una ficha digital de recolección de datos, a través de la elaboración de una base de datos en el programa Microsoft Excel 2019. RESULTADOS: 5.500 pacientes fueron evaluados, 378 (6,87%) tuvieron alteraciones vasculares por USE superior (n=376) e inferior (n=2). El 51,58 % fueron hombres, la edad media fue de 65,49 años y el 70,10% superaban los 60 años de edad. El 83,06% asistieron de forma ambulatoria y la principal indicación fue por patologías neoplásicas (43,91%). Se describieron 473 lesiones vasculares, con mayor frecuencia, varices (n=178) y ateromatosis (n=147). El 89% presentó un solo tipo de lesión vascular mientras que en el 11%, tuvieron dos o más lesiones vasculares. CONCLUSIÓN: El USE es una herramienta segura, tolerable y eficaz para la detección y caracterización de lesiones vasculares en el tracto gastrointestinal.

10:30 a 12:00 **Sábado 31 – Salón Manuel Quintana Castillo**

**TLOGP-006** Eje intestino-cerebro y dolor abdominal crónico en adolescentes: Impacto del estrés, exigencia académica, asistencia a clase y acoso escolar.
**TLOGP-007** Esofagitis eosinofílica emerge más allá del reflujo:Fenotipos clínico-endoscópicos e histológicos en pediatria. Serie de casos.
**TLOGP-008** Hirschsprung en niños ¿es la edad de detección un pronóstico?.
**TLOGP-009** Impacto del perfil organoléptico en la adherencia y eficacia del tratamiento del estreñimiento funcional pediátrico: citrato de magnesio frente a poli
**TLOGP-010** Informe preliminar: Hallazgos clínicos y endoscópicos en pacientes con pólipos colorrectales que presentan APLV.
**TLOGP-011** Nuevos horizontes en el intestino delgado: Utilidad de la cromoendoscopia i-scan en el duodeno pediátrico.
**TLOGP-012** Páncreas silente: Decodificando los factores de riesgo de la esteatosis pancreática en pediatría.
**TLOGP-013** Pólipo gástrico gigante en síndrome de Peutz-Jeghers: Abordaje endoscópico resolutivo.
**TLOGP-014** Relación del daño intestinal en la aparición de la afectación hepática en pacientes pediátricos con enfermedad celiaca.
**TLOGP-015** Trastornos de la conducta alimentaria en patología gastrointestinal pediátrica: una realidad en la interacción del eje intestino cerebro.

### TLOGP-006 EJE INTESTINO-CEREBRO Y DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO EN ADOLESCENTES: IMPACTO DEL ESTRÉS, EXIGENCIA ACADÉMICA, ASISTENCIA A CLASE Y ACOSO ESCOLAR.

*Karla Alvarado, Dianora Navarro, Karolina López, Wilmaris Campos, Yuraima Suarez, Auricar Barrios, Andres Montoya, Norman Guevara, Christian Nuñez, Genesis Rojas*

Introducción: El dolor abdominal crónico (DAC) en la adolescencia puede ser refractario a tratamiento debido a la modulación inadecuada del eje intestino-cerebro. Objetivo: evaluar el impacto sobre el dolor abdominal ante situaciones de estrés, autoexigencia académica, acoso escolar y asistencia a clase. Materiales y métodos: estudio de campo, prospectivo, transversal, enero-julio 2026. Cuestionario aplicado, escalas de frecuencia para cuantificar estresores psicosociales e impacto sobre dolor abdominal. Resultados: 110/652(16,87%) adolescentes con impacto psicosocial sobre DAC, edad mediana 13,8±1,5 años (rango:10-16). Patologías con DAC: enfermedad por reflujo gastroesofágico, estreñimiento funcional, gastritis aguda o crónica asociada o no a infección por Helicobacter pylori, dispepsia funcional, disbiosis intestinal. Frecuencia global del DAC: 82(74,54%) últimos 3 meses ≥1vez/semana (mod/alta),

### TLOGP-007 ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EMERGE MÁS ALLÁ DEL REFLUJO: FENOTIPOS CLÍNICO-ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS EN PEDIATRIA. SERIE DE CASOS.

*Yuraima Suarez, Dianora Navarro, Andrés Montoya, Karolina López, Auricar Barrios, Karla Alvarado, Wilmaris Campos*

Introducción. Esofagitis eosinofílica (EoE) pediátrica simula reflujo gastroesofágico. Estudios recientes sugieren desarrollo temprano de cambios estructurales crónicos.

Objetivo: Describir fenotipos clínico-endoscópicos e histológicos de la esofagitis eosinofílica en pacientes pediátricos. Método y pacientes: estudio descriptivo, retrospectivo y transversal (Enero 2025-Mayo2026), tipo serie de casos en menores de 18 años con disfunción esofágica y diagnóstico histológico de EoE (≥ 15 eosinófilos/campo de alto poder [CAP]). Se emplea para clasificación de fenotipo, puntuación de referencia endoscópica (EREFS) e histológico (EoEHSS) de EoE. Resultados: 8 pacientes, promedio de edad 12,12±1,61 años (rango:11-16), 75% masculino. Síntoma predominante: disfagia. Un 62,54% antecedente de atopia respiratoria (asma/rinitis). Se evidenció una mediana EREFS de 6 puntos (rango: 2-8), el componente inflamatorio endoscópico: edema esofágico 100% y exudados/pápulas 7/8(87,50%). Componente de remodelación fibroestenosante: anillos esofágicos 87,50%, surcos profundos 37,50%, surcos leves 37,5%, ausentes 25%, estenosis luminal 25% (2/8). Densidad >50 eosinófilos/CAP (rango:66-120) en 4/8(50%), 3/8(37,50%) entre 30-49 eosinófilos, un caso en rango limítrofe, 15-29 eosinófilos. Hiperplasia de capa basal 100% de los casos. Degranulación de eosinófilos 7/8(87,5%), microabscesos eosinofílicos en 6/8(75,0%). Espongiosis 50% y tejido conectivo subepitelial 25% asociado a recuentos de 106 y 120 eosinófilos/CAP. Se observó predominio del fenotipo mixto en 7/8(87,5%) por coexistencia de actividad inflamatoria aguda con remodelación tisular estructural. Un paciente (12,5%) se clasificó como fenotipo inflamatorio puro. Conclusiones: En esta cohorte, la EoE se presentó bajo un fenotipo mixto en etapas tempranas de la vida, lo que refuerza la necesidad de un diagnóstico e intervención oportunos para evitar daños estructurales esofágicos permanentes. Palabras clave: esofagitis eosinofílica, degranulación de eosinófilos, espongiosis, microabscesos eosinofílicos, remodelación tisular esofágica.

## TLOGP-008 HIRSCHSPRUNG EN NIÑOS ¿ES LA EDAD DE DETECCIÓN UN PRONÓSTICO?

*Vianca Carolina Guevara Pérez, Sandra Neri, Yurihelys Saveri , Azalia Guillen HJMR*

La Enfermedad de Hirschsprung es una anomalía congénita caracterizada por la ausencia de células ganglionares del plexo mientérico y submucoso en el intestino distal, que condiciona una obstrucción intestinal funcional. Aunque existe controversia, se postula que la edad al diagnóstico podría influir en el pronóstico funcional y en la tasa de complicaciones a largo plazo. Objetivo: Evaluar la asociación entre la edad del diagnóstico de la Enfermedad de Hirschsprung y la evolución clínica a largo plazo en pacientes pediátricos durante el período 2014-2025. Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico y ambispectivo. Se incluyeron 18 pacientes ≤18 años con Enfermedad de Hirschsprung confirmado por biopsia rectal, con tratamiento quirúrgico y seguimiento postoperatorio mínimo de 2 años. Resultados: El 83,3% fue masculino. 72,2% diagnosticados en etapa neonatal. Las complicaciones postoperatorias alcanzaron el 38,9%, predominando la enterocolitis (22,2%). Demostrándose relación estadísticamente significativa para sepsis, fístula perianal y absceso pélvico (p=0,000), eventos presentados en el único paciente diagnosticado a los 4 años. Tras un seguimiento postoperatorio medio de 5,7 años, la escala de Bristol mejoró de una media de 2 a 4, reduciéndose el uso de laxantes del 61,1% al 33,3% y lográndose el control de esfínteres en 77,8% de los casos, sin embargo, no se halló asociación significativa entre la edad diagnóstica y la evolución o presencia de complicaciones (p=0,382). Conclusiones: La edad del diagnóstico no influye en la

evolución a largo plazo de pacientes con Enfermedad de Hirshprung, sin embargo, se observa una mayor tasa de complicaciones en aquellos con diagnóstico tardío.

### TLOGP-009 IMPACTO DEL PERFIL ORGANOLÉPTICO EN LA ADHERENCIA Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL PEDIÁTRICO: CITRATO DE MAGNESIO FRENTE A POLI

*Wilmaris Campos, Dianora Navarro, Karolina Lopez, Karla Alvarado, Yuraima Suarez, Auricar Barrios, Andres Montoya, Genesis Rojas , Deivis Maury*

las guías internacionales recomiendan laxantes osmóticos como primera línea en el tratamiento del estreñimiento funcional (EF). Se observan dificultades en aceptabilidad sensorial y adherencia terapéutica. Objetivo: comparar la eficacia clínica, la tolerabilidad al sabor y la adherencia entre citrato de magnesio y el PEG 3350 en pacientes pediátricos con EF. Materiales y métodos: ensayo clínico, comparativo, prospectivo, longitudinal (noviembre 2025-julio 2026). Asignación aleatoriamente a citrato de magnesio o PEG 3350. Medición de resultados con escala: Bristol (eficacia), facial de Likert (tolerabilidad) y Morisky-Green adaptada (adherencia). Resultados: un total de 150 pacientes 75 por grupo, con edad media de 7.28±3.94 años y distribución por sexo equilibrada. Ambos grupos inician tratamiento en condiciones comparables de estreñimiento (Bristol 1-2), p=0.4030. Al mes: 88% grupo Citrato y el 92% PEG alcanzaron heces fisiológicas (Bristol 3 y 4), p=0.4140), Riesgo Relativo (RR) de 0.96 (IC95%:0.86-1.06). Al tercer mes ambos heces normales el 98,67% en Citrato y 93,33% en PEG, p=0.1360, RR de 1.06 (IC95%:0.99-1.13). Sin diferencias en la frecuencia evacuatoria. El Citrato de Magnesio mostró una ligera tendencia porcentual a una mejor tolerancia 62,67% vs 56%, p=0.406. Se registro adherencia constante con Citrato de magnesio (gomitas/cápsulas), sin diferencias estadística con PEG. Efectos adversos similares (meteorismo, dolor cólico, distensión abdominal), y seguridad metabólica magnesio sérico normofisiológico para la edad. Conclusión: El citrato de magnesio demuestra ser una alternativa terapéutica con eficacia y aceptabilidad equivalentes al PEG 3350, ofreciendo una opción viable para personalizar el tratamiento y mejorar la experiencia del paciente pediátrico con EF.

### TLOGP-010 INFORME PRELIMINAR: HALLAZGOS CLÍNICOS Y ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON PÓLIPOS COLORRECTALES QUE PRESENTAN APLV

*Alis Lizcano, Margarita Vasquez, Laura Arevalo, Maryeliz Delgado, Rosneri Montero, Yubisay Rosendo HUPAZ*

RESUMEN Introducción: Los pólipos colorrectales son la primera causa de sangrado gastrointestinal bajo aislado en preescolares y escolares, y en segundo lugar se encuentra la alergia alimentaria, como la proctocolitis alérgica inducida por proteínas de leche de vaca. La alergia a proteínas de leche de vaca (APLV) constituye la alergia alimentaria más frecuente en menores de 1 año, siendo la consecuencia de una respuesta inapropiada del sistema inmune frente a las proteínas de leche de vaca (PLV). Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo retrospectivo. Se seleccionó una muestra probabilística, al azar simple, tomando en cuenta la misma característica de la población: pacientes que muestren signos y síntomas de alergia a las proteínas de leche y que presenten pólipos colorrectales, con edades comprendidas entre 0 y 14 años. Resultados: en cuanto a la edad, el rango osciló entre 4 y 14 años con una prevalencia en la edad preescolar y procedencia del medio urbano predominantemente (83,3%). Las características clínicas tuvieron un patrón clínico

dominado por rectorragia (100%) y síntomas digestivos (83,3%), acompañados con frecuencia de manifestaciones respiratorias (75,0%) y, en menor medida, cutáneas (33,3%). Los hallazgos endoscópicos mostraron que tres hallazgos (ectasia linfoide, edema y fragilidad vascular) se presentan en el 100% de los pacientes, lo que demuestra un patrón endoscópico constante y característico de APLV asociada a pólipos colorrectales. En cuanto al enantema, aunque no universal, aparece en la mayoría de los casos (83,3%), aportando evidencia adicional de inflamación de la mucosa. En cuanto a los hallazgos histológicos, se pudo constatar que el infiltrado linfoide, está en el 100% de los casos, lo que confirma una respuesta inmune activa en la mucosa colónica. Mientras que la presencia de eosinófilos es un patrón definido en el 100% de los pacientes. Materiales y métodos: Historia clínica, revisiones de artículos científicos, estudios de casos clínicos, realización de colonoscopia y toma de biopsia. Discusión: El patrón clínico de los pacientes con ALPV y pólipos colorrectales estuvo dominado por rectorragia, presente en todos los casos, acompañada en la mayoría por síntomas digestivos y respiratorios. Las manifestaciones cutáneas se observaron en una minoría. Aunque el diseño de estudio no permite establecer una asociación estadística formal, los resultados evidencian un vínculo clínico consistente que merece ser explorado en investigaciones con mayor tamaño muestral y grupos comparativos.

### TLOGP-011 NUEVOS HORIZONTES EN EL INTESTINO DELGADO: UTILIDAD DE LA CROMOENDOSCOPIA I-SCAN EN EL DUODENO PEDIÁTRICO.

*Norman Guevara, Dianora Navarro, Karolina Lopez, Katiuska Belandria, Libia Alonso, Karla Alvarado, Wilmaris Campos, Genesis Rojas, Christian Nuñez, Deivis Maury HMPC*

Introducción: La cromoendoscopia digital permite mediante filtros ópticos mejorar la visualización de la mucosa duodenal. En pediatría, podría optimizar el diagnóstico de enteropatías al detectar lesiones sutiles que la endoscopia convencional puede no revelar. Objetivo: aplicar la cromoendoscopia I-SCAN en la mucosa duodenal y su correlación con endoscopia convencional. Materiales y métodos: estudio observacional, prospectivo y cuantitativo, pacientes pediátricos 1–17años, enero 2024-diciembre 2025. Variables: edad, sexo, sintomatología, indicación de videoendoscopía, cromoendoscopia I-SCAN en segunda porción duodenal, patrón de superficie mucosal y microvasculatura, correlación con endoscopia convencional. Resultados: 38 pacientes, edad promedio 10,37±3,4 años, predominio en adolescentes 22/38(57,90%), masculino 21/38(55,26%). El dolor abdominal y evacuaciones líquidas fueron los síntomas más prevalentes. La indicación de videoendoscopía alta: dolor abdominal crónico 57,90%. Endoscópicamente: duodenopatía congestiva 24/38(63,16%). En los hallazgos inflamatorios, el I-SCAN demostró una superioridad estadísticamente significativa, p0.05. La histología reportó relación estrecha con la cromoendoscopia en atrofia vellositaria $\kappa \approx 0,85$ y mucosal: edema, erosiones, nodularidad con buena concordancia. Conclusión: la cromoendoscopia digital I-SCAN aplicado en la segunda porción del duodeno fue de utilidad en la caracterización de alteraciones vellositarias, lesiones en la mucosa y alteraciones en microvasculatura, aportando información diagnóstica relevante sugestivos de enteropatía no observadas a la endoscopia convencional. Palabras clave: Cromoendoscopia digital, videoendoscopía.

**TLOGP-012 PÁNCREAS SILENTE: DECODIFICANDO LOS FACTORES DE RIESGO DE LA ESTEATOSIS PANCREÁTICA EN PEDIATRÍA**

*Andrés Esteban Montoya Montoya, Dianora Navarro, Karolina Lopez, Katiuska Belandria, Libia Alonso, Christian Nuñez, Auricar Barrios, Yuraima Suarez, Karla Alvarado, Wilmarys Campos, HMPC*

Introducción: la esteatosis pancreática (EP) pediátrica es una entidad subdiagnosticada asociada a disfunción metabólica pancreática (MAFPD) y lipomatosis por reemplazo graso (genético/estructural). Objetivo: determinar la prevalencia ecográfica y los factores de riesgo antropométricos y bioquímicos asociados a la EP de origen metabólico o lipomatosis por remplazo graso. Materiales y Métodos: estudio observacional, analítico y transversal. Se revisaron historias clínicas de pacientes con EP ecográfica atendidos durante 1 año. Se evaluaron variables: demográficas-antropométricas, perfil metabólico, hábitos, criterios ecográficos páncreas/hígado de esteatosis, patologías crónicas y exposición farmacológica. Resultados: prevalencia ecográfica de EP 2.67% (20/749), aproximadamente 1 por cada 37 ecografías. Edad promedio 11,25 años (rango:4–16); 55% masculino, 45% femenino. El dolor abdominal el motivo de consulta más frecuente en 50%, seguido de distensión abdominal(25%), diarrea(15%) y sin síntomas10%. Se identificaron 15/20(75%) lipomatosis por reemplazo, predominio de fibrosis quística (FQ) 53,30%, otros: uso prolongado de esteroides sistémicos, inmunosupresores y quimioterapia en enfermedades crónicas 46,70%; antropometría peso saludable/desnutrición, insuficiencia pancreática exocrina (IPE) en 3/15(20%) todos con FQ. Se identificó MAFPD, 5/20(25%), todos malnutrición por exceso (sobrepeso/obesidad), dislipidemia y resistencia a la insulina; 80% esteatosis hepática (MASLD) concomitante. La severidad ecográfica en lipomatosis, grado I en 8/15(53,33%), grado II 6/15(40,01%) y grado III un paciente (6,66%). En MAFPD 4/5(80%) grado II y uno (20%), grado III, tendencia marginal a la significancia estadística(p=0.052). Conclusiones: La EP pediátrica representa un hallazgo ecográfico que no debe subestimarse. La identificación oportuna de páncreas graso permite diferenciar las causas y prevenir riesgo cardiometabólico y aparición de IPE.

**TLOGP-013 PÓLIPO GÁSTRICO GIGANTE EN SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS: ABORDAJE ENDOSCÓPICO RESOLUTIVO**

*Maria Herrera, Julieth Moreno, Carlos Sanchez, Rosanny Rodriguez, Raul Monserat, Dervis Bandres, José Soto, Yurihelis Saveri, Ileana Gonzalez, CMDLT*

Objetivo: El síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es un síndrome autosómico dominante caracterizado por múltiples pólipos hamartomatosos en el tracto gastrointestinal, pigmentación mucocutánea y un mayor riesgo de cáncer. Esta rara entidad presenta prevalencia estimada desde 1:8.300 hasta 1:300.000 nacimientos. A continuación, se describe el caso de un paciente pediátrico con pólipos gigantes gástricos en el contexto de un SPJ, abordado exitosamente mediante resección endoscópica. Descripción: femenina de 13 años con dolor abdominal severo en epigastrio irradiado a fosa ilíaca derecha de 10 días de evolución. Acudió a emergencias con cuadro de abdomen agudo quirúrgico; se evidenció obstrucción por invaginación yeyuno-yeyunal a 20cm del ángulo de Treitz secundaria a múltiples pólipos. La biopsia confirmó pólipos hamartomatosos. Resultados: En gastroscopia se reporta pólipos gigantes en cuerpo distal de 6cm y en ángulo gástrico de 5cm, los cuales previa inyección submucosa son resecados con asa caliente y se realiza prevención de sangrado con bandas. Posterior

a doce horas presenta hematemesis y sincope. Laboratorios: Hb: 6.9gr/dl. Tras estabilización, la endoscopia control reporta ulcera gástrica en sitio de polipectomía proximal y en área de resección de ángulo gástrico sangrado activo tratado con hemoclips y posterior evolución satisfactoria. Conclusión: La polipectomía endoscópica debe realizarse para pólipos >0,5 cm detectados durante la gastroscopia. Tras una revisión exhaustiva de la literatura, no se encontraron antecedentes de esta técnica aplicada a lesiones de tal magnitud en la población infantil para esta entidad, por lo que constituye, hasta donde alcanza nuestro conocimiento, el primer reporte documentado

## TLOGP-014 RELACIÓN DEL DAÑO INTESTINAL EN LA APARICIÓN DE LA AFECTACIÓN HEPÁTICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD CELIACA

*Fátima Pino, Sandra Neri HJMR*

Introducción: La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía autoinmune desencadenada por el gluten en individuos genéticamente predispuestos. Aunque afecta la mucosa intestinal, causa manifestaciones extraintestinales complejas. La afectación hepática es preponderante, expresada como hipertransaminasemia o hepatopatía asociada, diagnosticable tanto bioquímica como imagenológicamente. La severidad estructural inicial, evaluada mediante la clasificación de Marsh-Oberhuber, postula predecir la intensidad de la respuesta inflamatoria sistémica y el daño hepatocelular secundario. Objetivo: Determinar la relación entre el grado del daño intestinal y la afectación hepática en pacientes pediátricos con enfermedad celíaca atendidos en el Hospital de Niños "Dr. José Manuel de los Ríos" entre 2020 y 2026. Métodos: Estudio analítico, observacional y retrospectivo en 68 niños con EC confirmada mediante biopsia duodenal y perfil hepático basal. Se analizaron variables demográficas, histológicas, bioquímicas e imagenológicas (SPSS v.20.0; p

## TLOGP-015 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN PATOLOGÍA GASTROINTESTINAL PEDIÁTRICA: UNA REALIDAD EN LA INTERACCIÓN DEL EJE INTESTINO CEREBRO.

*Auricar Barrios, Dianora Navarro, Karolina Lopez, Yuraima Suarez, Andres Montoya, Wilmarys Campos, Karla Alvarado, Deivis Maury, Genesis Rojas, Katiuska Belandria*

Introducción: Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) suelen solaparse con síntomas digestivos crónicos, se ha sugerido una desregulación del eje intestino-cerebro. Objetivo: determinar la interacción entre trastornos de conducta alimentaria, patología digestiva y estado nutricional considerando el eje intestino-cerebro en pediatría. Materiales y métodos: estudio observacional, transversal (enero-julio 2026) y prospectivo, en pacientes con patología digestiva y TCA. Variables demográficas, diagnósticos digestivos, tipo de TCA y estado nutricional. Resultados: TCA identificado en 57/760(7,5%) pacientes con enfermedad digestiva. Distribución: preescolares 29(50,87%), escolares 19(33,33%) y adolescentes 9(15,78%). Masculinos 82,75%, 72,41% y 88,88% respectivamente. En preescolares destacó el estreñimiento 20,68%, síndrome emético 17,24% y alergia alimentaria múltiple 13,79% con TCA evitación/restricción (ARFID) en 24/29(82.75%). ARFID/Pica observada en 13,75% (reflujo gastroesofágico, alergia a proteína de leche y diarrea crónica, un paciente cada uno). Un paciente con rumiación/PICA asociada en gastritis H. pylori. En escolares/adolescentes predominaron: estreñimiento, dolor abdominal crónico y enfermedad por

reflujo/síndrome de rumiación 82.1%. ARFID constituyo el 67,85%(19/28). Rumiación/PICA 3/28(10,71%). Anorexia y bulimia 3,57%. El estreñimiento frecuente en ARFID, anorexia y bulimia. Enfermedad por reflujo/Síndrome de rumiación 5/28(17.9%), mostraron superposición ARFID/Rumiación y ARFID/PICA 4/28(14,28%), 2 cada uno y rumiación/PICA 10,71%. Sin diferencias estadísticas entre patología digestiva y TCA. Estado nutricional eutrófico 75.9% predomino en preescolares con TCA, escolares/adolescentes malnutrición global en 46.4%, desnutrición 25.0% y sobrepeso 21.4%. Conclusión: Existe una interacción entre TCA y patologías digestivas relacionadas con el eje intestino-cerebro. Prevalecieron en todos los grupos de edad trastornos funcionales y motilidad, así como otras sintomatologías superpuestas, la terapéutica requiere abordaje multidisciplinario.

# Resúmenes de Posters

## 47° Congreso Nacional de Gastroenterología

## 28° Congreso Nacional de Gastroenterología Pediátrica

Del 29 al 31 de Octubre

Renaissance La Castellana

## POSTERS CON DISCUSIÓN

12:00 a 02:00 **Sábado 31 de Octubre – Fabiani III**

**PDED-001** Antigenos Fecales De Hp En Habitantes De Coche, Edo Nueva Esparta, Vzla
**PDED-002** Cáncer medular de colon e inestabilidad de microsatélites: Desafiando al adenocarcinoma clásico. A propósito de una serie de casos infrecuentes
**PDED-003** Neoplasias Gastrointestinales En Adultos Jóvenes En Maracaibo: Reporte De Casos
**PDE-004** Análisis Comparativo De Tasas De Detección De Lesiones En Colonoscopia En Médico Gastroenterólogo En Formación Asistida Con Inteligencia Artificial
**PDE-005** Asociación Entre La Apariencia Nodular Mucosal Gástrica Y La Presencia De Helicobacter Pylori.
**PDE-006** Ileitis Granulomatosa Y Tb-Igra Positivo: El Mimetismo Diagnóstico Entre La Enfermedad De Crohn Y La Tuberculosis Intestinal
**PDE-007** Mimetismo Endoscópico De La Amebiasis Intestinal: De La Masa Pseudotumoral A La Enfermedad Inflamatoria Intestinal
**PDE-008** Oclusión de fístula enteroatmosférica recalcitrante en paciente séptico con abdomen congelado mediante abordaje híbrido con dispositivo Amplatzer
**PDE-009** Páncreas Anular Completo En El Adulto: Variante Anatómica Infrecuente Como Simulador De Colangiocarcinoma Distal. A Propósito De Un Caso.
**PDE-010** Rectitis Actínica Con Presentación Atípica Como Lesión Pseudotumoral: A Propósito De Un Caso
**PDE-011** Rescate endoscópico con balón gigante de stent metálico biliar migrado
**PDE-012** Tuberculosis Esofágica Primaria, Presentación De Un Caso
**PDE-013** Vólvulo de Ciego Recurrente: De la Descompresión Endoscópica de Emergencia a la Resolución Laparoscópica Definitiva
**PDGP-014** Éxito endoscópico en fístula traqueoesofágica por pila de botón refractaria a cirugía

## RESUMENES

### PDED-001 ANTIGENOS FECALES DE HP EN HABITANTES DE COCHE, EDO NUEVA ESPARTA, VZLA

*Raul Arocha, Ana Lucia Castrillo*

RESUMEN EJECUTIVO Introducción: La infección por Helicobacter pylori constituye un problema global de salud pública, siendo el principal factor etiológico de gastritis crónica, úlcera péptica y adenocarcinoma gástrico. En regiones insulares y vulnerables de Venezuela, la prevalencia suele ser elevada debido a factores de saneamiento básico e hídrico. Objetivo: Determinar la frecuencia de detección del antígeno fecal de H. pylori mediante técnicas de inmunodiagnóstico directo en la población de la Isla de Coche y comparar la concordancia diagnóstica entre el método directo de heces y la recolección por hisopado rectal/fecal. Metodología: Estudio descriptivo, transversal y observacional realizado en una muestra de N=38 pacientes. Se procesaron muestras por coproantígeno mediante inmunocromatografía de alta sensibilidad. Resultados: Se registró una tasa de positividad global del 73.68% (28/38

pacientes; IC 95%: 58.0%–85.0%), reportada clínicamente como un 75% de positividad. La detección en muestras directas de heces fue de 75.0% (15/20) y en hisopados fue de 72.2% (13/18). La prueba exacta de Fisher no mostró diferencias estadísticamente significativas entre ambos tipos de recolección (p=1.000, Odds Ratio = 1.15). Conclusión: La prevalencia de H. pylori en la población evaluada de la Isla de Coche es marcadamente elevada, reflejando la urgente necesidad de implementar intervenciones de salud pública, optimización de agua potable y esquemas de erradicación guiados.

## PDED-002 CÁNCER MEDULAR DE COLON E INESTABILIDAD DE MICROSATÉLITES: DESAFIANDO AL ADENOCARCINOMA CLÁSICO. A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS INFRECUENTES

*Rosanny Rodriguez, Carlos Sanchez, Loanny Manzanero, Dra Sandra Romero*

El carcinoma medular (CM) de colon es un subtipo raro de carcinoma de colon que incluye histología poco diferenciada e indiferenciada. La incidencia de CM se estima en 0,03% (CCR). El CM es dos veces más frecuente en mujeres de mediana edad, favorece el lado derecho del colon y tiene un menor riesgo de metástasis ganglionar que el adenocarcinoma de colon. El CM puede ser poco diferenciado (72%) o indiferenciado (22%) con láminas sólidas de células e infiltración linfocítica intraepitelial excesiva. No tiene la estructura glandular que se observa en el adenocarcinoma. Solo se han publicado unos pocos casos de CM metastásico en la literatura. Presentamos una serie de 5 casos donde la clínica característica fue dolor en hipogastrio, distensión abdominal y meteorismo, con hallazgos endoscópicos de afectación de colon derecho lesiones vegetantes, ulcerativas, estenosantes con extensión válvula ileocecal, a los cuales se realizó cirugía tipoileotransverso anastomosis con hallazgos histológicos de Carcinoma poco diferenciado de colon que fueron sometidos a imnumohistoquimica con hallazgos de Citoqueratina 20/CDX2 +, MLH1+,K167+ sugestivos de carcinoma medular de colon . El MC se denominaba anteriormente “carcinoma de células grandes mínimamente diferenciado” debido a su similitud morfológica con el carcinoma indiferenciado. La histología por sí sola no siempre puede diferenciar el MC del adenocarcinoma poco diferenciado, ya que ambas células tumorales muestran una falta de estructura glandular. Por lo tanto, la tinción IHC es crucial para confirmar el diagnóstico de MC. El MC generalmente tiene un alto nivel de inestabilidad de microsatélites (MSI) y pérdida del

## PDED-003 NEOPLASIAS GASTROINTESTINALES EN ADULTOS JÓVENES EN MARACAIBO: REPORTE DE CASOS

*Edgardo Mengual, Yusleisy Medina, María Salazar, Di Cola Claudia, Edeanny Domínguez*

Introducción: Las neoplasias gastrointestinales en pacientes menores de 45 años muestran un incremento en su incidencia global. Objetivo: Caracterizar el perfil clínico, endoscópico e histopatológico de una serie de pacientes jóvenes con cáncer gastrointestinal en Maracaibo, Venezuela (2024-2026). Metodología: Estudio observacional, descriptivo y transversal de 18 casos clínicos con edades entre 20 y 45 años. La recolección de datos fue multicéntrica, incluyendo centros públicos y algunos privados. Se evaluaron variables demográficas, síntomas gastrointestinales, hallazgos endoscópicos e histopatología mediante estadística descriptiva. Resultados: La media de edad fue de 37,6 años con una distribución equitativa por sexo (1:1). Los síntomas

predominantes incluyeron rectorragia, pérdida de peso, melena y síntomas dispépticos persistentes. El 44,4% fueron cáncer colorrectal, seguido por el 38,9% de cáncer gástrico. El 83,3% correspondió a adenocarcinomas, identificándose variantes agresivas como las células en anillo de sello (11,1%). El 71,4% se diagnosticó en etapas avanzadas (Estadios III y IV). El 44,4% presentó enfermedad metastásica (Estadio IV) al momento del diagnóstico inicial, con afectación en hígado, hueso y anexos (Tumor de Krukenberg). Conclusión: Se evidencia una elevada frecuencia de neoplasias gastrointestinales en estadios avanzados y una notable agresividad biológica en adultos jóvenes. Es imperativo elevar el índice de sospecha clínica ante síntomas de alarma, independientemente de la edad del paciente, para favorecer un diagnóstico precoz y mejorar el pronóstico clínico.

**PDE-004 ANÁLISIS COMPARATIVO DE TASAS DE DETECCIÓN DE LESIONES EN COLONOSCOPIA EN MÉDICO GASTROENTERÓLOGO EN FORMACIÓN ASISTIDA CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL.**

*Ricardo Stocco, Dervis Bandres, Sylvia Benitez*

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es una neoplasia de alta prevalencia a nivel mundial. La colonoscopia es el estándar de oro para su pesquisa, siendo la tasa de detección de adenomas (ADR) y la tasa de detección de pólipos serrados (SDR) los indicadores de calidad más importantes. La inteligencia artificial (IA) ha emergido como una herramienta para potenciar estas tasas, particularmente en endoscopistas en formación. Materiales y métodos: Estudio observacional, correlacional, de campo y ambiespectivo realizado entre marzo de 2024 y octubre de 2025. Se incluyeron 148 colonoscopias de cribado. Se calculó el PDR, el ADR, el SDR, AADR y PSPDR, comparando los procedimientos realizados con y sin asistencia de IA. Resultados: El residente mostró un alto rendimiento general (PDR global 57.40%, ADR 32%). El análisis confirmó que el entrenamiento con IA logró un aumento significativo del PDR y ADR con respecto a las tasas basales (P=0.019). No obstante, al comparar las tasas con y sin IA en las últimas 10 semanas, no se observó diferencia estadísticamente significativa en ninguna tasa (P>0.11). Asimismo, el uso de IA no mejoró significativamente las tasas avanzadas ni la concordancia del diagnóstico óptico. Conclusiones: El estudio acepta la hipótesis alternativa. La IA es una herramienta efectiva para acelerar la curva de aprendizaje inicial del residente. Sin embargo, el residente alcanzó una alta competencia final que mitigó el beneficio marginal de la IA en la fase de consolidación, evidenciando la necesidad de estudios aleatorizados para establecer causalidad directa.

**PDE-005 ASOCIACIÓN ENTRE LA APARIENCIA NODULAR MUCOSAL GÁSTRICA Y LA PRESENCIA DE *HELICOBACTER PYLORI*. HJY**

*Pedro Francis, Saturnino Fernandez, Jacobo Dib, Rafael Jimenez*

La gastropatía nodular es un hallazgo endoscópico caracterizado por pequeñas elevaciones difusas en la mucosa gástrica, frecuentemente asociado a la infección por Helicobacter pylori, patógeno responsable de patologías como la gastritis crónica y el cáncer gástrico. Este estudio prospectivo y cuantitativo tuvo como objetivo determinar la incidencia y asociación de dicha bacteria en pacientes adultos con gastropatía nodular atendidos en el Hospital Dr. Jesús Yerena Lídice (Caracas) entre enero y septiembre de 2022. La investigación evaluó a 30 pacientes mayores de 18 años mediante endoscopia digestiva superior y toma de biopsias bajo el criterio de Sidney,

además de aplicar una encuesta sobre factores higiénico-sanitarios a los casos confirmados. Los resultados mostraron una presencia del 86,6% de Helicobacter pylori en los pacientes con gastropatía nodular. La infección fue más frecuente en mujeres (73,3%) y en el grupo etario de 42 a 65 años (71%). La localización gástrica predominante fue la universal (33,3%), seguida del área cuerpo-antro (23,3%), siendo el hallazgo histológico más común la gastritis crónica moderada multifocal (53,3%). En cuanto a los hábitos de higiene, el 100% de los enfermos positivos refirió un lavado de manos solo ocasional durante la manipulación de alimentos, mientras que el 76,9% indicó lavar frutas y vegetales únicamente de manera ocasional. En conclusión, se demostró una elevada incidencia y una estrecha relación clínica entre la infección por Helicobacter pylori y la gastropatía nodular. Este patrón patológico se encuentra directamente vinculado con la persistencia de prácticas y condiciones higiénico-sanitarias deficientes en los pacientes evaluados.

**PDE-006 ILEITIS GRANULOMATOSA Y TB-IGRA POSITIVO: EL MIMETISMO DIAGNÓSTICO ENTRE LA ENFERMEDAD DE CROHN Y LA TUBERCULOSIS INTESTINAL**

*Maria Victoria Alvarez, Abnery Sanchez, Mildred Fuenmayor, Edgardo Mengual, Lenniyer Quintero, Anais Coronado, Luisangela Reverol , Rafael Rojas. SAHUM*

Introducción: El compromiso ileal por Mycobacterium tuberculosis representa un reto diagnóstico complejo dentro de la patología digestiva, al compartir características clínicas, endoscópicas e histopatológicas con la Enfermedad de Crohn. Caso clínico: Paciente masculino de 33 años con dolor abdominal difuso, astenia y adinamia. Abordaje inicial evidenció anemia severa, normocítica normocrómica (6gr/dl), gastrocolonoscopia con mucosa gástrica y colónica normal, pólipo sésil de 6mm en sigmoides. Cápsula endoscópica mostro en íleon múltiples úlceras aftosas profundas, estenosis inflamatoria infranqueable que retuvo el dispositivo, requiriendo laparotomía exploradora con exéresis de 70 cm de asa delgada. La revisión histopatológica reportó infiltrado transmural, distorsión arquitectural, criptitis, microabscesos crípticos y abundantes granulomas sarcomatoides con células de Langhans en submucosa y serosa, concluyendo ileítis crónica activa severa ulcerada con granulomas transmurales (Enfermedad de Crohn vs. Mycobacterium spp.). resultados de calprotectina fecal negativo (27,1 µg/g) y TB-IGRA resultó positiva (0.630 IU/mL). Discusión: Los hallazgos de compromiso transmural, criptitis y microabscesos confirman un proceso inflamatorio severo, mientras que la presencia de granulomas con células de Langhans plantea el dilema entre Enfermedad de Crohn y Tuberculosis Intestinal. La prueba TB-IGRA positiva (0.630 IU/mL) confirma infección latente o exposición a M. tuberculosis, obligando a un descarte infeccioso riguroso antes de catalogar la afección como una patología inflamatoria autoinmune e iniciar inmunosupresión. Conclusiones: Ileítis crónica activa severa ulcerada en íleon distal, cuya presentación complicada con estenosis e impacto de cápsula requirió resección quirúrgica. El pilar fundamental del caso radica en el dilema diagnóstico entre Enfermedad de Crohn e Tuberculosis Intestinal.

## PDE-007 MIMETISMO ENDOSCÓPICO DE LA AMEBIASIS INTESTINAL: DE LA MASA PSEUDOTUMORAL A LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

*Carlos Sánchez, Luis Raúl Monserat, Rosanny Rodríguez, María Herrera, Julieth Moreno, Rosmar Fama, José Soto, Oriana Álvarez, Dervis Bandres*

Introducción: La colitis amebiana, causada por Entamoeba histolytica, representa una patología relevante en salud pública. Aunque suele manifestarse como un síndrome disentérico clásico o absceso hepático, sus presentaciones endoscópicas infrecuentes, como el ameboma o lesiones que mimetizan enfermedad inflamatoria intestinal (EII), constituyen un reto diagnóstico crítico. El diagnóstico erróneo de estas formas atípicas puede derivar en conductas terapéuticas catastróficas, como la administración inadvertida de inmunosupresores o cirugías innecesarias. Presentación del caso: Se presentan ocho casos de pacientes evaluados mediante videocolonoscopia con hallazgos atípicos de amebiasis intestinal, que incluyeron ameboma cecal, lesiones de aspecto pseudotumoral, colitis isquémica y ulceraciones con inflamación mucosa indistinguibles de EII. El diagnóstico definitivo en todos los casos se confirmó mediante estudio histopatológico con identificación de trofozoítos. Discusión: El ameboma, presente en ~1.5 % de los casos, constituye una masa granulomatosa de pared gruesa que simula un adenocarcinoma. La colitis amebiana presenta un amplio espectro endoscópico que abarca desde lesiones pseudotumorales y áreas indistinguibles de colitis isquémica por microtrombosis vascular, hasta ulceraciones serpiginosas con exudado denso e inflamación mucosa difusa superponible a la enfermedad inflamatoria intestinal. Identificar estas variantes endoscópicas infrecuentes de Entamoeba histolytica mediante biopsia es crucial para evitar tratamientos inmunosupresores iatrogénicos o resecciones quirúrgicas innecesarias. Conclusión: La amebiasis intestinal debe incluirse en el diagnóstico diferencial de lesionales pseudotumorales y procesos inflamatorios colónicos atípicos. El reconocimiento endoscópico precoz y la confirmación histopatológica permiten un tratamiento médico oportuno con amebicidas, evitando la morbimortalidad asociada a resecciones quirúrgicas o inmunosupresión errónea.

## PDE-008 OCLUSIÓN DE FÍSTULA ENTEROATMOSFÉRICA RECALCITRANTE EN PACIENTE SÉPTICO CON ABDOMEN CONGELADO MEDIANTE ABORDAJE HÍBRIDO CON DISPOSITIVO AMPLATZER

*Rosanny Rodriguez, Carlos Sanchez, Dr Mauro Carreta, Dr Dervis Bandres, Dr Jose Soto, Dr Luis Cressa, Oriana Sanchez, Julieth Moreno, Maria Jose Herrera*

Caso Clínico: Masculino de 53 años con antecedente de resección de tumor neuroendocrino y reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia anastotomótica y perforación colónica, complicadas con fístula enteroatmosférica de alto gasto, sepsis intraabdominal por gérmenes multirresistentes (Klebsiella pneumoniae KPC, Pseudomonas fluorescens) y colocación de sistema VAC abdominal. En vista del alto riesgo quirúrgico (ASA III, Goldman I) y la refractariedad al manejo conservador, se programó para abordaje endoscópico terapéutico.Procedimiento: Bajo sedación profunda y asistencia con $CO_2$, se realizó colonoscopia con endoscopio terapéutico hasta la ileo-transverso anastomosis, identificando el trayecto fistuloso con tejido de granulación. Tras la canalización del trayecto con guía biliar 0.035" y retiro de sonda Foley, se avanzó catéter de liberación de Amplatzer por vía percutánea. Ante la inestabilidad de un primer dispositivo de 18 mm y la falta del empujador dedicado, se implementó una innovación técnica: acortamiento del catéter interno y fijación del

extremo proximal con seda 2.0 para la liberación controlada de un dispositivo Amplatzer de oreja distal de 25 mm y proximal de 27 mm. Bajo visión endoscópica y fluoroscópica/externa simultánea, se logró la aposición de los discos interno y externo. Se aplicó cianocrilato (pega biomédica) en el borde cutáneo y se comprobó el sellado hermético mediante inyección de contraste intraluminal, sin evidencia de fuga.Conclusión: La oclusión de fístulas enteroatmosféricas complejas mediante ocluyentes septales Amplatzer adaptados representa una alternativa endoscópica mínimamente invasiva, eficaz y segura en pacientes críticamente enfermos con abdomen hostil y alto riesgo quirúrgico

## PDE-009 PÁNCREAS ANULAR COMPLETO EN EL ADULTO: VARIANTE ANATÓMICA INFRECUENTE COMO SIMULADOR DE COLANGIOCARCINOMA DISTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Freidmar Lamuño, William Prieto, Saturnino Fernández , Ramon Castillo, Jhoselyne Solfo, Alfredo Navarro*

El páncreas anular es una anomalía congénita infrecuente en adultos. Al causar compresión extrínseca de la vía biliar, puede simular una estenosis maligna, representando un desafío diagnóstico. Su particularidad radica en la capacidad de mimetizar características de un tumor periampular o un colangiocarcinoma distal. Los estudios reportan que esta malformación tiene una incidencia en autopsias de apenas el 0.005% al 0.015%, permaneciendo silente la mayor parte de la vida. Presentamos el caso de una paciente femenina de 56 años de edad, colecistectomizada, que acudió por dolor abdominal opresivo en hipocondrio derecho, emesis biliosas y patrón colestásico. Al ingreso presentó colangiorresonancia externa que reportaba una amputación abrupta del colédoco distal sin litiasis. En la CPRE inicial se observó mucosa duodenal nodular y papila lateralizada y rasgada; al instilar contraste se evidenció plenificación de vías biliares intra y extrahepáticas, con dilatación de colédoco en todo su trayecto, y amputación abrupta del trayecto de forma irregular, hallazgos altamente sospechosos de malignidad, se realizó colocación de prótesis plástica tipo Ámsterdam junto a la indicación de ultrasonografía endoscópica (USE) en el plan de trabajo inicial. Tras un año asintomática, reingresó de forma programada para recambio del dispositivo. Durante la actualización diagnóstica, la tomografía de abdomen con doble contraste reveló de forma definitiva un páncreas anular completo, y realización de USE complementario que descartó infiltración neoplásica local. Este caso resalta la crucial necesidad de incluir el páncreas anular en el algoritmo diagnóstico de estenosis biliares que simulan malignidad.

## PDE-010 RECTITIS ACTÍNICA CON PRESENTACIÓN ATÍPICA COMO LESIÓN PSEUDOTUMORAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Maria Herrera, Julieth Moreno, Carlos Sanchez, Rosanny Rodriguez, Raul Monserat, Dervis Bandres, José Soto, CMDLT*

Objetivo: La rectitis actínica crónica ocurre pasados tres meses del inicio de la radioterapia, habitualmente se manifiesta como hematoquecia, cambios del hábito evacuatorio, tenesmo, incontinencia y urgencia fecal. Presentamos el caso de una manifestación atípica pseudotumoral tratada de forma endoscópica. Descripción: Masculino de 81 años, con diagnóstico de ADC de próstata, recibiendo radioterapia guiada por imágenes. Un año post-radioterapia acudió por rectorragia con coágulos abundantes y cambio de patrón evacuatorio con heces acintadas. Examen físico: FC:

80ppm PA: 120/80mmhg FR: 16rpm SatO2: 96%aa. Palidez cutáneo mucosa. Resto normal. Laboratorios: Hb: 7gr/dl requiriendo hemoderivados. Resultados: La colonoscopia reveló en recto una lesión de aspecto tumoral, friable, sangrante al contacto que impresiona de aspecto maligno, se toma biopsia con posterior sangrado el cual es controlado con argón plasma (APC). La histopatología confirmó, rectitis post-radiación, descartando malignidad. Ante la persistencia de hemorragia grave tras tratamiento inicial, se realizó hemostasia endoscópica combinada con APC e infiltración intralesional de dexametasona. El seguimiento colonoscópico a los tres meses demostró la resolución completa de la masa, persistiendo únicamente tejido cicatricial y telangiectasias residuales tratadas exitosamente con APC, con remisión clínica. Conclusión: este caso demuestra que la rectitis actínica puede manifestarse atípicamente como una lesión pseudotumoral. La infiltración intralesional con corticoesteroides demostró ser una alternativa terapéutica mínimamente invasiva, eficaz y segura, logrando la resolución completa de la lesión. Su reconocimiento evita procedimientos quirúrgicos innecesarios y resalta el valor de la terapia local en lesiones inflamatorias refractarias. Hasta donde sabemos es el primer caso reportado con esta manifestación.

## PDE-011 RESCATE ENDOSCÓPICO CON BALÓN GIGANTE DE STENT METÁLICO BILIAR MIGRADO

*Rosanny Rodriguez, Carlos Sanchez, Raul Monserat, Julieth Moreno, Maria Jose Herrera, Rosmar Fama, Dervis Bandres, Jose Soto*

La colocación de stents metálicos autoexpandibles totalmente cubiertos (SEMS-TC) es una terapia eficaz para las estenosis biliares benignas postquirúrgicas. Sin embargo, su principal limitación es la tasa de migración (hasta el 30%). La migración proximal intracoledociana es un escenario de alta complejidad técnica que puede condicionar obstrucción biliar recurrente, colangitis severa y shock séptico, requiriendo un rescate endoscópico urgente y demandante.Caso clínico : Se trata de paciente femenino de 80 años, con antecedente de colecistectomía laparoscópica 6 meses antes, referida por ictericia, coluria y patrón colestásico (BT: 3 mg/dL, FA: 450 U/L). La colangiorresonancia reportó dilatación de la vía biliar y estenosis del colédoco medio. Se realizó CPRE inicial colocándose SEMS-TC. A las 48 horas desarrolló colangitis severa y shock distributivo (TA: 60/40 mmHg, leucocitos: 17,000 cel/mL); en CPRE de urgencia se retiró el stent, aislándose Pseudomonas aeruginosa en cultivos, con posterior egreso exitoso.Debido a la persistencia de colestasis y la negativa de la paciente al abordaje quirúrgico, 3 meses después se planificó la colocación de un nuevo SEMS-TC. A las 48 horas del procedimiento, reingresa en shock séptico. Se realizó CPRE de emergencia evidenciando la migración proximal intracoledociana completa del stent metálico, imposibilitando el agarre con accesorios convencionales. Ante el difícil manejo, se introdujo un balón de dilatación biliar gigante, logrando impactarlo distal al stent, expandirlo y arrastrarlo de forma retrógrada logrando una extracción satisfactoria y el drenaje inmediato de la vía biliar.

## PDE-012 TUBERCULOSIS ESOFÁGICA PRIMARIA, PRESENTACIÓN DE UN CASO

*Jorge Reitich, Franklyn Gutiérrez, Xiomara Sulbaran, Willder Vargas, Judith Salazar*

La tuberculosis esofágica primaria es una entidad rara, descrita como menos del 0,2% de todos los casos de tuberculosis, en esta entidad los principales síntomas descritos son la disfagia y la odinofagia. El esófago medio es el sitio más común de implantación, siendo ulceras la forma más habitual de presentación. Presentamos un caso de paciente femenino de 37 años de edad diagnosticado con salpingooforitis en tratamiento con doxiciclina 100mg diarios, quien inicia enfermedad actual al 6to día de tratamiento oral presentando odinofagia y disfagia a alimentos sólidos que progresa en 72 horas a líquidos, por lo que se plantea esofagitis medicamentosa y realiza endoscopía digestiva superior evidenciándose en esófago medio lesión aplanada, de bordes irregulares, con fondo de fibrina que se extiende circunferencialmente por lo que se toma muestra para biopsia y se inicia terapia con inhibidor de bomba de protones y procinéticos. Se recibe resultado de biopsia como esofagitis granulomatosa con coloración de Ziehl – Nielsen positiva para micobacterias. Por lo que se inicia terapia con rifampicina, etambutol, isoniacida y pirazinamida, a los 21 días de la terapia se realiza endoscopia control evidenciando mucosa esofágica normal y se toma biopsia de cada segmento, a las que se les realiza GeneXpert MTB/RIF con detección traza. Este caso demuestra que la tuberculosis esofágica primaria, a pesar de su baja incidencia, es un diagnóstico diferencial clave ante úlceras esofágicas circunferenciales, en ello recae la importancia de estudio temprano para inicio precoz del tratamiento y garantiza la restitución de la mucosa esofágica.

## PDE-013 VÓLVULO DE CIEGO RECURRENTE: DE LA DESCOMPRESIÓN ENDOSCÓPICA DE EMERGENCIA A LA RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA DEFINITIVA

*Carla Dias, Javier Manrique, Luis Huaman, Suhey Pérez*

Introducción: El vólvulo de ciego es una causa poco frecuente de obstrucción colónica mecánica (1-1,5% de las oclusiones intestinales del adulto) y una verdadera emergencia médico-quirúrgica; representa la segunda localización más frecuente de vólvulo colónico, con predominio en la séptima década de la vida y discreta preferencia femenina. Su confirmación diagnóstica se logra con tomografía computarizada (TC) mediante signos como el remolino mesentérico (whirl sign), el grano de café y el punto de transición, que permiten diferenciarlo de otros imitadores. Objetivo: En este trabajo se describe el manejo escalonado de un vólvulo cecal recidivante mediante descompresión endoscópica inicial como terapia puente y posterior hemicolectomía derecha laparoscópica definitiva. Mujer de 78 años con abdomen agudo obstructivo y antecedente de vólvulo cecal resuelto endoscópicamente un año antes. La TC evidenció dilatación cecal mayor de 10 cm, signo del remolino y ausencia de aire libre. Se realizó videocolonoscopia descompresiva de urgencia con insuflación mínima de CO2 e hidropropulsión, logrando la destorsión completa y evidenciando úlceras isquémicas en el segmento cecoascendente. Ante el carácter recidivante, se efectuó hemicolectomía derecha laparoscópica, confirmándose dólico colon, con evolución postoperatoria favorable.Discusión: La descompresión endoscópica del vólvulo cecal presenta tasas de éxito limitadas y elevada recurrencia; sin embargo, en pacientes seleccionados constituye una terapia puente segura que permite optimizar las

condiciones preoperatorias del paciente de alto riesgo. La hemicolectomía derecha laparoscópica, al resecar el segmento móvil, erradica el riesgo de nuevos episodios. El abordaje multidisciplinario escalonado reduce la morbimortalidad asociada a esta emergencia. Palabras clave: Vólvulo de ciego; descompresión endoscópica; hemicolectomía derecha laparoscópica; dólico colon; obstrucción colónica.

### PDE-014 ÉXITO ENDOSCÓPICO EN FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA POR PILA DE BOTÓN REFRACTARIA A CIRUGÍA

*Rosanny Rodriguez, Nina Colina, Raul Monserat, Ydali Bonilla, Carlos Sanchez*

La ingesta de pilas de botón en la edad pediátrica representa una emergencia médica catastrófica debido a la rápida necrosis por licuefacción que generan. La fístula traqueoesofágica (FTE) secundaria a nivel de la carina es una complicación crítica con elevada morbimortalidad. Aunque el tratamiento definitivo suele ser quirúrgico, la persistencia de la fuga posquirúrgica es un escenario de manejo extremadamente complejo. El uso de prótesis metálicas autoexpandibles totalmente cubiertas (SEMS-TC) en pediatría es anecdótico, representando una alternativa innovadora cuando el abordaje quirúrgico resulta refractario. Se presenta el caso de un paciente escolar masculino de 3 años, quien ingresó por emergencia tras la ingesta accidental de una pila de botón impactada en el tercio superior del esófago, requiriendo extracción endoscópica de urgencia. Como complicación tardía, el paciente desarrolló una fístula traqueoesofágica severa a nivel de la carina traqueal, confirmada por estudios contrastados y endoscópicos.Fue llevado a mesa operatoria realizándose fistulectomía y reconstrucción quirúrgica. En el postoperatorio mediato, el paciente persistió con clínica respiratoria y evidencia de fuga persistente a través del trayecto fistuloso (refractaria al cierre quirúrgico). Ante la imposibilidad de una reintervención quirúrgica inmediata por las condiciones del tejido, se planificó abordaje endoscópico de rescate. Bajo guía fluoroscópica y endoscópica, se colocó un stent metálico autoexpandible totalmente cubierto (SEMS-TC) esofágico, logrando el sellado inmediato y completo del defecto. El paciente evolucionó satisfactoriamente, con resolución total de la fuga biesofágica, inicio de la vía oral y posterior retiro exitoso al año de la prótesis sin complicaciones estenosantes o migratorias.

# PANTALLA 1

## EDUCACIÓN MÉDICA

**PED-001** ASCITIS QUILIFORME SECUNDARIA A LINFOMA NO HODGKIN DE CÉLULAS B GRANDES EXTRANODAL, REPORTE DE CASO
**PED-002** EL RETO DE LA DISPEPSIA REFRACTARIA COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE LINFOMA NO HODGKIN TIPO B RETROPERITONEAL
**PED-003** HIDATIDOSIS HEPÁTICA SIMULANDO UN ABSCESO PIÓGENO: REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.
**PED-004** LINFOMA MALT DE LOCALIZACIÓN INUSUAL: A PROPÓSITO DE UN CASO
**PED-005** NEOPLASIAS PRIMARIAS SINCRÓNICAS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL: COEXISTENCIA INUSUAL DE LINFOMA NO HODGKIN GÁSTRICO Y ADENOCARCINOMA DE COLON
**PED-006** PANCREATITIS Y HEPATITIS COMO MANIFESTACIÓN POCO FRECUENTE DE SÍFILIS SECUNDARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO
**PED-007** PILEFLEBITIS SECUNDARIA A GASTROENTERITIS POR ESCHERICHIA COLI: REPORTE DE UN CASO

## RESUMENES

### PED-001 ASCITIS QUILIFORME SECUNDARIA A LINFOMA NO HODGKIN DE CÉLULAS B GRANDES EXTRANODAL, REPORTE DE CASO

*Alfredo Monsalve, Silvia Rojas, Alejandro de Faria, Manuel Mendez, Carmen Peñaloza*

Introduccion La ascitis quiliforme es una entidad clínica infrecuente caracterizada por la acumulación de líquido ascítico de aspecto lechoso y rico en triglicéridos, resultado de la obstrucción o disrupción del flujo linfático hacia la cavidad peritoneal. Esta condición puede deberse a diversas causas, incluyendo neoplasias linfoproliferativas, infecciones, traumatismos y cirrosis hepática, siendo su diagnóstico y manejo un reto clínico significativo. Caso Clínico Paciente femenina de 61 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 que consultó por síntomas digestivos progresivos durante tres meses, incluyendo náuseas, vómitos, diarrea y distensión abdominal. Con aumento del perímetro abdominal por ascitis al examen físico, se realizó paracentesis con líquido de aspecto lechoso compatible con ascitis quiliforme. Estudios imagenológicos revelaron un conglomerado ganglionar retroperitoneal que comprometía estructuras vecinas. La biopsia quirúrgica confirmó linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes tipo centrogerminal mediante inmunohistoquímica. se inició tratamiento con quimioterapia R-CHOP, observando mejoría clínica y reducción del volumen ascítico tras el primer ciclo. Conclusiones La ascitis quiliforme representa un gran desafío para el medico en vista de la amplia gama de causas que la acompañan, en las cuales estudios básicos como la citoquímica no nos brindan datos totalmente precisos para llevarnos a un diagnóstico etiológico certero, ameritando así tiempo y múltiples estudios adicionales, retrasando así una terapéutica certera. Dicho

esto, se debe realizar un interrogatorio minucioso actuando este como piedra angular para orientar protocolos de estudio de manera efectiva

## PED-002 EL RETO DE LA DISPEPSIA REFRACTARIA COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE LINFOMA NO HODGKIN TIPO B RETROPERITONEAL.

*Amador Guzmán, Rosmar Fama, Dervis Bandres*

Introducción: El linfoma no Hodgkin de células B (LNH-B) constituye una neoplasia hematológica heterogénea, caracterizada por la proliferación clonal e incontrolada de linfocitos B maduros o precursores en el sistema linfoide o en tejidos extraganglionares. Cuando esta neoplasia se origina en el espacio retroperitoneal, su comportamiento suele ser silencioso y el efecto de masa compresiva sobre el eje celíaco o las estructuras del tracto gastrointestinal superior pueden simular trastornos funcionales enmascarando la patología y retrasando el diagnóstico. Caso Clínico: Se reporta el caso de un masculino de 73 años quien refiere clínica de 2 meses de evolución, caracterizada por dolor abdominal de aparición insidiosa, localizado en epigastrio que irradia a hipocondrio derecho, concomitante distención abdominal y sensación de llenura postprandial. Se realizan estudios endoscópicos evidenciando pangastritis erosiva y hemorroides externas, en vista de persistencia de clínica descrita a pesar de tratamiento sintomático, se realiza ultrasonido abdominal observando masa retroperitoneal con consecuente realización de Tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste endovenoso, constatando presencia de masa retroperitoneal en aparente relación con cabeza de páncreas, se indica ultrasonido endoscópico en el cual se describe presencia de múltiples adenopatías de gran tamaño en región periaórtica, efectuándose punción, obteniendo muestra para citología e inmunohistoquímica que concluye hallazgos compatibles con Linfoma no Hodgkin inmunofenotipo B. Discusión: El LNH-B retroperitoneal puede debutar con un comportamiento clínico de dispepsia refractaria al tratamiento convencional, lo que representa un verdadero desafío diagnóstico al desplazar las sospechas iniciales fuera del espectro tumoral hematopoyético.

## PED-003 HIDATIDOSIS HEPÁTICA SIMULANDO UN ABSCESO PIÓGENO: REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.

*Williams Prieto, Freidmar Lamuño, Nairé Sánchez, Saturnino Fernández*

La hidatidosis hepática, zoonosis causada por Echinococcus granulosus, constituye un desafío diagnóstico cuando las características morfológicas del quiste se apartan de los patrones ecográficos clásicos. Se presenta el caso de un paciente masculino con dolor en hipocondrio derecho y síndrome febril, cuya tomografía inicial sugería una colección hepática compatible con absceso piógeno, agravada por una litiasis coraliforme derecha obstructiva. A pesar de la instauración de antibioticoterapia de amplio espectro, la persistencia de la clínica y la falta de resolución de la lesión hepática obligaron a ampliar el protocolo diagnóstico. La serología mediante técnica de ELISA-IgG resultó positiva para hidatidosis, reclasificando la lesión como un quiste hidatídico tipo IV en resolución, lo cual permitió ajustar la terapéutica conservadora y coordinar el manejo urológico definitivo. La similitud radiológica entre el absceso hepático piógeno y la hidatidosis complicada representa una trampa diagnóstica de relevancia clínica en áreas endémicas. Este caso pone de manifiesto la importancia de mantener un elevado índice de sospecha clínica y la necesidad de integrar pruebas serológicas ante colecciones hepáticas complejas que no responden a la

antibioticoterapia convencional. El enfoque multidisciplinario, articulando gastroenterología, urología y radiología intervencionista, resultó determinante para la evolución favorable del paciente, evitando procedimientos quirúrgicos innecesarios y permitiendo una resolución satisfactoria del cuadro clínico.

## PED-004 LINFOMA MALT DE LOCALIZACIÓN INUSUAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Dra. Yulirma Nataly Mota Prado, Dr. Alfredo Jose Yendys Bolívar, Postgrado Gastroenterologia Monagas*

INTRODUCCIÓN El linfoma MALT es una neoplasia de células B asociada a estimulación antigénica crónica (H. pylori, C. psittaci). Su presentación sincrónica en sitios extranodales (órbita, parótida y estómago) es un evento infrecuente, caracterizado por baja agresividad y excelente pronóstico inicial. Este reporte destaca la correlación clínica, endoscópica, histopatológica e inmunohistoquímica como desafío diagnóstico que conlleva dicha diseminación sistémica y así guíar al tratamiento efectivo. MATERIAL Y MÉTODOS Análisis retrospectivo de paciente femenino, de 55 años, procedente del Estado Monagas, donde se evalúa evolución clínica, complicaciones, estudios imagenológicos e histopatológicos desde IEA en mayo 2025 hasta inicio de esquemas de poliquimioterapia aplicados entre mayo-agosto 2026. RESULTADOS La histopatología oftálmica confirmó linfoma de zona marginal. En marzo de 2026 se descartó compromiso medular. Una endoscopia en abril reveló infiltración gástrica con biopsia que evidenció H. pylori escaso y tejido linfoide difuso asociado a mucosa. La evolución se complicó con celulitis preseptal por S. aureus, requiriendo hospitalización prolongada. Inmunohistoquímica gástrica pendiente. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS La presentación sincrónica en órbita, parótida y estómago clasifica el caso como estadio Lugano IV, modificando la terapia local por sistémica. En mayo 2026 inició Rituximab-Bendamustina; sin embargo, por anafilaxia y alto costo, se rotó el 2do y 3er ciclo (julio-agosto) a R-CHOP con mejoría clínica, restando seis ciclos. CONCLUSIÓN La inmunohistoquímica es el estándar de oro diagnóstico. Las presentaciones atípicas exigen abordaje multidisciplinario. La correlación anatomopatológica optimiza la poliquimioterapia secuencial, requiriendo seguimiento estricto con imágenes y endoscopia para monitorizar respuesta y descartar transformación a alto grado.

## PED-005 NEOPLASIAS PRIMARIAS SINCRÓNICAS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL: COEXISTENCIA INUSUAL DE LINFOMA NO HODGKIN GÁSTRICO Y ADENOCARCINOMA DE COLON.

*Jose Martin, Saturnino Fernandez*

La presentación sincrónica de dos neoplasias primarias de distinto origen histológico en el tracto gastrointestinal es excepcional, con una incidencia global de apenas 0,0002 por ciento para la coexistencia de adenocarcinoma colorrectal y linfoma primario. Se presenta el caso de un paciente masculino de setenta años, tabáquico crónico, evaluado por un cuadro de cuatro meses de evolución caracterizado por una pérdida de peso de veinte kilogramos, astenia, deposiciones melénicas y hematemesis. La endoscopia digestiva superior reveló un tumor gástrico avanzado tipo Bormann II, cuyo estudio histopatológico e inmunohistoquímico confirmó un linfoma no Hodgkin indolente de células B. Simultáneamente, la endoscopia digestiva inferior evidenció una lesión tumoral estenosante en el colon descendente que ocluía el setenta por

ciento del lumen. Ante el riesgo obstructivo inminente, se practicó una hemicolectomía radical izquierda extendida con colostomía terminal. El análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica reportó un adenocarcinoma de colon bien diferenciado en estadio IIIC. Padecer simultáneamente un linfoma gástrico y un adenocarcinoma colónico constituye una rareza médica que exige un abordaje multidisciplinario riguroso. La relevancia de este reporte radica en documentar una asociación sincrónica excepcional que desafía los algoritmos terapéuticos convencionales. En conclusión, el éxito clínico ante entidades concurrentes de esta magnitud exige priorizar la resolución quirúrgica de las complicaciones obstructivas inminentes, estableciendo así un puente seguro y escalonado hacia el abordaje oncológico definitivo.

## PED-006 PANCREATITIS Y HEPATITIS COMO MANIFESTACIÓN POCO FRECUENTE DE SÍFILIS SECUNDARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Nikita Ulloa , Saturnino Fernández HUC*

INTRODUCCIÓN: Treponema pallidum es conocido como "la gran imitadora" debido a su diversidad de presentaciones clínicas. El compromiso hepático y pancreático en la sífilis secundaria es extremadamente infrecuente y suele estar subdiagnosticado, simulando patologías biliopancreáticas agudas de resolución quirúrgica o endoscópica. PRESENTACIÓN DE CASO: Se trata de paciente masculino de 50 años con antecedente de colecistectomía parcial, quien ingresa por presentar Dolor abdominal de severa intensidad en epigastrio e hipocondrio derecho, irradiado en banda, concomitante vómitos, fiebre e ictericia. Al examen físico ictericia y dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Analítica de ingreso se observó patrón mixto (colestásico y hepatocelular): Bilirrubina Total 4,7 mg/dL, BD 2,5 mg/dL, ALT 260 U/L, Fosfatasa Alcalina 824 U/L, GGT 393 U/L y Lipasa 824 U/L. Los estudios de imagen (USA y RM con efecto colangiográfico) se observaron hallazgos de litiasis en remanente vesicular sin dilatación de vías biliares. Durante la evolución intrahospitalaria se solicitaron serologías, obteniendo VDRL reactivo a 16 diluciones y FTA-ABS positivo. Se inició tratamiento con Penicilina G Benzatínica, observándose una rápida mejoría clínica con normalización de patrón colestásico, hepatocelular y enzimas pancreáticas en los controles posteriores. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: La hepatitis y la pancreatitis sifilítica representan manifestaciones raras de la fase secundaria de la infección. La respuesta clínica y bioquímica inmediata tras la antibioticoterapia específica confirma la etiología luética. Se resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha diagnóstica ante cuadros colestásicos y pancreáticos atípicos para evitar procedimientos invasivos innecesarios e instaurar un tratamiento curativo oportuno.

## PED-007 PILEFLEBITIS SECUNDARIA A GASTROENTERITIS POR ESCHERICHIA COLI: REPORTE DE UN CASO

*Julieth Moreno, Dervis Bandres, María José Herrera, Rossanny Rodríguez, Carlos Sánchez, CMDLT*

Objetivo: Reportar un caso clínico de pileflebitis secundaria a cuadro de gastroenteritis por Escherichia Coli, resaltando la importancia de la sospecha clínica temprana ante dolor abdominal súbito. Descripción: paciente femenino de 48 años de edad, sin antecedentes patológicos, quien consultó por evacuaciones líquidas y episodios eméticos. Refirió nexo epidemiológico familiar con mismos síntomas y aislamiento de

Escherichia Coli. Paciente se automedicó con Trimetropin/Sulfametoxazol durante 05 días. Posteriormente asocia dolor de aparición súbita en hipocondrio derecho de fuerte intensidad 8/10 en EVA, opresivo, sin acalmia. Al examen físico: abdomen doloroso a la palpación de hipocondrio derecho. Laboratorios: leucocitosis 10.590/mm3 (neutrófilos 60.7%), PCR 3,41, perfil hepático sin alteraciones. La tomografía axial computarizada de abdomen (TAC) contrastada reveló vena porta con contenido hiperdenso con extensión hacia sus ramas distales y ecografía doppler hepática imagen hiperecogénica tubular en ramas segmentarias hacia los segmentos VII y VIII. El perfil inmunológico (ANA, ANTIDNA, anticoagulante lupico, b2 glicoproteina, anticardiolipina), PET-TC y JAK2 exón 14, resultaron negativos, descartando otras etiologías Resultados: se inició anticoagulación con Enoxaparina 60 mg c/12 h, con posterior cambio a anticoagulante oral directo (Rivaroxaban 20 mg OD). La paciente evolucionó satisfactoriamente, con controles imagenológicos sin hallazgos de trombosis ni complicaciones. Conclusión: La pileflebitis debe sospecharse e incluirse como diagnóstico diferencial en infecciones del tracto gastrointestinal que asocien dolor abdominal súbito en hipocondrio derecho. La TAC y ecografía doppler son fundamentales para confirmar la presencia y extensión del trombo. Diagnosticar y tratar a tiempo con anticoagulación, permite la recanalización y evita complicaciones graves.

## GASTROPEDIATRIA

**PGP-029** DRENAJE TRANSGÁSTRICO DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO GUIADO POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
**PGP-030** IMPACTACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN EL APÉNDICE CECAL EN LACTANTE ASINTOMÁTICO: DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO A LA RESOLUCIÓN
**PGP-031** MANEJO CONSERVADOR DE LA PERFORACIÓN ESOFÁGICA TRAS LA INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO ORGÁNICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO
**PGP-032** UNA PRESENTACIÓN INÉDITA: SARCOMA DE EWING ESOFÁGICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON DISFAGIA. PRIMER REPORTE DE CASO

## RESUMENES

### PGP-029 DRENAJE TRANSGÁSTRICO DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO GUIADO POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.

*Nathalie Méndez, José Soto, Dervis Bandres, CMDLT*

Introducción: El pseudoquiste pancreático constituye una complicación frecuente en el curso de la pancreatitis aguda y crónica. El drenaje transgástrico guiado por ultrasonido endoscópico se ha establecido como la técnica de elección para el tratamiento del pseudoquiste pancreático en adultos. La evidencia que respalda el uso de este método en la población pediátrica es limitada. El objetivo fue evaluar el éxito técnico y clínico, seguridad del procedimiento y recurrencia del pseudoquiste. Métodos y pacientes: Se analizaron retrospectivamente los datos de pacientes pediátricos (<18 años) con PQP que se sometieron a drenaje transgástrico guiado por USE con colocación de stent plástico doble cola de cerdo durante el período 2011-2025. Resultados: Un total de 3 pacientes fueron evaluados (uno masculino y dos femeninos),

con edad media de 15,33 (rango 14-17 años). El tiempo medio de hospitalización fue de 4 días. La etiología del pseudoquiste pancreático estuvo relacionada a pancreatitis aguda de etiología vascular en un paciente con homocistinuria, autoinmune en un paciente con lupus eritematoso sistémico y traumático en un paciente con trauma abdominal cerrado con desconexión del conducto pancreático. La sintomatología referida fue dolor abdominal, saciedad precoz, fiebre e intolerancia de la vía oral. El diámetro promedio de las lesiones fue de 123mm (rango 67-172 mm). En los tres casos se realizó cistostomía y dilatación con balón pilórico previa colocación de los stents plásticos doble cola de cerdo. El éxito técnico y clínico del drenaje transgástrico guiado por USE fue del 100%. El desarrollo de complicaciones ocurrió en un paciente con perforación de la pared del pseudoquiste, ameritando abordaje laparoscópico con lavado de cavidad y evolución favorable. Se describió un paciente con infección de líquido del pseudoquiste por pseudomona aeruginosa. No se describió mortalidad. En el seguimiento durante 12 meses, se reportó recurrencia en un paciente, asintomático con manejo expectante y resolución espontánea en controles posteriores, los otros dos pacientes no tuvieron recurrencias. Se reportó un paciente con migración espontánea del stent y en los otros 2 no fueron retirados. Conclusiones: El drenaje transgástrico de pseudoquiste pancreático guiado por ultrasonido endoscópico en pacientes pediátricos pareciera seguro y eficaz, incluso en pacientes con comorbilidades complejas y poco comunes. El procedimiento presenta una morbilidad aceptable y una tasa de recurrencia mínima. El grosor de la pared del pseudoquiste y la instrumentación con guía hidrofílica debe ser cuidadosamente considerada. En niños se perfila como una alternativa de primera línea, aunque se requieren más estudios prospectivos de cohorte. Palabras claves: pseudoquiste pancreático, drenaje, ultrasonido endoscópico, pacientes pediátricos.

## PGP-030 IMPACTACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN EL APÉNDICE CECAL EN LACTANTE ASINTOMÁTICO: DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO A LA RESOLUCIÓN

*Sandra Neri, Raul Monserat, Moraima Rojas CMC*

La ingestión de cuerpos extraños es un evento común en pediatría, y un motivo frecuente de consulta en las salas de emergencia. La incidencia pico se observa entre los 6 a 36 meses de edad, y el riesgo permanece hasta los seis años, siendo la principal causa el descuido, por parte de quienes tienen la responsabilidad de cuidar a los niños. La gran mayoría de los objetos que llegan al estómago, pasan por el tracto gastrointestinal espontáneamente sin consecuencias; solo el 20% ameritan extracción endoscópica, y menos del 1% requieren intervención quirúrgica, siendo los principales puntos de retención a nivel del píloro, duodeno, ángulo de Treitz y la válvula ileocecal. La localización apendicular es un evento extremadamente infrecuente, con <0,0005% de los casos[2]. Se presenta el caso de una lactante de 22 meses con ingestión de cuerpo extraño tipo bisutería, asintomática, radiológicamente ubicado a nivel de cuadrante inferior derecho de abdomen, que, tras seguimiento radiológico y realización de colonoscopia, ameritó resolución quirúrgica, hallando el mismo a nivel de la luz apendicular, y con evidencia histológica de signos inflamatorios compatibles con apendicitis secundaria. La apendicectomía ha demostrado ser un método diagnóstico y terapéutico fiable y seguro en cirugía electiva. Este caso excepcional de apendicitis aguda subraya la importancia de considerar la ingestión asintomática de cuerpos extraños como parte de la etiología. Por lo tanto, es necesario considerar las

modalidades de imagenología y las medidas profilácticas adecuadas, que varían según la naturaleza del objeto ingerido y el estado de salud del paciente.

### PGP-031 MANEJO CONSERVADOR DE LA PERFORACIÓN ESOFÁGICA TRAS LA INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO ORGÁNICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO

*Sadra Neri, Eduardo Mata, Belén Suárez, Aldo Stamile, CMC*

En pediatría la perforación esofágica es poco frecuente, con una incidencia estimada del 2-15% de los casos tras la ingesta de cuerpo extraño, pero se asocia con tasas significativas de morbilidad y mortalidad de hasta el 20-30%. El diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado siguen siendo un desafío. Existen diferentes opciones sobre el protocolo de tratamiento óptimo, y el papel del manejo conservador en este contexto no está bien establecido, por lo que se justifica un abordaje multidisciplinario. A continuación, se presenta el caso de un adolescente de 15 años con perforación esofágica por ingestión de cuerpo extraño orgánico (hueso de pollo) con manejo conservador y evolución satisfactoria. Conclusión: El manejo conservador de la perforación esofágica por ingestión de cuerpos extraños orgánicos actualmente se considera la primera línea de tratamiento en pediatría, y debe indicarse en pacientes estables con presentación temprana, ruptura esofágica contenida y mínima contaminación de los espacios circundantes si se dispone de vigilancia altamente especializada.

### PGP-032 UNA PRESENTACIÓN INÉDITA: SARCOMA DE EWING ESOFÁGICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON DISFAGIA. PRIMER REPORTE DE CASO

*Sandra Neri, José Di Giorgio Franco, Nina Colina, Ana Elia Guerra*

Los sarcomas de tejidos blandos son un grupo infrecuente de tumores que suponen <10% de las neoplasias malignas en pediatría y <1% de todos los cánceres del adulto. La incidencia del Sarcoma de Ewing Extraesquelético es 0.4 por millón en niños, el cual es más común en la población adulta, sin relación al sexo o raza. Es un tipo de tumor de células pequeñas y redondas que se presenta en los tejidos blandos, raramente aparece en el esófago. A continuación, se presenta el primer caso documentado en escolar femenino de 7 años con disfagia progresiva y pérdida de peso de tres meses de evolución. Examen físico sin alteraciones. Sin antecedentes pertinentes. Se realiza videograstoscopia evidenciando masa polipoidea de gran tamaño en esófago, ulcerada, con restos de moco, friable, en tercio medio, ocupando el 90% de la luz y extensión hasta el tercio inferior, de 10 cm de longitud, franqueable con endoscopio neonatal, resto de la mucosa de aspecto sano. Estómago y duodeno sin alteraciones. Histología e inmunohistoquímica: Sarcoma indiferenciado de células redondas pequeñas con inmunomarcaje fuerte y difuso de CD 99 y NKX2.2. Conclusión: El sarcoma de Ewing es una entidad rara entre todas las neoplasias malignas esofágicas, siendo el primer caso presentado en la edad pediátrica. Se presenta como una masa exofítica y, en este caso, como una masa que ocluye la luz del esófago generando disfagia y consecuente pérdida de peso por lo que debe considerarse en los diagnósticos diferenciales con estudio inmunohistoquímico para validar el diagnóstico.

## HEPATOLOGÍA

**PH-033** HEPATOCARCINOMA AFP NEGATIVA EN PACIENTE CON CIRROSIS HEPATICA CON HIPERTENSION PORTAL: DIAGNOSTICO POR IMAGEN E HISTOLOGIA
**PH-034** POLIQUISTOSIS HEPATICA GIGANTE ABSCEDADA COMPLICADA CON FÍSTULA GASTRO-QUISTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO
**PH-035** TRATAMIENTO DEL VHC PREVIO A LA TERAPIA ANTINEOPLASICA EN HCC METASTÁSICO CON HIPERTENSIÓN PORTAL
**PH-036** TROMBOSIS DEL CONFLUENTE PORTO-ESPLENICO EN CIRROSIS HEPÁTICA COMPENSADA POR VHC CON RVS.

## RESUMENES

### PH-033 HEPATOCARCINOMA AFP NEGATIVA EN PACIENTE CON CIRROSIS HEPATICA CON HIPERTENSION PORTAL: DIAGNOSTICO POR IMAGEN E HISTOLOGIA

*Maria Ortiz, Maria Rodriguez, Rosalia Perazzo, Libia Pinto*

Paciente femenina de 65 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial y colecistectomía, es referida para evaluación por hepatología tras presentar hemorragia digestiva superior. En los estudios iniciales de endoscopia y ecografía, se evidenciaron varices esofágicas con signos de riesgo e imágenes compatibles con cirrosis hepática y ascitis. La paciente requirió manejo profiláctico secundario mediante sesiones de ligadura de varices. En los controles ecográficos y tomográficos de seguimiento, se identificó en el lóbulo derecho (segmento VII) una lesión ocupante de espacio (LOE) sólida que progresó de 5×4,3 cm a 10×8 cm, con áreas de necrosis central. Las imágenes dinámicas (TC y RM contrastadas) demostraron el patrón vascular característico con realce ávido en fase arterial y lavado rápido (washout) en fase portal/tardía. A pesar de los hallazgos patognomónicos por imagen (criterios LI-RADS 5), las cifras de alfafetoproteína (AFP) se mantuvieron en rangos normales (2,13–3,6 ng/mL). Para confirmación de la naturaleza tumoral, se realizó biopsia hepática percutánea guiada por tomografía computarizada con embolización y taponamiento con Gelfoam, reportando fibrosis septal, regeneración nodular y cambios focales sugestivos de neoplasia de estirpe hepatocelular. Este caso ejemplifica el hepatocarcinoma AFP-negativo, condición presente en el 30%-40% de los enfermos con carcinoma hepatocelular. Resalta la importancia del diagnóstico no invasivo mediante imagen dinámica y la consideración de biomarcadores complementarios (como PIVKA-II o el modelo GALAD) en pacientes cirróticos que no elevan AFP.

### PH-034 POLIQUISTOSIS HEPATICA GIGANTE ABSCEDADA COMPLICADA CON FÍSTULA GASTRO-QUISTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Johanny Marin, Libia Pinto, Rosalía Perazzo, HMPC*

RESUMEN Introducción: La enfermedad poliquística hepática (EPH) es una entidad hereditaria caracterizada por el desarrollo progresivo de múltiples quistes. Sus complicaciones infecciosas y su fistulización a órganos adyacentes (como el estómago) son extremadamente raras y representan un desafío diagnóstico-terapéutico. Presentación de caso: Paciente masculino de 74 años, zapatero de

profesión, quien inicia cuadro con infección del tracto urinario por Escherichia coli, agregándose posteriormente dolor abdominal progresivo en hipocondrio izquierdo irradiado a epigastrio y aumento de volumen masivo. En la tomografía (TAC) y ecografía abdominal se evidenció poliquistosis hepática con una lesión ocupante de espacio (LOE) gigante en lóbulo izquierdo de 12.7 x 9.5 cm compatible con quiste abscedado. La gastroscopia (EDS) reveló gastropatía hemorrágica, pliegues gruesos y duodenopatía parasitaria. Se realizó drenaje laparoscópico de quiste hepático abscedado. La biopsia confirmó inflamación crónica reagudizada severa abscedada en cápsula quística y gastritis asociada a Helicobacter pylori (OLGA II). Discusión: La presencia de un quiste hepático gigante abscedado con fístula gastro- quística requiere un abordaje multidisciplinario combinando drenaje quirúrgico y terapia antimicrobiana prolongada. Conclusión: El diagnóstico precoz de las complicaciones infecciosas y fistulosas en poliquistosis hepática es determinante para evitar desenlaces fatales. Palabras claves: Poliquistosis hepática, Quiste hepático abscedado, Fistula gastro-quística, Escherichia coli, Drenaje laparoscópico.

## PH-035 TRATAMIENTO DEL VHC PREVIO A LA TERAPIA ANTINEOPLASICA EN HCC METASTÁSICO CON HIPERTENSIÓN PORTAL

*Indira Piñero, Rosalía Perazzo, Libia Pinto, UGHPC*

Introducción: El carcinoma hepatocelular (HCC) representa la neoplasia primaria de hígado más frecuente y una de las principales causas de morbimortalidad en pacientes con cirrosis por Virus de Hepatitis C (HVC). El cribado viral sistemático previo a terapias sistémicas es crucial para evitar reactivaciones y descompensación hepática. Presentación de caso: Paciente masculino de 70 años de edad, con antecedente de alcoholismo y tabaquismo acentuados, quien acude por dolor en hipocondrio derecho. En ultrasonido se evidenció hepatomegalia, hígado aspecto MT con lesión predominante con áreas de necrosis en lóbulo derecho, por lo cual se realiza tomografía computarizada (TAC) dónde se evidenció múltiples nódulos de aspecto secundario en bases pulmonares, lesiones sólidas con área de necrosis central en lóbulo hepático derecho de probable etiología secundario. La biopsia hepática con inmunohistoquímica confirmó Carcinoma Hepatocelular Moderadamente Diferenciado (HEPPAR1 positivo difuso). En el protocolo pre-tratamiento oncológico se detectó infección activa por HVC (PCR 302 copias/mL, Genotipo 2b). La colonoscopia reveló varices rectales grandes y hemorroides externas prolapsadas como signos de hipertensión portal. Se inició manejo integral con Antivirales de Acción Directa (AAD), profilaxis con Carvedilol y diuréticos. Discusión: La coexistencia de etiología alcohólica y viral acelera el desarrollo de cirrosis y HCC. El manejo multidisciplinario orientado al control de la hipertensión portal y el inicio precoz de AAD resulta indispensable antes del abordaje oncológico. Conclusión: El diagnóstico de infección por HVC por hipertensión portal en pacientes con HCC metastásico permite optimizar la función hepática y mejorar las opciones terapéuticas de soporte. Palabras claves: HVC, HCC

## PH-036 TROMBOSIS DEL CONFLUENTE PORTO-ESPLENICO EN CIRROSIS HEPÁTICA COMPENSADA POR VHC CON RVS.

*Renna Camacho , Rosalía Perazzo, Libia Pinto, HMPC*
Paciente femenina de 71 años con antecedente de cirrosis hepática por VHC (con respuesta virológica sostenida conseguida en 2023), complicada con hipertensión portal, acudió a consulta por dolor abdominal de aparición brusca en epigastrio, de carácter punzante e intensidad moderada, que persistió a pesar de recibir tratamiento sintomático. En los estudios ecográficos y Doppler porta-esplénico se evidenció hepatomegalia del lóbulo izquierdo, cambios cirróticos y una trombosis venosa parcial de aspecto subagudo en la confluencia espleno-portal, la cual ocupaba un 60% de la luz vascular. Los exámenes de laboratorio mostraron trombocitopenia progresiva (de 260.000 a 140.000mm3) y moderada prolongación del tiempo de protrombina, manteniendo la función hepática conservada. El diagnóstico definitivo se estableció como trombosis parcial del confluente porto-esplénico en contexto de cirrosis hepática por VHC complicada con hipertensión portal. El plan terapéutico intrahospitalario inició con anticoagulación con heparina de bajo peso molecular (HBPM). Al egreso, la paciente continuó tratamiento ambulatorio de mantenimiento con anticoagulante oral tipo Rivaroxabán (20 mg OD), manteniéndose bajo perfil de profilaxis secundaria con betabloqueantes y citada para seguimiento con eco-Doppler portal y angiotomografía abdominal. Conclusión: el inicio temprano de anticoagulación con HBPM, seguido de anticoagulantes orales (AODs o Warfarina) aumenta las tasas de recanalización portales. Es fundamental la evaluación previa o concomitante de várices esofágicas grandes e iniciar profilaxis con betabloqueantes no selectivos para minimizar riesgos de sangrado digestivo.

## ULTRASONIDO E IMÁGENES

**PUI-037** BIOPSIA HEPÁTICA GUÍADA POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO COMO ESTRATEGIA DE RESCATE DIAGNÓSTICO
**PUI-038** Más allá de la pancreatitis: Síndrome de ducto pancreático desconectado y su resolución endoscópica.
**PUI-039** SCHWANNOMA GÁSTRICO, UNA NEOPLASIA BENIGNA INFRECUENTE: VALOR DE LA BIOPSIA POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO

## RESUMENES

### PUI-037 BIOPSIA HEPÁTICA GUÍADA POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO COMO ESTRATEGIA DE RESCATE DIAGNÓSTICO

*Rosmar Fama, Dervis Bandres, José Soto, Sandra Romero CMDLT*
La biopsia hepática representa el estándar de oro diagnóstico en hepatopatías focales y difusas. Históricamente la vía de adquisición de tejido más utilizada es la percutánea (guiada por ultrasonido o tomografía), sin embargo, puede verse limitada en lesiones subcentimétricas, de difícil acceso, con necrosis central o abscedadas que condiciona una tasa de muestras no diagnósticas de entre 10% y 30% de los casos. En este contexto, la biopsia guiada por ultrasonido endoscópico (USE) emerge como una alternativa de alta precisión y rescate. Caso Clínico: Femenino de 74 años que inicia enfermedad actual en 2025 caracterizado por pérdida de peso no intencional de 20 kg. La Tomografía abdominal contrastada evidenció una lesión ocupante de espacio (LOE) en segmentos VII-VIII con necrosis central, sugiriendo proceso abscedado vs.

Neoplásico. Se realizó biopsia percutánea guiada por tomografía, obteniendo muestra escasa apta solo para citología, con diagnóstico presuntivo de neoplasia maligna epitelioide vs. Sarcoma. Ante la incertidumbre histológica, se realizó biopsia hepática guiada por USE- FNB (19G). Se obtuvo muestra para citología y un bloque celular adecuado para estudio morfológico e inmunohistoquímico, concluyendo: adenocarcinoma de mama triple negativo metastásico, moderado a poco diferenciado (CK7+, CK20-, CK19+ y TRPS1+). Discusión: El USE demuestra ser una estrategia de rescate altamente eficaz ante el fallo de métodos percutáneos convencionales. Su elevada resolución espacial en tiempo real permite caracterizar la arquitectura de la lesión y dirigir la punción de forma selectiva hacia el componente sólido periférico viables, evitando áreas de necrosis y garantizando tejido suficiente para paneles de inmunohistoquímica.

## PUI-038 MÁS ALLÁ DE LA PANCREATITIS: SÍNDROME DE DUCTO PANCREÁTICO DESCONECTADO Y SU RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA.

*Rosanny Rodriguez, Carlos Sanchez, Dervis Bandres , Rosmar Fama, Julieth Moreno, Maria Jose Herrera*

El síndrome del conducto pancreático desconectado es una entidad patológica compleja caracterizada por la pérdida de continuidad del conducto pancreático principal. Suele presentarse de forma tardía tras episodios de pancreatitis necrotizante o traumatismos glandulares mayores. El segmento pancreático distal viable e incomunicado continúa su función exocrina, propiciando la formación de colecciones persistentes y recidivantes. Paciente masculino de 15 años de edad con antecedente de traumatismo abdominal cerrado en diciembre de 2022 (caída de bicicleta) complicado con pancreatitis aguda y fractura pancreática en la transición cuello-cuerpo; las colecciones iniciales se reabsorbieron espontáneamente, manteniéndose asintomático y en control anual durante 2024. Acude en marzo de 2025 por dolor epigástrico de fuerte intensidad irradiado a región posterior, plenitud postprandial y saciedad precoz. El ecosonograma abdominal evidenció una lesión ocupante de espacio (LOE) quística, bien delimitada, de 6.7 x 5.6 cm en cuello de páncreas con compresión extrínseca gástrica (un incremento de 4 cm respecto a controles previos).Ante el diagnóstico de pseudoquiste pancreático sintomático, se programó realizar(USE) en julio de 2025. En la ecoendoscopia se identificó la lesión anecoica regular, realizándose punción con aguja FNB 22G . Bajo guía fluoroscópica se avanzó guía, se realizó cistostomía con cistóstomo de 6 Fr, dilatación progresiva con balón pilórico hasta 13.5 mm y colocación de dos stents plásticos doble pigtail de 7 Fr x 7 cm, logrando un drenaje transgástrico exitoso. El DPDS constituye un desafío clínico mayor. Debe sospecharse activamente ante colecciones pancreáticas de crecimiento tardío en pacientes con historia previa de trauma o fractura pancreática

## PUI-039 SCHWANNOMA GÁSTRICO, UNA NEOPLASIA BENIGNA INFRECUENTE: VALOR DE LA BIOPSIA POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO

*Rosmar Fama, Dervis Bandres, Sandra Romero CMDLT*

Las lesiones subepiteliales gástricas representan un reto diagnóstico complejo en la práctica gastroenterológica diaria. Aunque los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo, el schwannoma gástrico es una lesión benigna de origen neural de presentación extremadamente rara (<0,2%). Su similitud morfológica y endosonográfica con el GIST y los leiomiomas conduce con frecuencia a diagnósticos preoperatorios erróneos y a la realización de gastrectomías o linfadenectomías oncológicas innecesarias. Se presenta el caso de una paciente femenina de 35 años que consultó por dispepsia y alteración del patrón evacuatorio. La endoscopia digestiva superior reveló una lesión elevada de 20 mm en cuerpo bajo. El ultrasonido endoscópico (USE) confirmó una masa hipoecogénica, homogénea y de bordes bien definidos dependiente de la cuarta capa (muscular propia). La punción-biopsia guiada por USE (USE-FNB) permitió la obtención de un bloque de tejido histológico adecuado. El análisis histopatológico e inmunohistoquímico demostró inmunorreactividad intensa para Proteína S-100 y SOX10, y negatividad para CD117, CD34 y DOG-1, confirmando el diagnóstico de schwannoma gástrico

PANTALLA 2

## ENDOSCOPIA

**PE-008** ADENOCARCINOMA DE YEYUNO: UN DESAFIO DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO EN NEOPLASIAS DE INTESTINO DELGADO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

**PE-009** COEXISTENCIA EXCEPCIONAL DE LINFOMA MALT GÁSTRICO Y ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO DE RECTO: REPORTE DE CASO

**PE-010** COLANGITIS POR IGG4: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CRÍTICO ANTE LA SOSPECHA DE NEOPLASIA BILIAR.

**PE-011** COLECCIÓN PANCREÁTICA POSTQUIRÚRGICA POR DISRUPCIÓN DUCTAL: ABDORDAJE POR ECOENDOSCOPIA-PANCREATOGRAFÍA RETROGRADA ENDOSCÓPICA EN UN SOLO TIEMPO

**PE-012** COLITIS ULCEROSA DE INICIO TARDÍO COEXISTENTE CON ENFERMEDAD DIVERTICULAR: UN RETO DIAGNÓSTICO.

**PE-013** CUANDO LO AGUDO SE COMPORTA COMO CRÓNICO: MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE COMPLICACIÓN VASCULAR POR PANCREATITIS AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

**PE-014** Desafíos en la endoscopia biliar: Retiro de prótesis atascada en fístula bilioentérica mediante láser de holmio.

**PE-015** DOBLE PÍLORO: HALLAZGO EXCEPCIONAL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD ULCEROPÉPTICA Y ENFERMEDAD DE CROHN

**PE-016** Fístula Enteroatmosférica: a propósito de un caso.

**PE-017** Grandes simuladores en coloproctología: Melanoma anorrectal primario debutando como patología benigna

**PE-018** HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR COMO FORMA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA DE SEMINOMA TESTICULAR METASTÁSICO. REPORTE DE UN CASO.

**PE-019** HEMORRAGIA MASIVA POR DIVERTÍCULO YEYUNAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

**PE-020** ICTERICIA OBSTRUCTIVA POR DISEMINACIÓN HILIAR INFRECUENTE DE NEOPLASIA OVÁRICA EN PACIENTE CON DOBLE PRIMARIO METACRÓNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

**PE-021** INVITADO INESPERADO EN LA VÍA BILIAR

**PE-022** Lesión serrada del apéndice cecal manifestada como apendicitis aguda abscedada: un hallazgo histológico inusual

**PE-023** MANEJO ENDOSCÓPICO TERAPÉUTICO DE PERFORACIÓN POR ÚLCERA MARGINAL EN ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

**PE-024** Mimetismo Clínico y Desafío Diagnóstico: Linfoma No Hogkin Gástrico

**PE-025** Mimetismo tumoral y abdomen agudo: Melanoma metastásico gastrointestinal multifocal en un paciente con trisomía 22 parcial

**PE-026** Mucocele apendicular manifestado como lesión subepitelial cecal: un desafío diagnóstico en la práctica endoscópica

**PE-027** "TRATAMIENTO ENDOSCOPICODE LOS CALCULOS BILIARES DIFICILES: UN
PROBLEMA RECURRENTE: REPORTE DE UN CASO"

**PE-028** ULCERA GÁSTRICA GIGANTE: DESAFÍO DIAGNOSTICO ENTRE BENIGNIDAD Y MALIGNIDAD.

## RESUMENES

### PE-008 ADENOCARCINOMA DE YEYUNO: UN DESAFIO DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO EN NEOPLASIAS DE INTESTINO DELGADO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Julieth Moreno, José Soto, María José Herrera, Rossanny Rodríguez, Carlos Sánchez, Dervis Bandres, Raul Monserat*

Objetivo: Describir la presentación clínica, hallazgos enteroscópicos y caracterización inmunohistoquímica de un adenocarcinoma yeyunal como neoplasia poco frecuente del intestino delgado. Descripción: Paciente femenino de 52 años de edad quien consulta por dolor abdominal de aparición insidiosa en epigastrio, moderada intensidad 5/10 en EVA carácter opresivo, concomitante distensión abdominal, vómitos de contenido alimentario con posterior regurgitación y pirosis. Sin antecedentes personales patológicos, con tabaquismo activo. Al examen físico: abdomen distendido, ruidos hidroaereos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio. Laboratorios: leucocitosis 11.020/mm3 (neutrófilos 79.9%), perfil hepático y enzimas pancreáticas normales. La TAC abdominopelvica contrastada reveló engrosamiento de la pared del yeyuno proximal, se realizó enteroscopia como parte de protocolo diagnóstico objetivando en yeyuno lesión de aproximadamente 3 cm de longitud, circunferencial con estrechamiento de la luz intestinal, mamelonante, friable de aspecto tumoral, se toman biopsias con reporte anatomopatológico de Adenocarcinoma moderadamente diferenciado y ulcerado; la inmunohistoquímica revela expresión conservada de las proteínas reparadoras del ADN, p53 mutado y PD-L1 >1%. Se realizaron estudios de extensión siendo negativos. Resultados: Paciente fue intervenida con resección radical de yeyuno proximal, 10 ganglios resecados (04 positivos para metástasis), con inmunohistoquimica CK20+, CDX2+ compatible con neoplasia primaria gastrointestinal, catalogándose como estadio III. Referida a oncología para tratamiento. Conclusiones: A pesar de su extensión, los tumores malignos del intestino delgado representan menos del 5% y su localización en yeyuno es infrecuente. La enteroscopia constituye una herramienta fundamental para la localización y confirmación histopatológica. La resección y estadiaje oportuno ofrecen inicio de tratamiento mejorando supervivencia.

### PE-009 COEXISTENCIA EXCEPCIONAL DE LINFOMA MALT GÁSTRICO Y ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO DE RECTO: REPORTE DE CASO.

*Julieth Moreno, José Soto, María José Herrera, Rossanny Rodríguez, Carlos Sánchez, Dervis Bandres, Raul Monserat, CM*

Objetivo: Reportar un caso clínico de presentación atípica y sincrónica de Linfoma de la zona marginal extranodal de tejido linfoide asociado a mucosa (MALT) y Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de recto. Descripción: Paciente femenino de 61 años de edad, sin antecedentes personales patológicos, quien consulta por presentar pirosis, distensión abdominal y plenitud posprandial. En el examen funcional refería rectorragia intermitente que autolimitaba. Al examen físico: palidez cutánea y abdomen plano, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio.

Laboratorios: hemoglobina 11.1 g/dl, hematocrito 33.1%. La gastroscopia con NBI y magnificación permitió apreciar en fundus mucosa con sangrado petequial subepitelial, en curvatura mayor y cara anterior mucosa con alteración del patrón, vasos irregulares y úlcera central con fondo de fibrina. La colonoscopia reveló en unión rectosigmoidea lesión mamemolonante, exofítica, friable, ulcerada con NBI y magnificación el patrón mucosal y vascular era irregular. El reporte anatomopatológico de la mucosa gástrica describió infiltración del corion interglandular por células redondas de aspecto linfoide y Helicobacter Pylori presente por lo que se solicitó inmunohistoquímica con reporte: CD20+, BCL2+, Ki-67 con actividad proliferativa 15% compatible con Linfoma MALT. Además, Adenocarcinoma moderadamente diferenciado en recto. Los estudios de extensión no mostraron diseminación. Resultados: Se indicó esquema cuádruple para erradicación de H. Pylori (amoxicilina, claritromicina, bismuto, vonoprazam) y remisión del Linfoma MALT. Fue planificada para resección anterior baja con anastomosis colorrectal. Conclusiones: La presencia sincrónica de dos neoplasias primarias de distinta estirpe histológica en el tracto gastrointestinal es de carácter excepcional y representa un desafío diagnóstico.

**PE-010 COLANGITIS POR IGG4: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CRÍTICO ANTE LA SOSPECHA DE NEOPLASIA BILIAR**

*María Jose Herrera, Dervis Bandres, Julieth Moreno, Carlos Sanchez, Rosanny Rodriguez , Raul Monserat , Jose Soto, Rosmar Fama, CMDLT*

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 es una afección fibroinflamatoria sistémica infrecuente, con una incidencia de 1,4/100,000 personas y una prevalencia de 5,3/100,000 personas. Se caracterizada por la infiltración de células plasmáticas positivas para IgG4, lo que conduce a fibrosis y disfunción orgánica progresiva. Su principal manifestación hepatobiliar, la colangitis por IgG4, simula con frecuencia neoplasias malignas como el colangiocarcinoma. Su diferenciación clínica, radiológica e histológica inicial representa un desafío complejo que a menudo deriva en cirugías radicales innecesarias. Descripción: Femenino de 49 años que consultó por epigastralgia, fiebre y vómitos de una semana de evolución. Los paraclínicos mostraron elevación de enzimas hepáticas con patrón colestásico e hiperbilirrubinemia. Posteriormente por colangioresonancia se evidenció dilatación de la vía biliar intrahepática y estenosis del colédoco retropancreático, realizándose ultrasonido endoscópico (USE) el cual reveló litiasis y estenosis biliar. Se indica CPRE con colocación de prótesis plástica y un USE posterior mostró engrosamiento de la pared del colédoco y adenopatías, planteando sospecha de colangiocarcinoma (T2N1). Las biopsias del conducto biliar y ganglios descartaron malignidad. La elevación de la fracción sérica de IgG4 confirmó el diagnóstico de colangitis por IgG4 Resultados: se inició tratamiento con prednisona durante tres meses y en CPRE control se demostró resolución completa de la estenosis biliar. Conclusión: La colangitis por IgG4 debe considerarse de forma precoz en el abordaje de estenosis biliares indeterminadas. La determinación de niveles séricos de IgG4, sumada al estudio histológico y descarte de malignidad, permite instaurar un tratamiento esteroideo, evitando resecciones quirúrgicas complejas e innecesarias.

**PE-011 COLECCIÓN PANCREÁTICA POSTQUIRÚRGICA POR DISRUPCIÓN DUCTAL: ABORDAJE POR ECOENDOSCOPIA-PANCREATOGRAFÍA RETROGRADA ENDOSCÓPICA EN UN SOLO TIEMPO**

*Rosmar Fama, Dervis Bandres, José Soto, Mauro Carretta, Oriana Sánchez*
Introducción: Las colecciones postquirúrgicas tras una resección pancreática representan un desafío terapéutico. Su etiología principal radica en la disrupción del conducto pancreático principal o sus ramas, con elevado riesgo de sobreinfección. Según las guías internacionales vigentes, se prioriza el abordaje mínimamente invasivo. En este escenario, el ultrasonido endoscópico (USE) y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) asumen un rol central, evitando la morbilidad y la tasa de reintervenciones asociadas a la cirugía abierta o al drenaje percutáneo prolongado. Caso clínico: femenino de 61 años, en postoperatorio tardío (23 días) de enucleación de tumor en cuerpo pancreático, quien presenta fiebre, hiporexia, debilidad y gasto de aspecto purulento a través de drenaje tipo Blake. El ultrasonido, tomografía y colangiorresonancia confirmaron la presencia de colección de 90 cc en celda pancreática asociada a disrupción del conducto principal. El cultivo del líquido aisló Candida glabrata y Enterobacter cloacae. Se realizó manejo endoscópico en un solo tiempo: drenaje transgástrico guiado por USE mediante catéter doble pigtail, seguidamente pancreatografía que demostró el sitio de la fístula, tratada con colocación de stent pancreático plástico (7 cm x 5 Fr). La evolución fue satisfactoria, con resolución completa y retiro del stent a las 6 semanas sin complicaciones. Discusión: El manejo endoscópico combinado (USE + CPRE) en un solo procedimiento es una estrategia segura, eficaz y definitiva para tratar colecciones infectadas secundarias a disrupción ductal pancreática. Este abordaje sincrónico resuelve tanto la colección como la causa subyacente (fuga pancreática), reduciendo la morbilidad, la estancia hospitalaria y la necesidad de reintervenciones.

## PE-012 COLITIS ULCEROSA DE INICIO TARDÍO COEXISTENTE CON ENFERMEDAD DIVERTICULAR: UN RETO DIAGNÓSTICO.

*Neijelbeth Castillo, Saturnino Fernandez, Rosmar Fama*
La colitis ulcerosa (CU), es una entidad inflamatoria crónica cuya presentación en el adulto mayor a menudo coexiste con patologías prevalentes, como la enfermedad diverticular, complicando su abordaje clínico y diagnóstico. Reportamos el caso de un paciente masculino de 72 años con antecedentes de enfermedad diverticular quien acude a nuestro servicio por presentar pérdida de peso, dolor abdominal crónico en fosa ilíaca izquierda e hipogastrio, de un año de evolución, asociado a fiebre (39°C) y, hemorragia digestiva inferior recurrente. Se realiza gastroscopia donde se evidencia: 1. Hernia Hiatal tipo I y úlceras prepiloricas (Sakita Miwa H1). Se solicitó TC de abdominopelvica evidenciando: engrosamiento parietal segmentario en colon descendente, sigmoides y recto, con rarefacción de la grasa pericólica y signo del peine. Por lo que se realiza Colonoscopia, donde se evidenció mucosa rectal granular, eritematosa, friable y con sangrado difuso, solicitando PCR para TB: negativo, posteriormente el estudio anatomopatológico corroboró proctitis crónica activa con exulceración, distorsión de la arquitectura glandular y criptitis, estableciendo el diagnóstico de CU (Truelove moderado, escala de Mayo: 10 puntos), iniciando tratamiento con esteroides, 5-ASA e inmunomoduladores. Se presenta este caso clínico debido que, el diagnóstico diferencial entre la enfermedad diverticular complicada y la EII, constituye un reto en la práctica gastroenterológica. La integración de hallazgos endoscópicos, imagenológicos e histopatológicos resultaron determinantes para el diagnóstico definitivo y la exclusión de otras etiologías. La CU debe integrarse en el

algoritmo diagnóstico de pacientes añosos con clínica rectal persistente, descartando la presunción de síntomas atribuibles exclusivamente a enfermedad diverticular.

**PE-013 CUANDO LO AGUDO SE COMPORTA COMO CRÓNICO: MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE COMPLICACIÓN VASCULAR POR PANCREATITIS AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

*Freidmar Lamuño, Saturnino Fernández , José Escaray, Ruggiero Vacca*

La formación de pseudoaneurismas arteriales es una complicación clásica de la pancreatitis crónica; su aparición en fases agudas sin necrosis extensa es menor al 2.5%. Sin embargo, las colecciones e infecciones retroperitoneales elevan críticamente el riesgo de erosión vascular y ruptura, asociándose una alta letalidad. Se reporta el caso de una paciente femenina de 72 años con pancreatitis aguda litiásica moderadamente severa (Balthazar D) y respuesta inflamatoria sistémica persistente, que progresó a Balthazar E por un absceso adyacente al psoas izquierdo y derrame pleural. Como parte del abordaje escalonado (step-up approach), se realizó un drenaje percutáneo tipo pigtail, aislándose Stenotrophomonas maltophilia. Posteriormente, desarrolló un hematoma local, salida hemática pericatéter y descenso de hemoglobina, presentando a las 72 horas hematemesis franca e inestabilidad hemodinámica que simulaba una hemorragia digestiva superior convencional. La angiografía de emergencia demostró la ruptura de un pseudoaneurisma de la arteria esplénica, realizándose una embolización terapéutica exitosa por radiología intervencionista. Pese a la estabilización inicial en la Unidad de Cuidados Intensivos, la paciente presentó un resangrado fulminante con desenlace fatal. Este caso evidencia que, aun implementando correctamente el enfoque escalonado, la intensa degradación enzimática local compromete la integridad vascular de manera precoz e irreversible. La hemorragia en fases agudas exige una alta sospecha para descartar esta complicación —típica del escenario crónico—, demostrando que el resangrado arterial secundario a la persistencia de la autodigestión tisular representa un desafío terapéutico extremo de mal pronóstico.

**PE-014 DESAFÍOS EN LA ENDOSCOPIA BILIAR: RETIRO DE PRÓTESIS ATASCADA EN FÍSTULA BILIOENTÉRICA MEDIANTE LÁSER DE HOLMIO.**

*Rosanny Rodriguez, Carlos Sanchez, Dervis Bandres , Jose Soto, Rosmar Fama, Julieth Moreno, Maria Jose Herrera*

Las prótesis biliares plásticas impactadas representan un desafío técnico mayor, especialmente si migran o se enclavan en trayectos fistulosos complejos preexistentes, requiriendo alternativas innovadoras como el uso de láser de holmio.Caso Clínico: Paciente femenina de 65 años con adenocarcinoma de mama metastásico (estadio IV) e historia de colangitis a repetición manejadas mediante CPRE y radiología intervencionista, complicada previamente con fístula portobiliar resuelta con prótesis metálica autoexpandible cubierta (SEMS). Acude por debilidad, melena y palidez. La endoscopia digestiva superior (EDS) reveló estenosis ulcerada y friable en rodilla duodenal, evidenciando una prótesis plástica enclavada en ambos bordes de la úlcera con un hemoclip central.Tras descartar perforación mediante TAC, se realizó EDS terapéutica. Se introdujo una sonda de láser de holmio a través de un esfinterótomo de aguja, incrementando la potencia hasta 1 Jls bajo agua, logrando seccionar la prótesis plástica en su tercio medio. El fragmento distal se extrajo con asa de polipectomía a través del hemoclip y el proximal (obstruido con barro biliar) con pinza

de diente de caimán. Se controló un sangrado pulsátil leve con adrenalina y hemoclip. La colangiografía posterior a través de la SEMS demostró paso de contraste a duodeno, confirmando una fístula bilioentérica, sin perforación retroperitoneal.Conclusiones: El láser de holmio, técnica heredada de urología, constituye una herramienta de rescate endoscópico segura y efectiva en gastroenterología para la sección y retiro de prótesis plásticas impactadas en zonas anatómicas complejas o trayectos fistulosos

**PE-015 DOBLE PÍLORO: HALLAZGO EXCEPCIONAL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD ULCEROPÉPTICA Y ENFERMEDAD DE CROHN.**

*Lenniyer Quintero, Nathalie Mendez, Edgardo Mengual, Maria Alvarez, Rafael Rojas, SAHUM*

El doble píloro es una alteración anatómica poco frecuente caracterizada por la presencia de una fístula entre el antro gástrico y el bulbo duodenal. Su principal causa es la enfermedad ulceropéptica; sin embargo, su asociación con la enfermedad de Crohn es excepcional. Caso clínico: Paciente masculino de 65 años de edad, con antecedentes de enfermedad de Crohn, enfermedad ulceropéptica y consumo crónico de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), quien consulta por cuadro clínico de hematemesis, melena y debilidad generalizada. Es ingresado con el diagnóstico de hemorragia digestiva superior. Un hemograma de ingreso reportó hemoglobina de 4,6 g/dL, por lo que requirió la transfusión de hemoderivados. Se realizó endoscopia digestiva superior que evidenció dos orificios en región pilórica de antro gástrico: el píloro anatómico y un orificio accesorio que conectaba la curvatura menor con el bulbo duodenal, compatible con el diagnóstico de doble píloro; asimismo, se evidenció una úlcera gigante Forrest III en el bulbo duodenal y poliposis múltiple. Discusión: la patogenia del doble píloro en este paciente sugiere una convergencia multifactorial e inusual de tres entidades relacionadas a daño de la mucosa gastroduodenal que incluye la inflamación transmural de la enfermedad de Crohn, sumada a la inflamación tisular de la enfermedad úlceropeptica y exacerbada por el consumo crónico de AINEs. Conclusiones: El doble píloro es una complicación inusual de la enfermedad ulceropeptica y excepcional en la enfermedad de Crohn. La identificación y control definitivo de los factores predisponentes podría mejorar su pronóstico. Palabras clave: doble píloro, enfermedad ulceropéptica, enfermedad de Crohn.

**PE-016 FÍSTULA ENTEROATMOSFÉRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

*Carlos Andres Martinez Mera*

Paciente masculino de 40 años con inicio de enfermedad actual hace 6 meses presenta urgencia quirúrgica donde identifican ulcus peptico gastrico perforado c/c dehiscencia del parche de Graham por lo que realizan antrectomía y anastomosis gastroduodenal Billroth I con posterior fuga del muñón duodenal, tras múltiples intervenciones, 9 en total durante 5 meses sin poder resolver abordando de manera quirúrgica y complicándose a una fistula enteroatfmosférica, se decide de manera endoscópica colocación de alimentación nasoyeyunal más stent yeyunal y terapia de vacío externa con mejoría significativa y cierre de la fístula.

**PE-017 GRANDES SIMULADORES EN COLOPROCTOLOGÍA: MELANOMA ANORRECTAL PRIMARIO DEBUTANDO COMO PATOLOGÍA BENIGNA**

*Carlos Sánchez, Rosanny Rodríguez, Luis Raúl Monserat, María Herrera, Julieth Moreno, Rosmar Fama, José Soto, Dervis Bandres, Armando Gil*

INTRODUCCIÓN: El melanoma anorrectal primario es una neoplasia mucosa maligna extremadamente infrecuente (<1% de los tumores colorrectales) y de pronóstico ominoso. Su presentación suele simular patología colorrectal benigna, lo que retrasa sustancialmente el diagnóstico. PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente femenino de 61 años sin antecedentes relevantes, consulta por rectorragia rojo rutilante de tres meses de evolución, estreñimiento dependiente de laxantes y proctalgia. La videocolonoscopia evidenció una lesión pigmentada negro-parduzca redondeada de 20 mm en la región anorrectal. Se complementa con tomografía computarizada toraco-abdomino-pélvica descartando lesiones secundarias a distancia. Ante la ausencia de lesiones cutáneas u oculares primarias, concluyéndose como melanoma primario anorrectal, se realizó resección abdominoperineal. El estudio histopatológico confirmó un melanoma mucoso en fase de crecimiento vertical con infiltración de la lámina propia, índice mitótico de 22 mitosis/10 campos 400X, márgenes libres y metástasis en 2 de 7 ganglios regionales (pT1N1M0). La inmunohistoquímica reportó positividad para Melan-A, HMB-45 y S-100, y un índice Ki-67 del 55%. DISCUSIÓN: Dada la naturaleza infrecuente del melanoma anorrectal primario, el diagnóstico precoz representa un verdadero desafío clínico. Los hallazgos endoscópicos inespecíficos conducen frecuentemente a errores diagnósticos iniciales. Por ello, la identificación oportuna mediante endoscopia y el planteamiento de una resección quirúrgica radical con márgenes libres resultan determinantes para optimizar el control locorregional y modificar el pronóstico sombrío. CONCLUSIÓN: Ante síntomas anorrectales atípicos o refractarios, la evaluación endoscópica minuciosa con confirmación histopatológica e inmunohistoquímica es imperativa para lograr un diagnóstico oportuno e impactar en el pronóstico de esta agresiva entidad.

Palabras clave: Melanoma anorrectal primario; Neoplasias del recto; Rectorragia; Resección abdominoperineal.

## PE-018 HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR COMO FORMA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA DE SEMINOMA TESTICULAR METASTÁSICO. REPORTE DE UN CASO.

*Neijelbeth Castillo, Saturnino Fernandez, Rosmar Fama, Carlina Castellano, Freidmar Lamuño, Daybelis Guzman, Fatima Mogollón*

Los tumores de células germinales testiculares representan el 95% de los cánceres testiculares y son las neoplasias malignas sólidas más frecuentes. Se presentan como un nódulo indoloro en el testículo, en raras ocasiones, metastatiza al retroperitoneo e invade el tracto gastrointestinal superior. Reportamos el caso de un paciente masculino de 39 años de edad, referido a nuestro centro con clínica de HDS a quien se realiza gastroscopia donde evidencian lesión subepitelial en segunda porción duodenal con úlcera Forrest Ib efectuándose terapéutica. Se solicita TC de tórax

abdomen y pelvis contrastada observándose múltiples imágenes con aspecto MT en ambos pulmones, hepáticas y lesión en segunda porción duodenal, así como infiltración de plexo pampiniforme. Se realizan US testicular reportando plastrón adenomegalico en testículo derecho, de probable origen primario. En vista de sangrado digestivo y tornarse inestable hemodinámicamente, se realiza embolización, posterior es llevado a mesa operatoria evidenciándose: Nódulo de 3 x 2 cm en lóbulo hepático derecho. 2. TU retroperitoneal indurado de 7 x 6 cm aproximadamente en segunda y tercera porción de duodeno con lesión endoluminal ulcerada, hemorrágica y con tejido necrótico. Posteriormente realizan segunda intervención quirúrgica por servicio de urología en el que evidencian: Testículo derecho aumentado de volumen de aproximadamente 6 x 5 cm, pétreo con neovascularización y realizan Orquidectomìa radical derecha, cuyo resultado histológico: TU de células germinales. Se presenta este caso clínico debido a la poca frecuencia de encontrar metástasis a retroperitoneo de seminoma testicular con invasión a tracto digestivo superior y manifestación de HDS.

## PE-019 HEMORRAGIA MASIVA POR DIVERTÍCULO YEYUNAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

*María Jose Herrera, Raul Monserat , Julieth Moreno, Carlos Sanchez, Rosanny Rodriguez , Dervis Bandres, Jose Soto, Rosmar Fama CMDLT*

Objetivo: Los divertículos de intestino delgado representan entre 0,06 % y 5 % de los casos de hemorragia gastrointestinal. Pueden cursar con melena, enterorragia y choque hipovolémico, requiriendo intervención rápida. Se describe el abordaje multidisciplinario de un sangrado diverticular yeyunal masivo. Descripción: Femenina de 88 años con antecedentes de cardiopatía mixta y fractura bilateral de cadera, quien acudió por melena de 24 horas de evolución, astenia, diaforesis y posterior enterorragia. Ingresó inestable hemodinámicamente (PAM: 46 mmHg, FC: 110 bpm) y con palidez cutáneo-mucosa grave. Laboratorios: hemoglobina 6 g/dL. Recibió hemoderivados y reanimación hídrica. La endoscopia digestiva superior mostró abundantes restos hemáticos en estómago y duodeno. Ante la persistencia del shock hipovolémico, se realizó arteriografía, la cual no reveló hallazgos patológicos. Tras treinta y seis horas de evolución favorable, presentó recurrencia de enterorragia e inestabilidad hemodinámica. Se efectuó laparotomía con enteroscopia intraoperatoria, identificando sangrado activo por divertículo yeyunal; se realizó resección de 20 cm de intestino delgado. La paciente evolucionó satisfactoriamente tras la intervención. Conclusión: La diverticulosis yeyunal constituye un desafío diagnóstico en la hemorragia digestiva media por su presentación episódica e intermitente. La enteroscopia intraoperatoria es indispensable para la localización exacta del sitio de sangrado, reduciendo la extensión de las resecciones intestinales. La cirugía continúa siendo el pilar fundamental en el tratamiento del sangrado diverticular masivo o recurrente.

## PE-020 ICTERICIA OBSTRUCTIVA POR DISEMINACIÓN HILIAR INFRECUENTE DE NEOPLASIA OVÁRICA EN PACIENTE CON DOBLE PRIMARIO METACRÓNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Freidmar Lamuño, Saturnino Fernández , Rosmar Fama, Neijelbeth Castillo*

La afectación metastásica del hilio hepático por carcinoma de ovario es una entidad clínico-patológica excepcionalmente rara, reportándose en menos del 1% de las recurrencias tumorales avanzadas. Su presentación mimetiza un colangiocarcinoma o la progresión de un segundo primario biliar, convirtiendo al diagnóstico diferencial y al soporte paliativo en verdaderos desafíos. Femenina de 48 años con antecedente de carcinoma seroso-papilar ovárico (2019) y adenocarcinoma de vesícula biliar metacrónico (2025). Ingresó con síndrome ictérico obstructivo y colangitis aguda. El estudio inmunohistoquímico de la estenosis hiliar confirmó origen ovárico, excluyendo la progresión del tumor vesicular. Estudios multimodales de imagen revelaron una masa compresiva en segmentos hepáticos III/IVb con distorsión hiliar severa. Aunque la dilatación venosa sugirió hipertensión portal pre-hepática por efecto de masa extrínseco, el Doppler esplenoportal descartó compromiso hemodinámico. Frente a una rápida progresión neoplásica con fallo mecánico recurrente del drenaje por prótesis plásticas previas, se reorientó la estrategia intervencionista, garantizando la permeabilidad biliar a largo plazo mediante la colocación exitosa de una prótesis metálica autoexpansible totalmente recubierta, logrando un óptimo aclaramiento de bilis y el descenso sostenido del patrón colestásico. La siembra hiliar aislada de origen ovárico representa una vía de diseminación atípica de muy baja incidencia. El manejo paliativo definitivo mediante el implante de una prótesis metálica autoexpansible totalmente recubierta estabiliza la función hepatobiliar, minimiza la tasa de reintervenciones por oclusión y restituye las condiciones clínicas indispensables para garantizar la continuidad de la terapia oncológica sistémica.

### PE-021 INVITADO INESPERADO EN LA VÍA BILIAR

*Jose Martin, Carlina Castellano, Leyda Aldana, Nairé Sánchez*

Se presenta el caso de un paciente masculino de 40 años, ocupación agricultor, quien consulta por expulsión espontánea de vermes vía oral y rectal, asociada a cuadro febril y dolor abdominal epigástrico irradiado a hipocondrio izquierdo. El estudio coproanalítico confirmó la presencia de huevos de Ascaris lumbricoides. La ecografía abdominal evidenció dilatación del colédoco (13 mm) e imágenes intraluminales sugerentes de migración parasitaria. Se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), observando dilatación de la vía biliar intra y extrahepática con múltiples ejemplares de Ascaris en su interior. El manejo terapéutico consistió en esfinterotomía amplia y extracción mecánica mediante balón de Fogarty y cesta de Dormia, complementado con la instilación de piperazina en la vía biliar. El procedimiento se realizó sin complicaciones inmediatas, logrando la resolución completa de la obstrucción. Este caso ilustra la importancia de la sospecha clínica ante síntomas de ascariasis y complicaciones biliares. Se concluye que la CPRE constituye el abordaje terapéutico de elección, permitiendo una descompresión eficaz y la remoción endoscópica del parásito, lo cual es fundamental para prevenir complicaciones mayores y optimizar el pronóstico del paciente.

### PE-022 LESIÓN SERRADA DEL APÉNDICE CECAL MANIFESTADA COMO APENDICITIS AGUDA ABSCEDADA: UN HALLAZGO HISTOLÓGICO INUSUAL

*Carla Dias, Luis Huaman, Miguel Luces, Suhey Pérez, Rodolfo Miquilarena, Jenny Gonzalez, Iraida Daboin*

Introduccion: Las lesiones serradas del apéndice cecal son proliferaciones epiteliales infrecuentes y con frecuencia subdiagnosticadas que comparten la vía de carcinogénesis serrada descrita en el colon, caracterizada por mutaciones de BRAF o KRAS, hipermetilación de islas CpG e inestabilidad de microsatélites. Pueden comportarse como lesiones precursoras y manifestarse de forma incidental o simulando apendicitis aguda por oclusión de la luz apendicular.Objetivo:Se presenta el caso clínico de una lesión serrada apendicular manifestada atípicamente como una apendicitis aguda complicada y destacar el valor del estudio histopatológico completo. Mujer de 69 años con abdomen agudo quirúrgico de seis días de evolución, caracterizado por dolor en mesogastrio irradiado a fosa ilíaca derecha, distensión abdominal y síntomas vagales, con elevación de reactantes de fase aguda. La ecografía evidenció una colección en fosa ilíaca derecha compatible con apendicitis aguda abscedada. Se instauró antibioticoterapia sistémica y se realizó laparoscopia exploradora con lavado, aspirado de cavidad, apendicectomía laparoscópica y drenaje de Blake. La histopatología reportó lesión serrada focal sin displasia de alto grado, apendicitis flegmonosa-gangrenosa, peritonitis periapendicular y obliteración fibroadiposa de la luz. La evolución postoperatoria fue satisfactoria y se programará para ileocolonoscopia de vigilancia. Discusión: Los tumores apendiculares ocultos se identifican en aproximadamente 1% de las apendicectomías por apendicitis aguda , y más de la mitad de las neoplasias apendiculares debutan como este cuadro; su frecuencia aumenta en pacientes ≥30 años y cuando el espécimen se incluye por completo para estudio. Estudios moleculares muestran que estas lesiones albergan con mayor frecuencia mutaciones de KRAS que de BRAF, lo que sugiere una vía serrada propia del apéndice. La apendicectomía laparoscópica es segura y eficaz en la apendicitis complicada. Conclusión: El hallazgo incidental de una lesión serrada resalta la necesidad del análisis histopatológico sistemático de toda pieza apendicular y de la vigilancia endoscópica para detectar neoplasias colónicas sincrónicas y metacrónicas. Palabras clave: lesión serrada; apéndice cecal; apendicitis aguda; absceso apendicular; laparoscopia.

## PE-023 MANEJO ENDOSCÓPICO TERAPÉUTICO DE PERFORACIÓN POR ÚLCERA MARGINAL EN ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Julieth Moreno, José Soto, María José Herrera, Rossanny Rodríguez, Carlos Sánchez, Dervis Bandres, Raul Monserat, CMDC*

Objetivo: Reportar el caso clínico de una perforación por úlcera marginal en una paciente con antecedente de cirugía bariátrica, destacando la eficacia del tratamiento endoscópico mediante clips como alternativa terapéutica mínimamente invasiva. Descripción: Paciente femenino de 24 años de edad quien presentó dolor abdominal de aparición súbita en hemiabdomen superior de fuerte intensidad 8/10 en EVA, concomitante distensión abdominal. Antecedente quirúrgico de Bypass Gástrico a los 19 años sin complicaciones. Al examen físico: abdomen distendido, ruidos hidroaereos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación en hemiabdomen superior. Laboratorios: leucocitosis 14.860/mm3 (neutrófilos 82.5%), PCR 6.43 mg/dl, perfil hepático y enzimas pancreáticas normales. La TAC abdominopelvica demostró múltiples imágenes de densidad neumática dispersas por debajo de ambas cúpulas diafragmáticas con predominio izquierdo en relación con neumoperitoneo secundario a ulcus péptico perforado. Se realizó endoscopia superior con hallazgo de úlcera con

fondo blanquecino y centro perforado contenido adyacente a anastomosis gastroyeyunal, se aplican dos hemoclips para afrontar bordes de la ulcera, cerrando el área sin complicaciones. Resultados: paciente se mantuvo en observación posterior al procedimiento durante 48 horas con resolución de los síntomas y tolerando alimentos. Conclusión: En pacientes con antecedentes de cirugía bariátrica las úlceras marginales pueden ser asintomáticas. La perforación representa

## PE-024 MIMETISMO CLÍNICO Y DESAFÍO DIAGNÓSTICO: LINFOMA NO HOGKIN GÁSTRICO

*Carlos Sánchez, Oriana Álvarez, Carolina Urdaneta , Rosanny Rodríguez, Sylvia Benitez*

Introducción: El linfoma gástrico primario es una neoplasia extranodal infrecuente (4–20% de los linfomas no Hodgkin extranodales). El linfoma B difuso de células grandes (LBDCG) representa su variante más agresiva y de alto grado. Su debút insidioso mimetiza patologías benignas o adenocarcinoma, obstaculizando un diagnóstico oportuno. Presentación del Caso: Paciente femenina de 54 años con epigastralgia progresiva de 6 meses, refractaria a tratamiento, intolerancia a la vía oral, vómitos alimentarios y pérdida ponderal de 20 kg. La tomografía evidenció engrosamiento parietal gástrico difuso, compromiso duodenal y múltiples adenopatías retroperitoneales y paraaórticas. La videogastroscopia reveló múltiples lesiones ulceradas de aspecto en cráter de volcán de 10 a 30 mmen cuerpo y antro, e infiltración duodenal. La histopatología e inmunohistoquímica (CD20+) confirmaron linfoma B difuso de células grandes gástrico. Discusión: El LBDCG gástrico gigante es un hallazgo infrecuente pero críticamente agresivo. La ausencia de síntomas B clásicos retrasa la sospecha clínica. Aunque la tomografía delimita la extensión parietal y ganglionar, la videogastroscopia con toma de múltiples biopsias e inmunohistoquímica constituye el estándar de oro indispensable para diferenciarlo del adenocarcinoma. El diagnóstico temprano permite instaurar inmuno-quimioterapia (R-CHOP), determinando de forma decisiva el pronóstico y la supervivencia. Conclusión: Ante cuadros dispépticos refractarios con desnutrición acelerada y masa o estenosis gástrica, debe sospecharse de linfomas. El abordaje endoscópico e histopatológico oportuno transforma un pronóstico potencialmente oclusivo y fatal en una patología con elevada respuesta terapéutica.

## PE-025 MIMETISMO TUMORAL Y ABDOMEN AGUDO: MELANOMA METASTÁSICO GASTROINTESTINAL MULTIFOCAL EN UN PACIENTE CON TRISOMÍA 22 PARCIAL

*Carlos Sánchez, Oriana Álvarez, Rosanny Rodríguez, Sylvia Benitez*

Introducción: El melanoma presenta un marcado tropismo por el tracto gastrointestinal (TGI), afectando el intestino delgado en el 50 % de los estudios necropsicos, aunque solo el 1,5–4,4 % se diagnostica antemortem. La afectación concomitante intestinal y peritoneal constituye una presentación clínica atípica y desafiante. Presentación del caso: Paciente masculino de 45 años con trisomía parcial del cromosoma 22 y antecedente de melanoma retroauricular resecado en 2024, ganglios centinelas negativos. Consultó por dolor abdominal difuso, distensión, saciedad precoz y pérdida ponderal de 15 kg en tres meses. La videogastroscopia demostró compresión extrínseca gástrica. Rápidamente presenta obstrucción

intestinal alta; la tomografía computarizada reveló masa mesogástrica (50×40 mm) en contacto con yeyuno e íleon, dilatación retrógrada de asas y masa pélvica (80×90 mm). En laparotomía de urgencia se halló carcinomatosis peritoneal, lesión hepática, masa rectosigmoidea e implantes peritoneales multifocales. Se realizó resección segmental e ileostomía. La histopatología inicial sugirió carcinoma neuroendocrino; sin embargo, la inmunohistoquímica confirmó melanoma metastásico epitelioide. Por complicaciones, el paciente fallece. Discusión: El melanoma maligno es reconocido por su comportamiento biológico agresivo, impredecible y su marcada tendencia a la diseminación hematógena tardía. Aunque el tracto gastrointestinal (TGI) es un sitio frecuente de metástasis microscópicas en estudios necropsicos, la detección clínica in vivo continúa siendo excepcionalmente baja, oscilando entre el 1,5 % y el 4,4 %. Conclusión: Ante síntomas digestivos en pacientes con antecedente de melanoma, se debe descartar diseminación al TGI. El perfil inmunohistoquímico exhaustivo es crucial para evitar errores diagnósticos y garantizar un manejo sistémico oportuno.

## PE-026 MUCOCELE APENDICULAR MANIFESTADO COMO LESIÓN SUBEPITELIAL CECAL: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN LA PRÁCTICA ENDOSCÓPICA

*Carla Dias, Luis Huaman, Miguel Luces, Suhey Pérez, Rodolfo Miquilarena, Jenny Gonzalez, Francis Guevara*

Introducción: El mucocele apendicular (MA) es una entidad poco frecuente, caracterizada por la dilatación quística del apéndice cecal secundaria a la acumulación intraluminal de material mucinoso; representa entre 0,2% y 0,6% de las piezas de apendicectomía y puede tener origen neoplásico o no neoplásico. Su presentación clínica suele ser inespecífica o incluso asintomática, diagnosticándose de forma incidental en hasta la mitad de los casos. Material Objetivo: En este caso clínico se analizan las características diagnósticas y la conducta terapéutica ante el hallazgo de un mucocele apendicular simular de una lesión subepitelial cecal durante la colonoscopia: Varón de 52 años con dolor punzante en fosa ilíaca derecha de un mes de evolución y aumento de la frecuencia deposicional. La colonoscopia evidenció en el ciego una lesión subepitelial de aproximadamente 30 mm, cubierta por mucosa de características normales y patrón vascular regular a la cromoendoscopia con NBI, que comprometía el orificio apendicular. La tomografía computarizada (TAC) abdominopélvica con doble contraste demostró una estructura tubular quística de densidad hídrica adyacente al ciego, altamente sugestiva de MA. Se practicó resección quirúrgica sin complicaciones; la histopatología confirmó una neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado (LAMN) con márgenes libres y ganglios sin infiltración neoplásica. La apariencia endoscópica de lesión subepitelial lisa con el orificio apendicular en su centro («signo del volcán») debe hacer sospechar el diagnóstico; la biopsia está contraindicada por el riesgo de perforación y siembra peritoneal. La TAC es el método de elección para caracterizar la lesión y guiar la cirugía. El tratamiento es quirúrgico, evitando el derrame de moco que condiciona pseudomixoma peritoneal. Conclusión: Ante una lesión subepitelial cecal que compromete el orificio apendicular debe sospecharse un MA; la correlación tomográfica oportuna previene intervenciones endoscópicas de alto riesgo y permite una resolución quirúrgica definitiva y segura. Palabras clave: Mucocele apendicular; neoplasia mucinosa apendicular; lesión subepitelial; colonoscopia; pseudomixoma peritoneal.

**PE-027 TRATAMIENTO ENDOSCOPICODE LOS CALCULOS BILIARES DIFICILES: UN PROBLEMA RECURRENTE: REPORTE DE UN CASO**

*Rafael Perdomo, Rosalia Perazzo*

Introduccion: tratamiento endoscópico de los cálculos biliares difíciles un problema recurrente: Caso: femenina de 67 años quien acude por presentar ictericia, dolor en epigastrio irradiado a hipocondrio derecho además de fiebre de 39°. Examen físico: palidez cutáneo mucosa, ictericia, dolor a la palpación en hipocondrio derecho. Laboratorios: leucocitos: 13.300, tgo: 245, tgp: 292, FA: 484, BT: 17.27 BD: 11.19 BI: 6.08. Ultrasonido abdominal: colescistitis aguda, litiasis vesicular multiple, pared engrosada, dilatación de de la via biliar intra y extrahepatica, litiasis coledociana, quiste de colédoco. Resonancia magnética con efecto colangiografico: hepatomegalia, litiasis vesicular multiple, litiasis coledociana de tercio distal asociado a importante dilatación de colédoco y vías intra y extrahepaticas, quiste renal simple. Videoduodenoscopia: compresión extrínseca en segunda porción. Laboratorios: BT: 22.63, BD: 13.26 BI: 9.37, TGO: 337, TGP: 252, GGT: 856, FA: 586. Intevencion quirúrgica: laparotomía de kocher mas derivación biliodigestiva tipo hepático-yeyuno anastomosis mas colocación de drenaje contraabertura tipo Blake 19fr Discusion: Cualquier calculo encontrado en conducto en el conducto biliar ( común o hepático) que no pueda extraerse mediante una sola sesión de CPRE convencional. CONCLUSION: la amplia adopción de las técnicas de CPRE en todo el mundo impulso el desarrollo de modalidades mas avanzadas para la extracción de cálculos durante la ultima década. Si bien la mayoría de los cálculos pueden extraerse con una sola sesión endoscópica, entre el 10% y el 15% requieren diferenter abordajes debido a dificultades relacionadas con los cálculos o con la via biliar.

**PE-028 ULCERA GÁSTRICA GIGANTE: DESAFÍO DIAGNOSTICO ENTRE BENIGNIDAD Y MALIGNIDAD.**

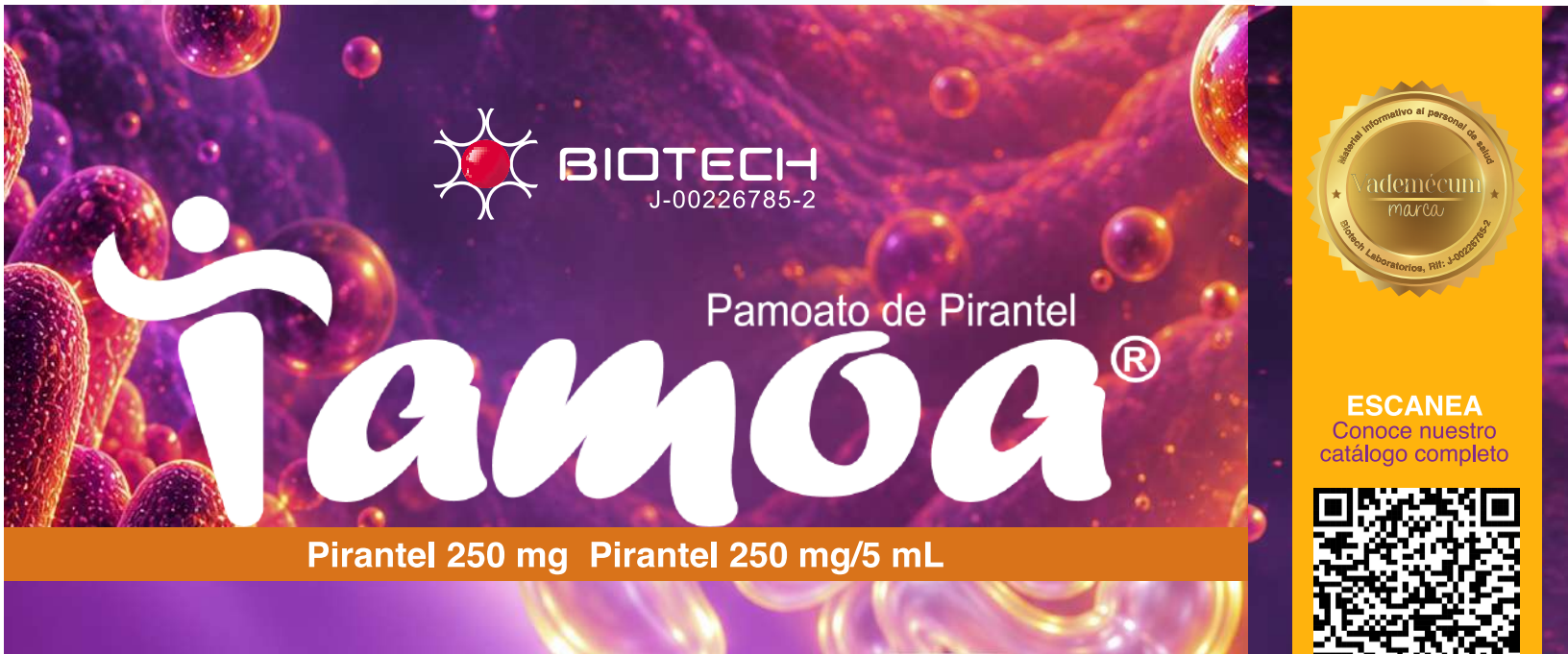
*Jose Martin, Rosmar Fama*

Presentamos el caso de una paciente femenina de 71 años con cuadro de dolor epigástrico urente, pérdida de peso de 8 kg y anemia microcítica. La evaluación endoscópica inicial evidenció una úlcera gástrica gigante con características sugestivas de malignidad (Cáncer gástrico avanzado Bormann II). La histopatología inicial reveló gastritis crónica moderada y presencia de Helicobacter pylori, motivo por el cual se indicó tratamiento erradicador. Tras completar la terapia, la paciente presentó una evolución clínica favorable. En la evaluación endoscópica de seguimiento realizada a los tres meses se evidenció una resolución casi total de la lesión inicial, clasificándose endoscópicamente como ulcera Forrest III. Los estudios histológicos seriados descartaron nuevamente la presencia de malignidad, confirmando cambios compatibles con el uso crónico de inhibidores de bomba de protones (IBP). El manejo de úlceras gástricas mayores a 3 cm representa un reto clínico, dado que su tasa de malignidad alcanza hasta un 37.8% en centros especializados. Este caso ilustra la importancia de la correlación clínico-endoscópica y la necesidad de biopsias seriadas ante la sospecha de neoplasia, permitiendo diferenciar procesos inflamatorios crónicos de lesiones malignas. Se concluye que la persistencia de una úlcera gigante requiere vigilancia estrecha y reevaluación histológica, independientemente de los hallazgos iniciales, para optimizar la precisión diagnóstica.

47° CONGRESO NACIONAL DE
**GASTROENTEROLOGÍA**
28° CONGRESO NACIONAL DE
**GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA**
EN HOMENAJE A LA
**DRA. MARIBEL LIZARZABAL**

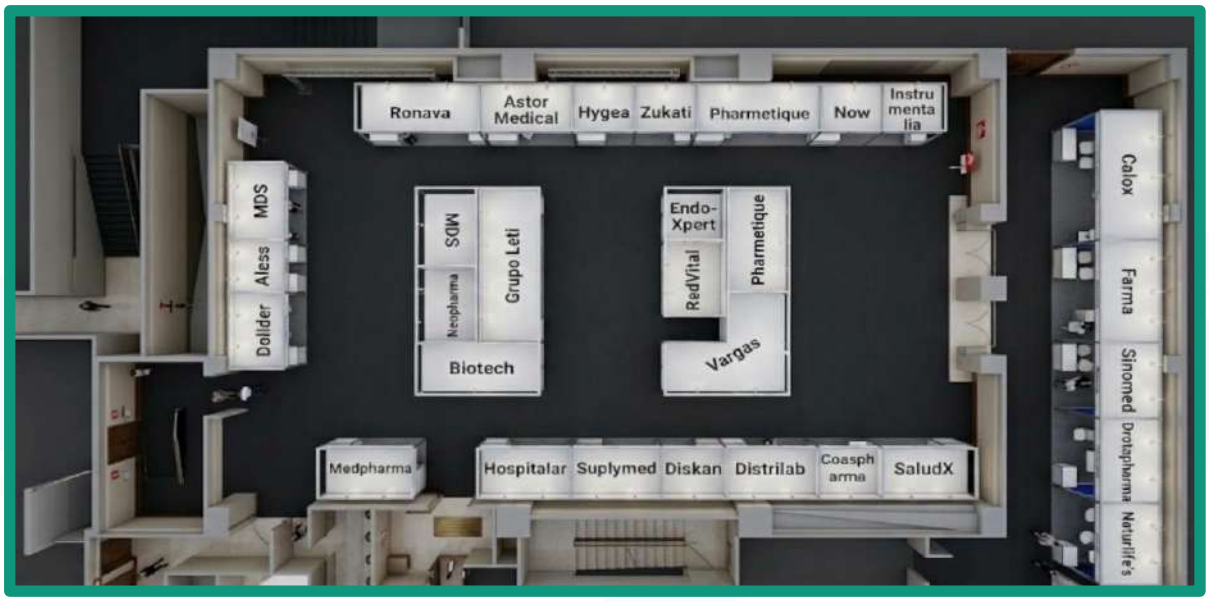
gen 80 ANIVERSARIO

**28 al 31 OCTUBRE 2026**
**Hotel Renaissance**

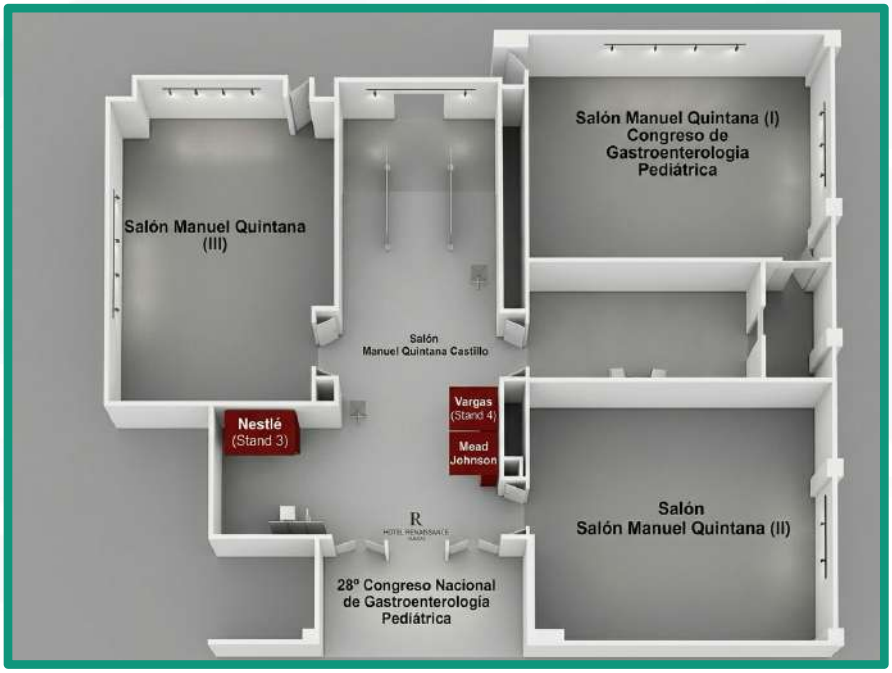



# EXPOSICIÓN COMERCIAL

Salón Mateo Manaure




Manuel Quintana Castillo




## Patrocinantes Especiales

La Sociedad Venezolana de Gastroenterología agradece a todas las empresas, laboratorios y personas que hicieron posible la organización y ejecución de nuestro **47° Congreso Nacional de Gastroenterología y 28° Congreso Nacional de Gastroenterología Pediátrica**, sin ellos no

pudiéramos estar haciendo Historia, ¡Tal como lo estamos haciendo en este momento!
A todos, nuestro infinito agradecimiento.

## Patrocinantes Platino

Biotech
Farma
Leti
MCK
Pharmetique
Laboratorios Vargas

## Patrocinantes Oro

Distrilab
Coaspharma
MDS

## Patrocinantes Plata

Drotafarma
Ronava
RJR / SaludX

## Patrocinantes Bronce

Aless Pharma
Astor Medical
Representaciones Diskam
Especialidades Dollder
EndoXperts Medical
Grupo Fonti
Hygea Medical
Hospitalar
Instrumentalia
Mead Johnson
Medpharma
Neopharma
Nestlé
Now
Redvital
Representaciones Zukati
Sinomed
Suplymed

## Evento realizado por AS events c.a.

ASeventsCA