

**XXXII CONGRESO PANAMERICANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS
XIX CONGRESO PANAMERICANO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

**TECNICA DE EXTRACCION DE
PROTESIS ESOFAGICA
AUTOEXPANSIBLE COLOCADA
POR PERFORACION ESOFAGICA.**

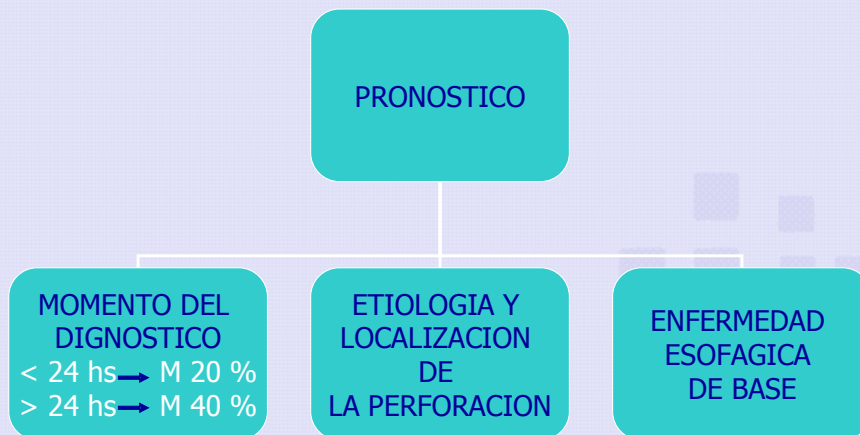
**Promenzio E. , Güidi M, De Maria J,
Ragone F, Matano R**
Servicio de Gastroenterología y Endoscopia
Digestiva Hospital El Cruce
Fcio. Varela Bs. As. Argentina

Av. Calchacú 5401, Florencia Varela - Tel.: 4210.7109 líneas rotativas www.hospitalelcruce.org

Introduccion

- La perforación esofágica en un 85 % se debe a causas secundarias, siendo la mas frecuente los procedimientos endoscópicos.
- El pronostico de estos pacientes depende del momento de reconocimiento, y de la localización y patología de base del paciente.
- Uno de las claves del tratamiento es el cierre del orificio por vía endoscópica (a través de prótesis o clips) o quirúrgico.
- El tratamiento endoscópico con stent se acompaña de buenos resultados pero no hay consenso en la literatura sobre el tiempo y la técnica a utilizar para su remoción.

Av. Calchacú 5401, Florencia Varela - Tel.: 4210.7109 líneas rotativas www.hospitalelcruce.org



GE Vol 62 N 2 2005, GE Clin N Am 17 (2007) 487-503, AJG May 104 (5) 1315-1320 (2009)

Av. Calchacú 5431, Florencio Varela - Tel.: 4210.7109 líneas rotativas www.hospitalelcruce.org

Tratamiento endoscópico con stent

- **Buenos resultados : 82-94 % (alimentación V.O. precoz, disminución de la morbilidad y estadía hospitalaria)**
- Control endoscópico de apertura correcta del stent y sellado del orificio.
- Control radiológico y si no hay fugas progresión de la dieta en 3-5 días.

Ann Thorac Surg 2007; 83: 2003-8GE Vol 62 N 2 2005, GE Clin N Am 17 (2007) 487-503, AJG May 104 (5) 1315-1320 (2009) Endoscopy 2004 36 (8) 695-699

Av. Calchacú 5431, Florencio Varela - Tel.: 4210.7109 líneas rotativas www.hospitalelcruce.org

Tratamiento endoscópico con stent

- Complicaciones mas frecuentes : Migración y crecimiento tisular.
- Prevención de migración : Prótesis largas y de mayor diámetro. Anclaje con clips ?
- Prevención de crecimiento tisular : Utilización de stents plásticos, metálicos con cobertura total o biodegradables?
- **Remoción del stent : NO HAY CONSENSO**
1 a 3 meses (15 días-6 meses)

Ann Thorac Surg 2007; 83: 2003-8GE Vol 62 N 2 2005, GE Clin N Am 17 (2007) 487-503, AJG May 104 (5) 1315-1320 (2009) Endoscopy 2004 36 (8) 695-699

Av. Calchacú 5401. Florencio Varela - Tel.: 4210.7109 líneas rotativas www.hospitalelcruce.org

Objetivo

Reportar una complicación endoscópica y describir la técnica utilizada para su resolución.

Av. Calchacú 5401. Florencio Varela - Tel.: 4210.7109 líneas rotativas www.hospitalelcruce.org

Caso clínico

- Paciente de 85 años derivada por cuadro de colestasis extrahepática por litiasis coledociana para realización de CPRE.

Caso clínico

- Durante la duodenoscopia impresiona desgarramiento mucoso esofágico. Se realiza VEDA constatando perforación de alrededor de 10 mm a 36 cm de la ADS.
- Por debajo de la misma presentaba Hernia hiatal por deslizamiento y esofagitis grado II.

Tratamiento de la perforación

- Se coloca stent autoexpandible de nitinol con cobertura de 150 mm y 20 mm de diámetro sellando el orificio y se deja sonda K 108 para alimentación enteral.
- Se indica internación en UTI, ayuno, ATB EV e IC con cirugía.
- La paciente evoluciona favorablemente.

Colocación de stent de nitinol



CPRE e intento de extracción de la prótesis

- Un mes después del primer procedimiento, se realiza CPRE a través de la prótesis, con EPT y extracción de múltiples litiasis coledocianas.
- Se observa intensa reacción hiperplásica en la copa inferior de la prótesis y no se logra retirar con la técnica convencional.

Técnicas de extracción

1. Invaginación distal-proximal del stent con uso de sobretubo.(técnica de la eversion).
2. Técnica de tracción proximal
3. Utilización de stent removible con gancho de remoción bajo radioscopia(Song et al.)
4. Corte del stent con Yag-Laser/APC y extracción en fragmentos.
5. Utilización de dilatadores (tipo Savary)
6. Utilización de endoscopios doble canal combinando el uso de asa y pinza de c extraño sobre ambos extremos

Conclusion

En el presente caso se describe una técnica de extracción de prótesis utilizando endoscopio de un solo canal no citada en la bibliografía consultada a la fecha.

