

COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA MEDIANTE ENTEROSCOPIO DE DOBLE BALÓN “CORTO” EN PACIENTES CON ALTERACIÓN POSTQUIRÚRGICA DE LA ANATOMÍA GASTROINTESTINAL.

Luis Eduardo Zamora Nava,¹ Rafael Barreto Zúñiga,¹ Pilar Esteban Delgado,² Enrique Pérez-Cuadrado Robles,² Paloma Bebia Conesa,² Blanca Martínez Andrés,² Enrique Pérez-Cuadrado Martínez.²

¹Departamento de Endoscopia Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Vasco de Quiroga No 15, Col. sección XVI, Tlalpan. México D.F. CP 14000. Teléfono: 54870900. Correo electrónico: luiseduardozn@hotmail.com

²Servicio de Digestivo Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer C/Marqués De Los Velez, S/N 30006 Murcia, Murcia

Antecedentes

La patología biliopancreática es una alteración frecuente en pacientes con alteración postquirúrgica de la anatomía gastrointestinal (Whipple y anastomosis en Y de Roux) y si bien la endoscopia es una herramienta diagnóstica y terapéutica su realización representa un reto endoscópico, por lo cual hasta hace algunos años el tratamiento se limitaba a la cirugía.¹⁻³ El desarrollo de las nuevas técnicas endoscópicas como la enteroscopia asistida por balón, permite efectuar intubaciones profundas e inclusive completas del intestino delgado.⁴

Objetivo

Evaluar los resultados del uso de enteroscopia de doble balón en la realización de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en pacientes con modificación postquirúrgica de la anatomía gastrointestinal

Métodos

Estudio retrospectivo de casos consecutivos en pacientes con patología biliopancreática realizados mediante enteroscopia de doble balón “corto” (Fujinon EC450-B15)

Se realizó un análisis descriptivo de las variables y análisis bivariado de los parámetros bioquímicos de colestasis antes y después del procedimiento y entre procedimientos exitosos y aquellos que requirieron tratamiento mediante intervención quirúrgica o radiológica. Se utilizó estadística no paramétrica y los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS 15.0

Resultados

Se analizó un total de 29 procedimientos en 20 pacientes. Se logró una intubación profunda exitosa (acceso a la hepatoyeyuno anastomosis) en 20 casos (69%) y de éstos se pudo realizar un procedimiento terapéutico en 16 casos (80%), es decir la tasa de éxito global fue de 55.3% (16/29). Se encontró una mejoría considerable en las pruebas bioquímicas con una disminución en la bilirrubina total, transaminasas y fosfatasa alcalina ($p < 0.05$) en los pacientes que tuvieron un procedimiento endoscópico exitoso. No hubo diferencias entre los casos con procedimiento exitoso y aquellos que requirieron tratamiento mediante cirugía o radiología intervencionista.

Conclusión En casos seleccionados y con el uso apropiado de enteroscopia de doble balón se puede conseguir una elevada tasa de acceso a las anastomosis enterales en más de 2/3 parte de los pacientes con alteración postquirúrgica de la anatomía gastrointestinal, lo cual permite ofrecer tratamiento endoscópico satisfactorio en la mayoría de ellos.

Bibliografía

1. Moreels T. Altered anatomy: Enteroscopy and ERCP procedure. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2012; 26: 347-57.
2. Haubrich W. Roux of the Roux-en-Y anastomosis. Gastroenterology 2004; 126: 653.
3. Moreels T, Pelckmans P. Comparison between double-balloon and single-balloon enteroscopy in therapeutic ERC after Roux-en-Y entero-enteric anastomosis. World J Gastrointest Endosc 2010; 2: 314-7.
4. Sunada K, Yamamoto H. Double-balloon endoscopy: past, present, and future. J Gastroenterol 2009; 44: 1-12.

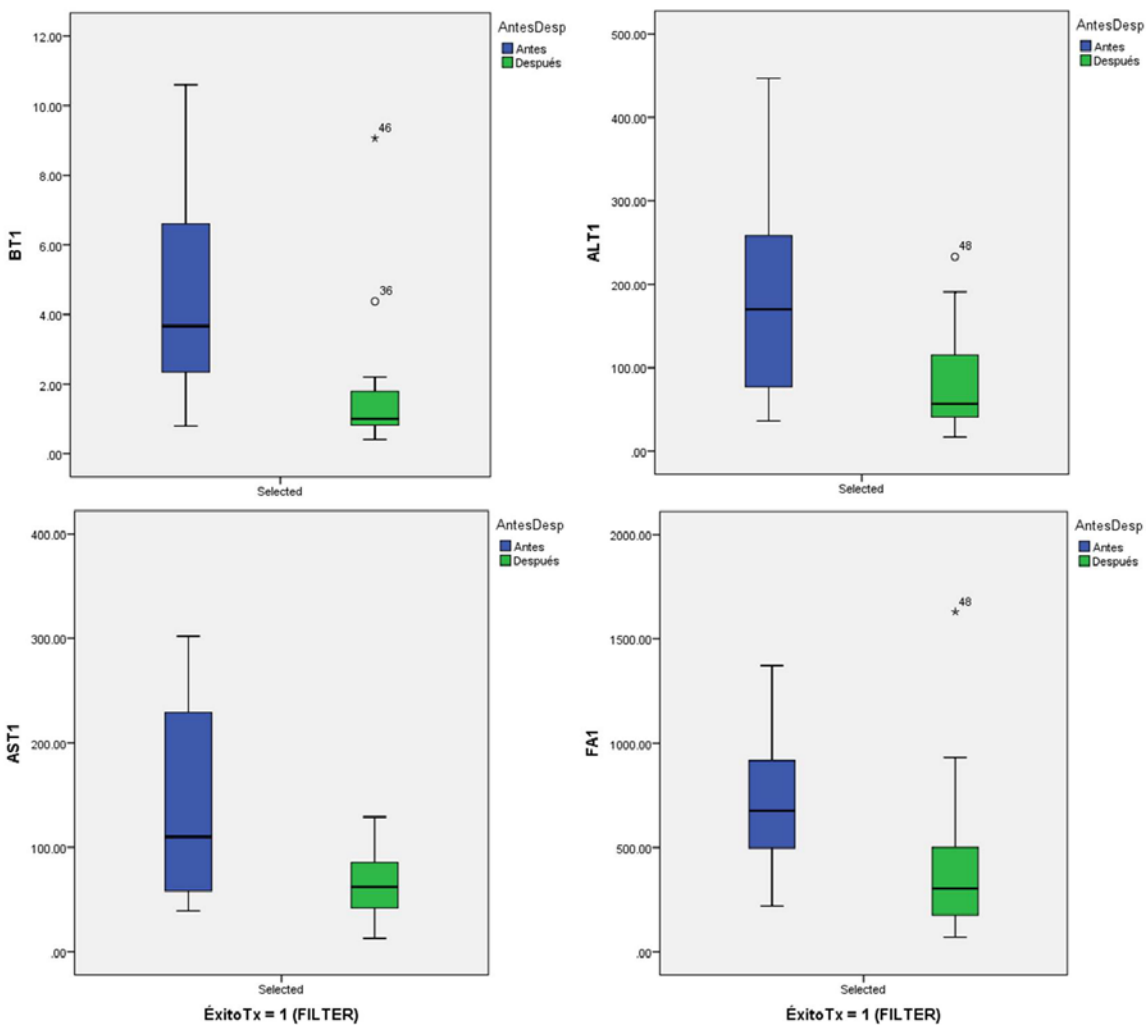
Anexos

Tabla 1.

Tabla 1. Características generales de los pacientes		
Sexo		
Femenino	%	65
Masculino		35
Edad (años)	mediana (min-max)	48 (28 – 72)
Tipo de cirugía		
DBD en Y de Roux	n	22 (75.9)
Whipple	(%)	6 (20.7)
EY en Y de Roux		1 (3.4)
Bilirrubina total inicial (mg/dL)	mediana (min-max)	3.59 (0.7-15.3)
ALT (mUI/mL)	mediana (min-max)	98 (21-447)
AST (mUI/mL)	mediana (min-max)	80 (20-302)

Fosfatasa alcalina (mUI/mL)	mediana (min-max)	546 (220-1526)
Albúmina (mg/dL)	mediana (min-max)	3.4 (2.4-4.4)

Figura 1. Cambios en los parámetros bioquímicos de colestasis posterior al tratamiento endoscópico



CAUSA POCO FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, SD DE BOUVERET

L. Sevilla Cáceres, A. Maté Ambélez, V. Sastre Lozano, M. Torregrosa Lloret, J.P. Rincón Fuentes, J.M. Candel Erenas, J.J. Martín Ibañez, J.J. Vicente López, I. García Tercero, S. Morán Sánchez

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia)
Servicio Aparato Digestivo

INTRODUCCIÓN

La fístula biliar es una entidad infrecuente en la que los cálculos biliares pasan de la vesícula al intestino pudiendo causar obstrucción intestinal, y se presentan en el 0.3-0.5% de los pacientes con coledocitis. Estas fístulas son en su mayoría colecisto-duodenales (60%), y en menor frecuencia colecisto-cólicas (17%), colecisto-gástricas (5%) o colédoco-duodenales. Sólo un 6% de estos pacientes desarrolla obstrucción intestinal, que es más frecuente a nivel de íleon terminal (50-90%), íleon proximal y yeyuno (20-40%), y menos frecuentemente presentan obstrucción duodenal (5%).

CASO CLÍNICO

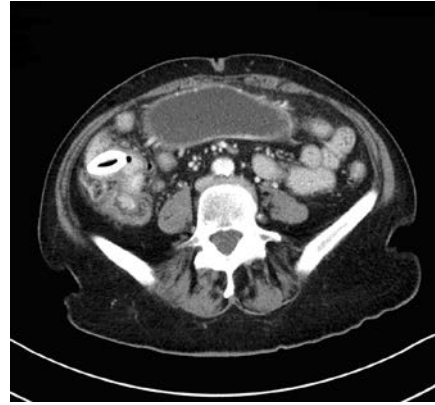
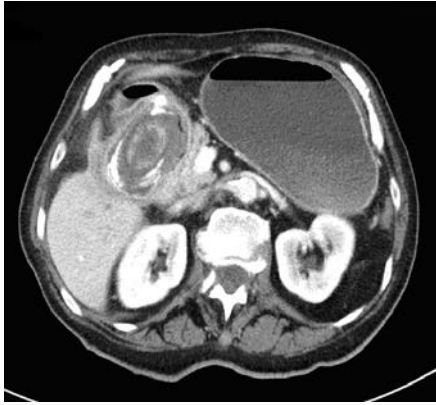
Se presenta el caso de una mujer de 75 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, derivada desde la consulta privada de Aparato Digestivo para estudio por presentar una colestasis disociada (GGT 183, FA 825) y dilatación de la vía biliar intra y extrahepática en pruebas de imagen. La paciente presentaba un cuadro de 4 meses de evolución de dolor abdominal generalizado, náuseas y deposiciones diarreicas y pérdida de unos 9 kilos de peso.

Realizamos las siguientes pruebas complementarias:

-Analítica a su ingreso: donde destaca GGT 50, bioquímica, hemograma, autoanticuerpos, marcadores tumorales y resto de enzimas hepáticas normales.

-Ecografía abdominal: donde se visualiza hígado con LOE calcificada en segmento VI, vesícula con paredes calcificadas y gran dilatación de cámara gástrica.

-TAC abdominal: se visualiza dos lesiones focales en segmentos 6 y 8 del parénquima hepático de predominio cálcico compatibles con quistes hidatídicos calcificados. Además amplia comunicación de la vesícula con el antro gástrico en relación con fístula enterobiliar. La vesícula se encuentra distendida con aire y litiasis en su interior. Primera y segunda porción duodenal colapsada por el efecto de masa de la vesícula lo cual genera un estómago de retención. En íleon preterminal litiasis intraluminal que no condiciona obstrucción de intestino delgado.



-Colonoscopia: se realiza ileoscopia y se aprecia en íleon lesión excrecente redondeada ulcerada y de consistencia dura que estenosa la mitad de la luz y no permite progresar con el endoscopio. En informe de anatomía patológica se confirma tumor neuroendocrino bien diferenciado.

Evolución: Dados los hallazgos en las pruebas complementarias, compatibles con síndrome de Bouveret, se realiza interconsulta urgente con cirugía general que valora a la paciente y decide intervenirla realizando colecistectomía abriendo fístula colecistoduodenal y extrayendo litiasis de gran tamaño situada a nivel postpilórico además de antrectomía y hemicolectomía derecha. La paciente en el momento actual evoluciona de forma favorable.

DISCUSIÓN

El síndrome de Bouveret es un rara entidad clínica que consiste en la obstrucción a nivel del antro pilórico secundaria al paso de litiasis desde la vesícula biliar al duodeno a través de una fístula colecisto-duodenal o colédoco-duodenal. Los factores que favorecen la formación de la fístula son el tamaño de la litiasis, episodios repetidos de colecistitis aguda, el sexo femenino y la edad avanzada.

Generalmente el diagnóstico es tardío dado que más de la mitad de los pacientes no tienen historia de enfermedad biliar previa y las alteraciones bioquímicas son muy inespecíficas. Menos del 15% de las litiasis son visibles en la placa de abdomen ya que la mayoría son radiolúcidas, por lo que el TAC abdominal es la prueba diagnóstica principal. En cuanto a las alternativas terapéuticas existe la posibilidad de realizar la extracción endoscópica de la litiasis, como sería el caso de de pacientes con litiasis grandes y móviles. Sin embargo la cirugía constituye el tratamiento de elección en este síndrome, aunque hay que tener en cuenta a la hora de decidir la estrategia terapéutica la edad del paciente, la comorbilidad, el tamaño de la litiasis y la fístula así como la localización de la obstrucción.

TUMOR FANTASMA EN UN PACIENTE CON PTI

Martínez Andrés B., Bebia Conesa P.; Pérez-Cuadrado Robles E.; Chacón Martínez S.; Rodrigo Agudo JL.; Torrella Cortes E.; Lopez Martín , A.; Hallal H.; Muñoz Beltrán E.; Ortega I.; López Higuera A.; Shanabo,J.; Esteban Delgado, P.; Pérez-Cuadrado Martínez E.

Unidad de Ap. Digestivo. Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia

e-mail: blanca_m_a@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La Púrpura Trombocitopénica Idiopática (PTI) es una enfermedad de mecanismo inmunológico que cursa con trombocitopenia y a cuyo diagnóstico se llega por exclusión. Se caracteriza por presentar brotes hemorrágicos principalmente cutáneos como petequias y púrpura. Sin embargo, en ocasiones, puede presentarse mediante manifestaciones gastrointestinales, siendo la más grave la hemorragia digestiva, con patrón endoscópico característico de petequias o sufusiones hemorrágicas intensas.

OBJETIVO

Describir lesiones de afectación gastrointestinal poco habituales, en una paciente con PTI.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 86 años diagnosticada de PTI en 2008, que acude a nuestro hospital por gingivorragia persistente, petequias y trombopenia severa. Durante su ingreso, presentó epigastralgia, melenas, hematemesis y anemia con requerimiento transfusional por lo que se realizó gastroscopia. El resultado de la misma, al margen de otros hallazgos propios de la PTI, fue la presencia en duodeno de una imagen pseudotumoral que abarcaba toda la circunferencia con subestenosis impidiendo el paso del gastroscopio. La imagen establecía el diagnóstico diferencial con un tumor por lo que se tomaron biopsias, cuyo resultado fue inespecífico. Por otro lado, la paciente recibió varias líneas de tratamiento hematológico sin respuesta inicial. La persistencia de clínica digestiva unido a la sospecha de lesión tumoral (a pesar de discordancia histológica) hizo plantear una nueva evaluación endoscópica que pudo llevarse a cabo un mes después de la previa. Es en ese momento, cuando la paciente había mejorado clínica y analíticamente gracias al tratamiento sistémico con Rituximab. En esta segunda gastroscopia no se visualizó la lesión previamente descrita en duodeno, mostrando una mucosa duodenal indemne con reepitelización de las lesiones inicialmente descrita

DISCUSIÓN

En 2011 se instauró el término “Tumor-like” (lesión semejante a un tumor, lesión efímera etc...) para describir ciertas lesiones encontradas en el contexto de la afectación

gastrointestinal en casos de Púrpura de Schonlein Henoch. Sólo hay tres casos descritos en que la primera impresión endoscópica es la de estar ante un tumor, y que después, tras un ajustado tratamiento del cuadro sistémico, desaparecen. Este caso, es similar pero en el contexto de una PTI, único caso descrito en este tipo de enfermedad autoinmune en tramo digestivo superior.

CONCLUSIÓN:

Es importante conocer el patrón endoscópico gastrointestinal característico en pacientes con PTI, sin olvidar que pueden existir lesiones que semejan a un tumor (Tumor-like). Hay que saber reconocer estas lesiones, y ser prudentes a la hora de valorarlas, teniendo en cuenta su evanescencia tras el tratamiento sistémico de la patología de base.

LA MUCOSA QUE MUDA...HISTORIA DE UN DIAGNÓSTICO

Serrano Ladrón de Guevara S, García Tercero I, Bernal Mañas CM², Torregrosa Lloret M, Sevilla Cáceres L, Sastre Lozano V, Carrión García F, Martínez Otón JA, Martín Ibáñez JJ, Baños Madrid R, Morán Sánchez S.

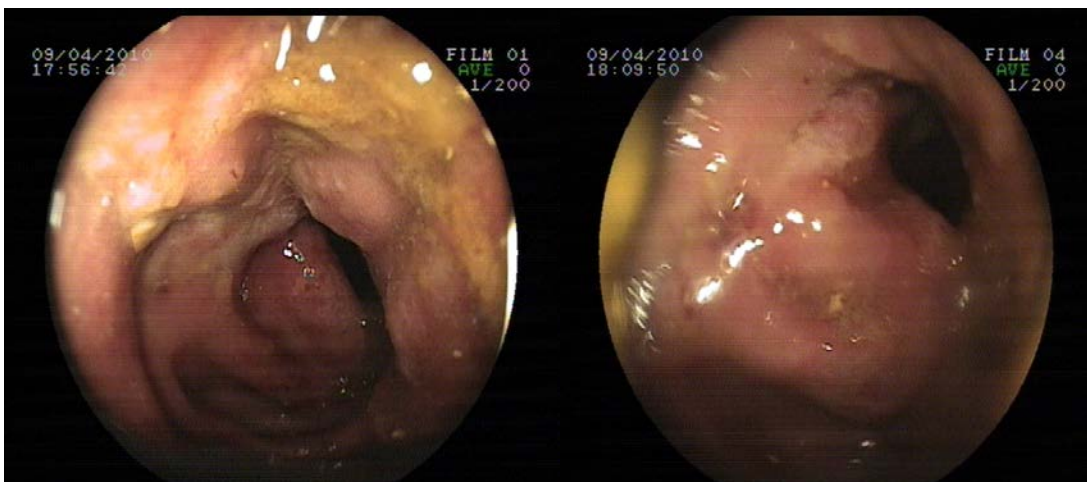
-Servicio de Aparato Digestivo. HGU Santa Lucía. Cartagena

-²Servicio de Anatomía Patológica. HGU Santa Lucía. Cartagena

INTRODUCCIÓN: La existencia de ulceraciones a nivel rectal obliga a realizar un diagnóstico diferencial entre una amplia variedad de entidades, que incluyen Enfermedad Inflamatoria Intestinal, neoplasias, síndrome de úlcera rectal solitaria, úlceras estercoráceas... dado que cada una de ellas presenta un curso evolutivo diferente, que oscila entre la benignidad que va a precisar un tratamiento conservador y la malignidad que requiere mayor agresividad en su manejo. Se presenta el caso de un paciente con rectorragia y dolor anal que presentó en la endoscopia una ulceración rectal.

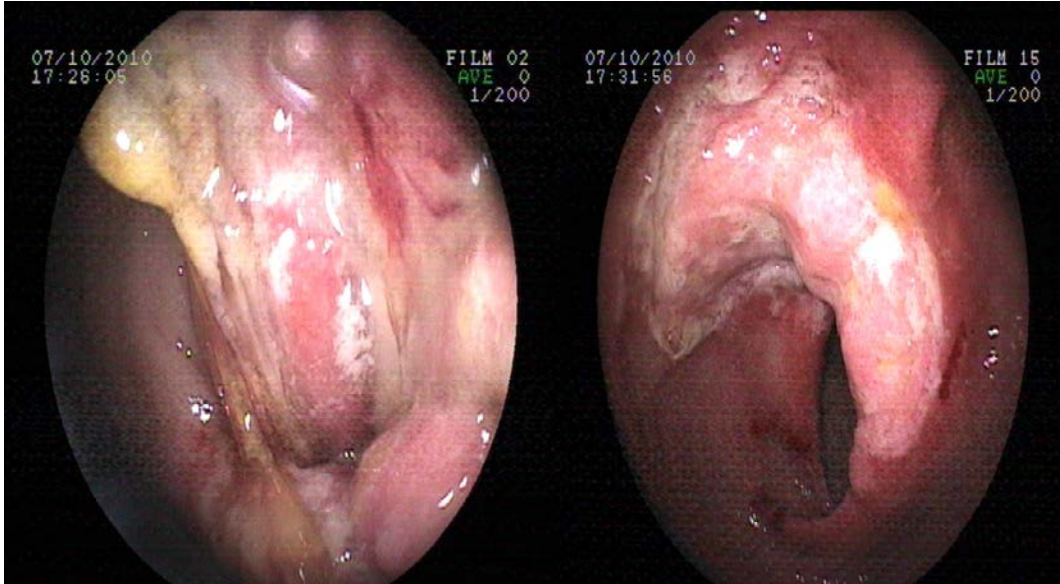
CASO CLÍNICO: varón de 42 años sin antecedentes personales de interés, con clínica de rectorragia, dolor anal y tenesmo rectal de dos meses de evolución, que es derivado a la consulta monográfica de Enfermedad inflamatoria intestinal ante sospecha de Colitis Ulcerosa.

Se realiza colonoscopia que muestra ano con orificios fistulosos y cicatriz de fisuras previas, recto inflamado, eritematoso, con lesiones fibrinadas y secreción mucosa por posible colitis ulcerosa (foto 1 y 2) del que se obtienen biopsias que son no concluyentes con el diagnóstico de EII.



Con el diagnóstico endoscópico de colitis ulcerosa sin confirmación histológica, se inicia tratamiento con aminosalicilatos condicionales y se realiza una segunda exploración endoscópica, encontrando gran fisura en rafe posterior con trayecto fistuloso próximo, acompañado de lesión mucosa de 5cm, mamelonada, ulcerada con

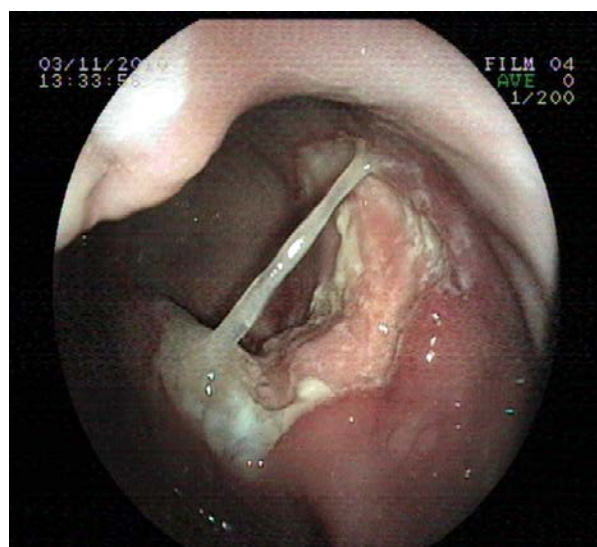
fibrina a 5 cm de margen anal, compatible con neoplasia (a descartar Enfermedad Inflamatoria intestinal) (fotos 3 y 4). Se obtienen biopsias de dicha lesión, con informeanatomopatológico que indica muestra histológica superficial no adecuada para el diagnóstico.



Dados los resultados histológicos previos no concluyentes de las dos biopsias realizadas, se decide solicitar, enteroRMN y nueva rectoscopia con toma de biopsias, para intentar filiar la lesión descrita en exploraciones endoscópicas anteriores.

-EnteroRMN: estudio insuficiente por falta de preparación

-Rectoscopia: Persistencia de fisura anal posterior con úlcera rectal geográfica fibrinada de 5 cm a 3 cms de MA sobre pliegue rectal (foto 5) de la que se toman biopsias que resultan concluyentes con el diagnóstico de úlcera rectal solitaria



Tras el diagnóstico se inició tratamiento conservador con suplementos de fibra y desde ese momento el paciente ha permanecido asintomático sin recidivas posteriores.

DISCUSIÓN: el Síndrome de la Úlcera Rectal Solitaria (SURS) es un proceso crónico benigno caracterizado por una combinación de síntomas, hallazgos endoscópicos y alteraciones histológicas. Tiene una incidencia estimada de 1 caso/100.000 habitantes/año, con predominio en el sexo femenino y una distribución por edades que oscila entre los 10-83 años . Requiere un adecuado diagnóstico diferencial ya que puede ser confundido con otras enfermedades sobretodo con la EII o la neoplasia rectal. Su patogenia es desconocida y se han implicado multitud de factores en su desarrollo como el anismo, la intususpección anal, la isquemia o el trauma directo. La forma de presentación clínica más frecuente es la rectorragia seguida de la expulsión de moco, dolor anal o tenesmo. Endoscópicamente se puede presentar en un 57% de casos como una úlcera superficial de morfología variable localizada en la cara lateral o anterior del recto, en un 25% como lesiones polipoides y en un 18% como áreas de mucosa hiperémicas. Requiere confirmación histológica con engrosamiento de la mucosa, lámina propia edematosa con proliferación de fibroblastos , engrosamiento de la muscularis mucosa, falta de células inflamatorias y distorsión de glándulas y criptas. El tratamiento suele ser conservador con suplementos de fibra, uso de laxantes, enemas de sucralfato o terapias con biofeedback, reservándose la cirugía (rectopexia de mesh laparoscópica) para los casos en los que no existe respuesta médica.

LA CPRE Y SUS COMPLICACIONES A PROPÓSITO DE UN CASO.

García Paredes, R; Gómez Lozano, M; García Belmonte, D; Gajownik , U; Marín Bernabé, C; Gallego Pérez, B; Martínez Crespo, JJ; Gómez Espín, R; Egea Simón, E; Nicolás DE prado, I; García Albert, A; Rodríguez Gil, FJ.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. MURCIA.

INTRODUCCIÓN

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento complejo con una tasa de complicaciones mayor que cualquier otra técnica endoscópica. Desde su inicio ha estado estigmatizada por la presencia de complicaciones, sobre todo la pancreatitis aguda, y en menor medida la colangitis, la hemorragia postesfinterotomía y la perforación retroperitoneal. Con el desarrollo de técnicas diagnósticas como la ultrasonografía endoscópica y la colangiopancreatografía por resonancia magnética, con tasas de complicaciones prácticamente nulas, la CPRE ha quedado relegada a fines exclusivamente terapéuticos. El establecer una correcta indicación, la realización de una buena técnica, la experiencia del endoscopista y el correcto manejo de las complicaciones son el objetivo fundamental para intentar disminuir la morbimortalidad asociada a esta prueba

DESCRIPCIÓN

Mujer de 49 años, sin antecedentes de interés, que presentaba desde hace un mes episodios de dolor cólico en hipocondrio derecho junto con coluria, acolia e ictericia progresiva de una semana de evolución . En la analítica se observa una amilasa normal, discreta leucocitosis, BD 15.18, FA 442, GGT 418, GPT 171, GOT 143. Se realiza ecografía que informa de la existencia de colelitiasis con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática y una imagen hiperecogénica de 1 cm a nivel de tercio distal. Ante los hallazgos descritos Se realiza CPRE con esfinterotomía amplia y extracción de varias coledocolitiasis

A las 24 horas de la prueba se aprecia un abdomen normal a la exploración física pero presenta fiebre, taquicardica y aumento de la bilirrubina total. Ante la sospecha de

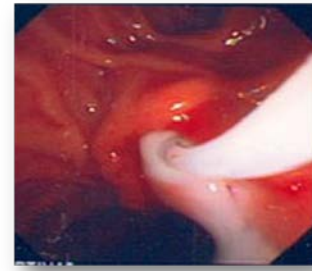
colangitis post-procedimiento se inicia antibioterapia con piperacilina-tazobactam, y se efectúa una CPRE urgente para drenaje y colocación de prótesis biliar, extrayendo abundante material purulento y bilis de aspecto patológico.

A las 48 horas de la intervención la paciente se encuentra estable pero describe sensación de “burbujas en el cuello”. En la exploración destaca un enfisema subcutáneo en región cervical izquierda y pared torácica derecha., tras lo cual se realiza un TAC tóraco-abdominal urgente que informa de importante enfisema subcutáneo en estructuras del cuello, pared lateral derecha del tórax y abdomen, músculos glúteos derechos y muslo derecho; así como neumomediastino, neumoperitoneo y retroneumoperitoneo.

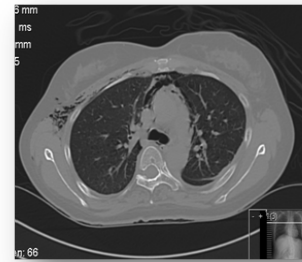
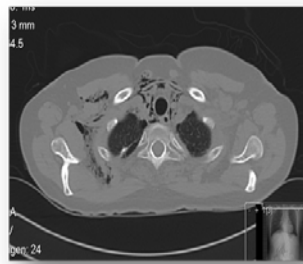
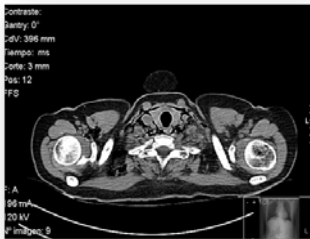
Se avisa al cirujano de guardia, quien decide dada su estabilidad clínica y hemodinámica, tratamiento conservador e ingreso en UCI. Su evolución fue favorable apreciándose una disminución significativa de la hiperbilirrubinemia (BD 1.62) con normalización del perfil hepático y reabsorción del enfisema decrito en las pruebas de imagen posteriores

DISCUSIÓN

La incidencia de perforación tras CPRE oscila entre 0,1%-0,6% siendo importante su reconocimiento y tratamiento precoz para reducir la morbimortalidad. Se describen tres tipos: las periampulares, las relacionadas con el uso de la guía y las luminales alejadas de la papila. Su manejo depende de la situación clínica del paciente y de las pruebas de imagen. En ausencia de signos clínicos y/o analíticos de gravedad, se contempla tratamiento conservador (sonda nasogástrica y antibioticoterapia de amplio espectro) evitando la necesidad de cirugía hasta en el 86% de los casos. Nuestro caso representa una perforación periampular relacionada con la hiperpresión del esfinterotomo . En esta ocasión el contexto clínico y el tipo de perforación nos inclinó a tomar una actitud conservadora y evitar una intervención quirúrgica. Aunque no existan protocolos específicos de actuación es recomendable que los cirujanos conozcan la existencia de una perforación relacionada con un procedimiento endoscópico para que se realice un abordaje conjunto del paciente.



IMÁGENES CPRE: Colangiograma con defectos de replección (fig 1), Salida de cálculo biliar (figura 2), drenaje de pus de vía biliar (fig 3).



Enfisema subcutáneo y neumomediastino



Neumoperitoneo y retroneumoperitoneo

ÚLCERA ESOFÁGICA POR DECUBITO TRAS TOMA DE ARGININA.

U. Gajownik, R. García Paredes, M. Gómez Lozano, B. del Val Oliver, B. Gallego Pérez, CM. Marín Bernabé, D. García Belmonte, MI Nicolás de Prado, E. Egea Simón, R Gómez Espín, FJ Rodríguez Gil, AM García Albert, JJ Martínez Crespo

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

u.gajownik@gmail.com

INTRODUCCIÓN:

Las lesiones esofágicas inducidas por medicamentos, también llamadas úlceras por píldoras (Pills ulcers) se producen mediante la ingestión de medicamentos, los cuales ocasionan irritación y daño local en la mucosa esofágica. La incidencia de esofagitis inducida por fármacos ha aumentado en los últimos años por el incremento de la utilización de los fármacos y la automedicación. La arginina es un aminoácido esencial utilizado como suplemento en la dieta, que puede producir dolor abdominal y empeorar la ERGE, pero no se han descrito casos con úlceras esofágicas.

ENDOSCOPIA:

Un varón de 24 años, deportista semiprofesional sin antecedentes personales, consulta en Urgencias por dolor retroesternal y disfagia, tras haber tomado hace varias horas un comprimido de Arginina. Se realiza la esofagogastroscoopia visualizando en el tercio medio esofágico una úlcera redondeada de 2mm de diámetro con fondo fibrinado (Figura 1), con facilidad de sangrado al roce del endoscopio y rodeada de una mucosa edematizada y friable (Figura 2). Tras dos semanas se repite la exploración sin objetivar alteraciones.

COMENTARIOS:

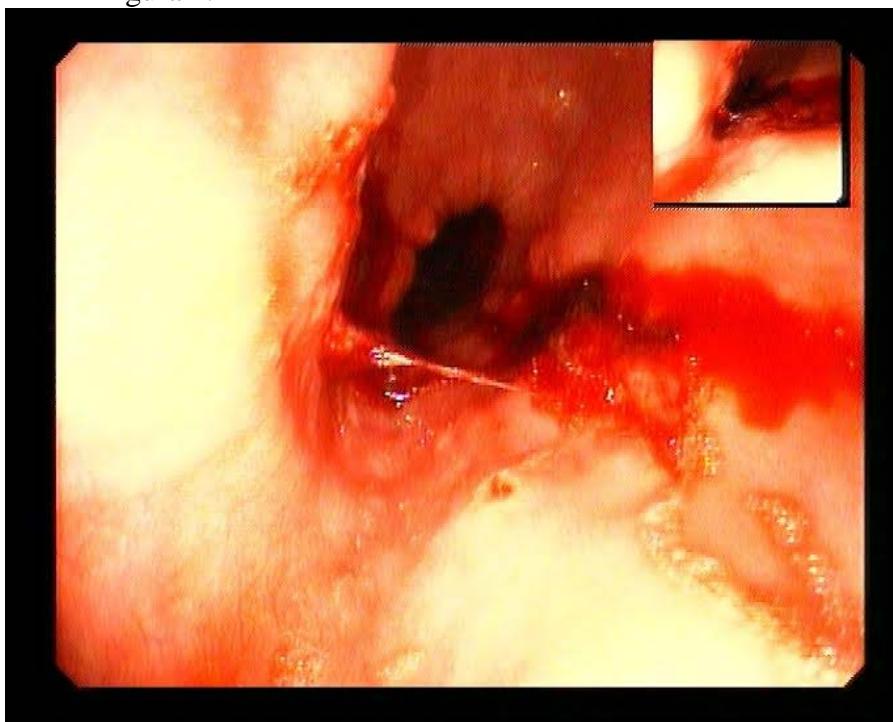
Las lesiones esofágicas producidas por la toma de fármacos son una complicación infrecuente en la práctica clínica. Se han identificado más de 100 medicamentos causantes de este efecto adverso. El caso clínico

presentado representa claramente la relación de la arginina con este tipo de úlceras. Esto sugiere que incluso los suplementos alimenticios, y no solo fármacos, pueden producir estas complicaciones.

Figura 1.



Figura 2.



DOLOR DE ORIGEN PANCREÁTICO: BLOQUEO Y NEUROLISIS DEL PLEXO CELIACO POR ULTRASONOGRAFIA ENDOSCÓPICA (USE). EXPERIENCIA EN HOSPITAL MORALES MESEGUER..

Paloma Bebia Conesa, Aurelio López Martín, Enrique Pérez –Cuadrado Robles, Blanca Martinez Andrés, Pilar Esteban Delgado, Silvia Chacón Martínez, Jose Luis Rodrigo Agudo, Enrique Pérez-Cuadrado Martínez.

Introducción: El plexo celiaco (PCL) está compuesto por una red densa de ganglios y fibras interconectadas que se localizan en el nacimiento del tronco celiaco y se encargan de transmitir los impulsos nociceptivos del páncreas. La inyección de sustancias que inhiban dicha transmisión a este nivel puede ayudar a controlar el dolor de origen pancreático.

Objetivo: Describimos nuestra experiencia en el uso de ultrasonografía endoscópica (USE) para el control del dolor en pacientes con patología oncológica pancreática y en la pancreatitis crónica (PC).

Método: Se realizaron 12 neurolisis del plexo celiaco (NPC) y 4 bloqueos del plexo celiaco (BPC) a 14 pacientes, valorando su efectividad en términos de requerimientos analgésicos y las complicaciones derivadas tras la intervención (diarrea e hipotensión ortostática). *Resultados:* se objetivó mejoría del dolor en un 75% de los pacientes (n=12) y la aparición de diarrea en 12,5% (n=2). No hubo casos de hipotensión ortostática.

Conclusiones: la neurolisis o el bloqueo del plexo celiaco por EUS en una técnica segura y efectiva en el manejo del dolor de origen pancreático aunque se requieren ensayos prospectivos, comparativos y controlados que aporten más solidez científica en cuanto a la efectividad de esta técnica sobre el abordaje percutáneo y quirúrgico.