

AOTTA

GASTROENTEROLÓGICA LATINOAMERICANA

Vol 49 Supl. N°1 año 2019
ISSN: 2469-1119



GASTRO2019
MENDOZA • ARGENTINA

JUNTOS HACIENDO CUMBRE

Mendoza, 11, 12 y 13 de septiembre de 2019
Hotel InterContinental Mendoza

SUPLEMENTO
RESÚMENES DE TRABAJOS

www.gastro2019.org



Sociedad
Argentina de
Gastroenterología

Órgano oficial

SGU | Sociedad de
Gastroenterología
del Uruguay



Órgano oficial



Sociedad
Argentina de
Gastroenterología

SGU Sociedad de
Gastroenterología
del Uruguay

Edita: Sociedad Argentina de Gastroenterología, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

ISSN 2469-1119

EDITOR EN JEFE**Horacio Vázquez**

Hospital de Gastroenterología
Dr. Carlos Bonorino Udaondo, CABA.

COMITÉ EDITORIAL**Carolina Bolino**

IQVA Servicios Médicos y Científicos.
Farmacovigilancia.

Josefina Etchevers

Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA.

María Marta Piskorz

Hospital de Clínicas General San Martín,
Universidad de Buenos Aires, CABA.

Lisandro Pereyra

Hospital Alemán, CABA.

CONSULTOR**Julio César Bai**

Hospital de Gastroenterología
Dr. Carlos Bonorino Udaondo, CABA.

SECCIÓN IMÁGENES**Roberto Mazure****REDES SOCIALES**

Florencia González Cascio

SECRETARIA

Mariela García Muñoz

PRODUCCIÓN Y EDICIÓN

Raúl Groizard

DISEÑO Y ARMADO DIGITAL

Alejandro Javier Slich

CORRECTOR

María Nochteff Avendaño

REVISORES NACIONALES

Ana Adet

Sandra Basso

Claudia Bestani

Román Bigliardi

Maximiliano Bun

Fernando Cairo

María Cristina Cañero Velasco

Marcela Carballido

Sebastián Augusto Carrica

Mariano Cartier

Fernando Chirido

Karina Collia

Luis Colombato

Rodolfo Corti

Alejandro Costaguta

Federico Cuenca Abente

Cecilia Curvale

Jorge Daruich

Juan Andrés De Paula

Martín De Santibáñez

Juan Manuel Díaz

Judith Doweck

Luis Durand

Nora Fernández

José L. Fernández

Luis Flores

Alfredo García

Aníbal Genna

Mariano Giménez

Andrea González

Nicolás González

Carlos González del Solar

Estanislao Gómez

Verónica Gorodner

Ubaldo Gualdrini

Martín Guidi

Silvia Gutiérrez

Hui Jer Hwang

Nadia Kujta

Juan Lasa

María Eugenia Linares

Carlos Miguel Lumi

Pablo Luna

Fernando Man

Mariano Marcolongo

Ricardo Mastai

Eduardo Mauriño

Ezequiel Matías Mauro

Alejandra Maynat

Roberto Mazure

Guillermo Mendez

Alberto Muñoz

Fabio Nachman

Alejandro Nieponice

Juan Manuel O'connor

Marina Orsi

Analía Verónica Pasqua

Silvia Pedreira

Ramiro Perea

María Marta Piskorz

Margarita Ramonet

Judith Sabban

Graciela Salis

Alicia Sambuelli

José María Sanguinetti

Fran Schlottmann

Edgardo Smecuol

Luis Soifer

Laura Sole

Silvia Susana Soler

Gabriel Solzi

Eduardo Sosa

Hugo Tanno

María del Carmen Toca

Lucio Uranga

Carlos Vaccaro

María Inés Vaccaro

Amanda Varela

Walter Vasen

Federico Villamil

Luis Viola

Marta Wagener

Daniel Wainstein

David Zagalsky

Hugo Zandalazini

REVISORES INTERNACIONALES

Herbert Burgos

Henry Cohen

Angel Lanas

Xavier Llor

Natalie Nabon

Carolina Olano

Julio Carlos Pereira Lima

Mario Reis Alvares da Silva

José M. Remes-Troche

Roque Saenz

Asadur Jorge Tchekmedyan

Marcelo Vela

Elena Verdú

ACTA

GASTROENTEROLÓGICA LATINOAMERICANA



Sociedad
Argentina de
Gastroenterología
SAGE

**COMISIÓN DIRECTIVA
SAGE - PERÍODO 2019**

PRESIDENTE

Jorge Olmos

VICEPRESIDENTE

Edgardo Smecuol

SECRETARIO

Juan Manuel Romeo

TESORERO

Fabio Nachman

PROTESORERA

Claudia Fuxman

VOCALES TITULARES

María Dolores Matoso

Sebastián Yasuda

Daniela Milito

VOCALES SUPLENTE

Ramiro Calcagno

Juan Pablo Stefanolo

Federico Cassella

CONSULTOR EX-PRESIDENTE

Ubaldo Gualdrini

CONSEJO ASESOR DE SAGE

Ubaldo Gualdrini

Sonia Niveloni

Silvia Pedreira

Ángel Nadales

Luis M. Bustos Fernández

SGU | Sociedad de
Gastroenterología
del Uruguay

**COMISIÓN DIRECTIVA
SGU - PERÍODO 2019 - 2020**

PRESIDENTE

Susana Kohen

1^{er} VICEPRESIDENTE

Adriana Raggio

2^{er} VICEPRESIDENTE

Andrés Taullard

SECRETARIA

Viviana Nachmann

TESORERO

Inés María Trucco

SECRETARIA DE ACTAS

Yéssica Pontet

ENCARGADO DE ASUNTOS INTERNACIONALES

Carolina Olano

ENCARGADO DE PROGRAMACIÓN NACIONAL

Virginia López

VOCALES

Claudia Méndez

Ximena Rodríguez

Suplentes preferenciales

María Di Pace

Juan José Arnejo

Pabla Ortega

COMISIÓN FISCAL

Miembros titulares

Cristina Dacoll

Beatriz Iade

Elena Trucco

Suplentes

Andrea Maucione

Patricia Gaggero

Ana Pose

Acta Gastroenterológica Latinoamericana es el órgano oficial de la Sociedad Argentina de Gastroenterología (SAGE) y la Sociedad de Gastroenterología del Uruguay (SGU). Propiedad intelectual N° 231736.

Las opiniones y afirmaciones expresadas en artículos, editoriales u otras secciones de *Acta Gastroenterológica Latinoamericana* corresponden a los respectivos autores. Ni el Comité Editorial de la publicación ni la Sociedad Argentina de Gastroenterología se hacen cargo de ellas.



MENSAJE DE BIENVENIDA



Estimados colegas:

Estamos complacidos de contar con su participación en el Congreso Argentino de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva, a realizarse en la ciudad de Mendoza durante los días 11, 12 y 13 de septiembre de 2019.

La Federación Argentina de Gastroenterología (FAGE) y la Federación Argentina de Asociaciones de Endoscopía Digestiva (FAAED) organizamos en forma mancomunada el Congreso. Ambas comisiones trabajamos con el fin de desarrollar un programa científico común, de la misma manera que se presenta en la práctica diaria “Juntos, hacia la cumbre”. Además de unificar las sesiones plenarias, incorporamos un segmento de sesiones “blend” (nuevo bivarietal mendocino: Gastro- Endo); desarrollamos temáticas basadas en casos clínicos y abordamos un espacio para la actualización en temas relacionados con seguridad del paciente, calidad de la atención médica y manejo del riesgo, entre otros. Para ello contamos con destacados referentes del ámbito nacional e internacional.

Mendoza es la provincia argentina que destaca por su industria vitivinícola y su geografía que incluye el cerro Aconcagua, la cima más alta de América. Forma parte de la prestigiosa red global de las Great Wine Capitals, por lo que es reconocida como uno de los principales atractivos turísticos del mundo junto a regiones como Burdeos, La Rioja, Napa Valley, Casablanca o Verona, entre otras.

Estamos convencidos que su estadía en Mendoza será provechosa ya que la “experiencia Gastro 2019” incluye el intercambio de conocimientos y la interacción con colegas en la tierra del Malbec.

Bienvenidos al Congreso, ¡bienvenidos a Mendoza!

Dr. Martín Toro
Presidente

Comité Organizador de Gastroenterología 2019

Dr. Mauro Páez
Presidente

Comité Organizador de Endoscopía Digestiva 2019



AUTORIDADES

COMITÉ ORGANIZADOR DE GASTROENTEROLOGÍA

Presidente

Martín Toro

Vicepresidente

Federico Yañez

Secretaria general

Belén Silva

Prosecretaria

Ana Pascual Baistrocchi

Secretarios Científicos

José María Sanguinetti

Javier Topor

Secretario técnico

Roberto Pérez Ravier

Tesorero

Sebastián Gutiérrez

Protesorera

Cecilia Cicchitti

Secretario de Difusión

Rodrigo Ongay

Subcomité de Trabajos Científicos

María Rosa Defagó

Lucrecia Koll

Juan José Trakal

Directores Curso Precongreso

Sebastian Esteves

Federico Yañez

Comité Asesor de Congresos FAGE

Eduardo Bacigaluppi

Julio Carri

Carlos Gianoni

Julio Vorobioff

COMITÉ ORGANIZADOR DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Presidente

Mauro Páez

Vicepresidente

Sandra Garcés Müller

Secretaria General

Daniela La Salvia

Secretarios Científicos

Martín Guidi

Adolfo Wulfson

Secretaria Técnica

Romina Victoria

Tesorera

Solange Block

Secretaria de Difusión

Rosario Quiroga

Subcomité de Trabajos Científicos

Claudio Guerrina

Pablo Rodríguez

Manuel Valero

Director del Workshop

José Adi

Directores

Congreso Asistentes de Endoscopia

Nelson Condado

Alejandra Gamba

PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN LA REVISIÓN DE LOS TRABAJOS CIENTÍFICOS

Endoscopia

Dr. Claudio Guerrina

Dr. Martín Guidi

Dr. Gastón Jury

Dr. Manuel Valero

Gastroenterología

Dr. Ricardo Abramovich

Dr. Domingo Balderramo

Dr. Sergio Barril

Dr. Daniel Berbara

Dr. Fernando Bessone

Dr. Nestor Chopita

Dr. Oscar Gadea

Dra. Jaqueline Gobelet

Dr. Pablo Herrera Najum

Dr. Mariano Higa

Dra. Adriana Idoeta

Dr. Ruben Lozzi

Dr. Matias Martín

Dr. Rodrigo Ongay

Dr. José María Sanguinetti

Dr. Juan Tellechea

Dr. Julio Tenca

Dr. Javier Topor

Dr. Pablo Vedia

Dra. Andrea Ventura

Dr. Julio Vorobioff

Pediatría

Dr. Victor Grimblat

Dra. Luciana Guzman



COMISIÓN DIRECTIVA FAGE

Presidente:

Dr. Federico Yáñez

Vicepresidente:

Dr. Juan Bordato

Secretario General:

Dr. José Adi

Prosecretario:

Dr. Claudio Guerrina

Tesorero:

Dr. Mauro Páez

Protesorero:

Dr. Matías Amateis

Vocal titular:

Dr. Sergio Barril

Dr. Julio César Tenca

Vocal suplente:

Dr. Norberto Giglio

Dr. Pablo Herrera Najúm

Secretario técnico:

Dr. Javier Sebastián Esteves

Secretario de docencia e investigación:

Dr. José María Sanguinetti

Secretario de relaciones internacionales:

Dr. Martín Toro

Órgano de Fiscalización.

Comisión Revisora de Cuentas

Titular:

Dra. Olga Beatriz Sosa

Dr. Adrián Loréfica

Suplente:

Dra. Myriam Giselle Martini

Miembros de la Junta Electoral

Titular:

Dr. Matías Martín

Dra. Lucrecia Koll

Dr. Carlos Ayala Ortiz

Suplente:

Dr. Julio Horacio Carri

Dra. Diana Gibelli

COMISIÓN DIRECTIVA FAAED

Consejo Directivo 2017 - 2019

Presidente:

Dr. Rodolfo Eduardo Biolchi

Vicepresidente:

Dr. Juan Luciani

Secretaria:

Dra. Rosana C. Angeloni

Prosecretario:

Dr. Claudio Guerrina

Tesorero:

Guillermo Lanfiutti

Protesorero:

Dr. Juan Bordato

Vocal 1º:

Dr. Pablo Alasino

Vocal 2º:

Dr. Sebastián Ferretti

Vocales suplentes:

1º Dr. Carlos Chavez

2º Dr. Miguel Angel Villarroel

Revisores de cuentas:

Dr. Rodrigo Román

Dr. Matías Amateis

 **Silvana Biagiotti**
Congresos & Eventos

Hotel InterContinental Mendoza | Oficina 11
Av Acceso Este, Lateral Norte 3292
Mendoza MAP, M5521AAR, Argentina
Móvil: +54 9 261 5793166
Tel: +54 261 5218928



ÍNDICE DE TRABAJOS

GASTROENTEROLOGÍA

Referencias	TC	Esófago	1
	TC	Neurogastroenterología	6
	TC	Estómago	8
	TC	Intestino delgado	11
	TC	Colon y recto	13
	TC	Vesícula y vías biliares	22
	TC	Páncreas	22
	TC	Enfermedades infecciosas	23
	TC	Hígado	24
	CC	Esófago	26
	CC	Neurogastroenterología	29
	CC	Estómago – Duodeno	29
	CC	Intestino delgado	36
	CC	Colon y recto	38
	CC	Vesícula y vías biliares	44
	CC	Páncreas	45
	CC	Enfermedades infecciosas	47
	CC	Hígado	49
		ÍNDICE POR AUTORES	51

ENDOSCOPIA

Referencias	TC	Endoscopia Diagnóstica	68
	TC	Hígado	69
	TC	Endoscopia Terapéutica	73
	TC	Endoscopia Miscelánea	77
	CC	Endoscopia Diagnóstica	79
	CC	Endoscopia Terapéutica	85
	CC	Endoscopia Miscelánea	89
	VC		90
		ÍNDICE POR AUTORES	96

PEDIATRÍA

Referencias	TI	Trabajos Científicos	106
	CC	Casos Clínicos	108
		ÍNDICE POR AUTORES	111

TC - ESÓFAGO

Código: 1496

EVALUACIÓN DEL ÍNDICE DE DEGLUCIÓN POST REFLUJO Y CLEARANCE DEL BOLO EN LA IMPEDANCIOMETRÍA ESOFÁGICA DE PACIENTES CON BRUE DE ALTO RIESGO

Renata Weinschelbaum; Alejandro Costaguta.

Sanatorio de Niños de Rosario - Santa Fe - Argentina

Área Temática: 1.Esofago 1.1.Enfermedad por Reflujo

Introducción: La Impedanciometría (IMM) se ha convertido en el gold standard para el estudio de RGE. Sin embargo la precisión del índice sintomático muchas veces es subóptima. La disponibilidad de parámetros cuantitativos podría mejorar la capacidad diagnóstica. El índice de deglución postreflujo (PSPW) es un parámetro que representa la eficacia del clearance químico del esófago. Es útil luego de RGE ácidos, débilmente ácidos, o en pacientes con tratamiento con IBP. El objetivo de este estudio es evaluar el PSPW y el Clearance del bolo (BCT) de pacientes internados por BRUE, estudiados con IMM con resultados normal y patológico. **Material y Método:** Estudio retrospectivo desde septiembre del 2014 a diciembre del 2018. Se revisaron trazados de IMM realizadas a niños entre 0 y 12 meses de edad, internados por BRUE, excluyendo portadores de malformaciones congénitas o alimentados con fórmula espesada. Se consideró IMM normal aquella que presentaba un score de pHmetría (Boix Ochoa) acorde para la edad, $IR \leq 7$ y una correlación sintomática negativa. Con un $SI \leq 50\%$ y el $SAP \leq 95\%$. En esos estudios se calculó PSPW y BCT, y se compararon con PSPW y BCT en estudios con resultados patológicos. El PSPW se calculó para cada trazado de IMM tomando el número de RGE seguidos en menos de 30 segundos por una deglución y se lo dividió por el número de episodios de RGE totales. El BCT se definió como el tiempo desde la entrada del bolo, registrada en el primer canal, hasta el pasaje del bolo, registrado en el canal distal, medido en segundos. Se compararon los valores medios de PSPW total y de BCT entre los casos patológicos y los no patológicos. Se analizó la relación entre PSPW ácidos y reflujos ácidos y análogamente, entre PSPW no ácidos y reflujos no ácidos. Para comparar las variables cuantitativas se realizó una prueba T de Student. Los valores $p < 0.05$ fueron considerados estadísticamente significativos. **Resultados:** Se incluyeron 58 pacientes (x edad: 2.7 meses ± 2.0 , $M=33$). El valor medio de el PSPW resultó igual a 55.5 ± 13.6 en los casos patológicos y de 59.3 ± 14.4 en los casos no patológicos ($p=0.322$). El BCT tuvo un valor medio de 12.9 ± 2.5 en los casos patológicos y de 14.3 ± 3.7 en los casos no patológicos ($p=0.076$). La comparación entre el PSPW ácido y reflujos ácidos y entre PSPW no ácido y reflujos no ácidos no mostró correlación estadísticamente significativa ($p=0.786$, $p=0.13$, respectivamente) **Conclusión:** Los resultados obtenidos en esta población no muestran beneficios con la utilización del PSPW Y BCT para el análisis de los estudios de niños de hasta 12 meses de edad con BRUE. Adicionalmente, no se encontró relación entre los niveles de PSPW ácidos y los de reflujos ácidos ni entre los de PSPW no ácidos y reflujos no ácidos.

TC - ESÓFAGO

Código: 1290

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON DISPLASIA DE BAJO GRADO AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO Y EN SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON ESÓFAGO DE BARRETT

Rosa Ramos; Federico Diaz; Juan Lasa; Ignacio Zubiaurre; Daniela Speisky; Marilyn Castilla Renis.

Hospital Británico de Buenos Aires - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 1.Esofago 1.1.Enfermedad por Reflujo

INTRODUCCION: El esófago de Barrett es una condición crónica vinculable a un riesgo incrementado de adenocarcinoma de esófago; este riesgo se asocia principalmente a aquellos pacientes con displasia de bajo o de alto grado sobre la metaplasia intestinal. Algunos factores asociados al desarrollo de displasia de bajo grado han sido descriptos, pero con resultados heterogéneos. **OBJETIVO:** Describir factores potencialmente asociados a la presencia de displasia de bajo grado al momento del diagnóstico de esófago de Barrett así como en el seguimiento. **MATERIALES**

Y METODOS: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo entre Enero de 2008 y Julio de 2018. Se incluyeron a aquellos pacientes con diagnóstico de esófago de Barrett de nuestra institución, exceptuando a aquellos cuyo seguimiento se realiza fuera de nuestra institución o bien a aquellos de los que no se cuentan datos completos. Las siguientes variables fueron consignadas: edad, género, índice de masa corporal, síntomas de ERGE, síntomas nocturnos de ERGE, tabaquismo, consumo de café, extensión del esófago de Barrett (según clasificación de Praga), peristalsis inefectiva y/o esfínter esofágico inferior hipotensivo en manometría. El número así como los resultados de las endoscopías de vigilancia fueron registrados. Se realizó un análisis univariado seguido de un análisis de regresión usando un modelo de Cox para estimar aquellas variables asociadas significativamente con el riesgo de displasia de bajo grado. **RESULTADOS:** Se evaluaron 129 pacientes con esófago de Barrett, incluyéndose para el análisis 109. La mediana de edad fue de 61 años (24-83), 65.14% fueron varones. El 25.69% fueron obesos, 28.44% presentaron síntomas nocturnos y 54.13% refirieron consumo regular de café. Al momento del diagnóstico, 19.27% presentaron displasia de bajo grado en las biopsias esofágicas. Los síntomas nocturnos [OR 3.74 (1.33-10.48)], el consumo de café [OR 6.87 (1.75-26.93)] y la longitud del esófago de Barrett [OR 1.17 (1-1.39)] se asociaron con un riesgo incrementado en el análisis univariado de displasia de bajo grado al momento del diagnóstico; sólo el consumo de café permaneció significativamente asociado a dicho riesgo en el análisis multivariado [OR 5.32 (1.35-20.88)]. La mediana de tiempo de seguimiento fue 25 meses (6-156), con una tasa de incidencia de displasia de bajo grado del 0.06%/año. En el análisis multivariado, la edad [HR 1.09 (1.01-1.4)], la obesidad [HR 10.61 (1.77-63.56)], el consumo de café [HR 4.32 (1.2-23.79)] y la extensión máxima del esófago de Barrett [HR 2.18 (1.44-3.3)] se asociaron al riesgo de desarrollar displasia de bajo grado luego del diagnóstico de esófago de Barrett. **CONCLUSION:** Entre los factores vinculados al riesgo de desarrollar displasia de bajo grado en pacientes con esófago de Barrett, algunos como el consumo de café y la obesidad pueden ser modificados y esto podría tener un impacto en reducir el riesgo de adenocarcinoma de esta población.

TC - ESÓFAGO

Código: 1255

PACIENTES CON SÍNTOMAS ATÍPICOS DE ERGE: TIENEN IMPEDANCIA - PH PATOLÓGICA?

Karen Stave Salgado; Cecilia Curvale; Juan Lasa; Raul Matano; Ignacio Zubiaurre; Rosa I. Ramos.

Hospital El Cruce - Bs. As. - Argentina

Área Temática: 1.Esofago 1.1.Enfermedad por Reflujo

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se produce cuando el contenido gástrico refluído al esófago causa síntomas molestos y/o complicaciones. Las manifestaciones de ERGE se clasifican síndromes esofágicos y extraesofágicos [1]. Estos últimos, conocidos también como síntomas atípicos, incluyen tos, globus, ronquera, dolor de garganta, disfonía y aclaramiento repetitivo de la garganta [2]. El Consenso de Montreal reconoció que existe asociación establecida entre ERGE y asma, tos crónica y laringitis, sin embargo, planteó que las manifestaciones extraesofágicas raramente son atribuibles a ERGE en ausencia de síntomas típicos [1,3]. En este estudio se realizó la aproximación diagnóstica se ha modificado con el uso de impedancia intraluminal multicanal con pHmetría (IIM-pH), la cual es considerada la mejor herramienta para caracterizar el reflujo gastroesofágico [3, 4]. El objetivo de este estudio fue describir los hallazgos de la IIM-pH en pacientes con manifestaciones atípicas de ERGE en ausencia de síntomas típicos. **Materiales y métodos:** estudio transversal retrospectivo, de pacientes con síntomas atípicos de ERGE (tos crónica, globus, carraspeo, disfonía, mucorrea, dolor de garganta y apnea) derivados para realizar IIM-pH entre 2010 a 2016. Las características de los pacientes, tiempo de exposición ácida esofágica (TEA), número de reflujos en esófago distal y asociación sintomática fueron estudiados. **Resultados:** se incluyeron 78 pacientes, edad media 53 años. Tos fue el síntoma más frecuente. El TEA fue patológico en un 14.1%. El número de reflujos distales fue normal, siendo el 75.2% ácidos; el 85% de los pacientes tuvieron al menos un episodio de reflujo proximal, con una media de 6.38, pero sólo 4 pacientes presentaron asociación sintomática positiva. **Conclusiones:** la IIM-pH es un procedimiento diagnóstico útil en pacientes con síntomas extraesofágicos de ERGE en ausencia de manifestaciones típicas, algunos de ellos tendrán resultados anormales, sin embargo, esto no podría probar causalidad.

TC - ESÓFAGO

Código: 1516

“PREVALENCIA DE TRASTORNOS MOTORES ESOFÁGICOS EN PACIENTES CON DISFAGIA ESOFÁGICA”

Sonia Ojeda; Daniela Millito; Marina Furia; Agustina Pascual Russo; Vanina Forestier; Lucila Facio.

Hospital de gastroenterología Dr. B. Udaondo - CABA – Argentina

Área Temática: 1.Esófago 1.2.Trastornos Motores

Introducción: La disfagia esofágica es un síntoma común. A través de la manometría esofágica se pueden obtener datos acerca del origen etiológico de la disfagia. Los trastornos motores esofágicos (TME) son alteraciones de la peristalsis del cuerpo y/o de la función esfintérica del esófago y, a su vez, se dividen en primarios (de etiología desconocida) y secundarios (dependientes de otra enfermedad). En la mayoría de los casos, su diagnóstico permite al gastroenterólogo definir la conducta terapéutica. Objetivo: Determinar la prevalencia de TME en los pacientes que consultaron por disfagia esofágica. Materiales y métodos: Se analizaron las historias clínicas y los trazados manométricos de 385 pacientes que consultaron por disfagia esofágica sin patología orgánica en la sección de Motilidad del Hospital Carlos B. Udaondo durante el período 2013-2018. Resultados: De los 385 pacientes incluidos, 255 fueron mujeres (66.2%). La edad promedio fue de 54 años (18 - 84 años). Se encontró que el 34% (131/385) de las manometrías fueron normales, 42% Acalasia (161/385); de los cuales, 48% (30/161) son secundarios a Enfermedad de Chagas; 10% (40/385) fueron Trastorno motor inespecífico; 3% (11/385) fueron secundarios a enfermedades del colágeno; 2% Esófago hipercontráctil, de los cuales 1% (5/385) fueron Esfínter esofágico inferior hipertensivo y 0.5% (2/385) Esófago de Nutcracker; 1% (5/385) peristalsis ineficaz y 0.5% (1/385) Espasmo esofágico difuso. Conclusiones: Aproximadamente el 70% de las manometrías esofágicas en pacientes con disfagia fueron anormales, siendo la Acalasia el diagnóstico más prevalente. La disfagia debería ser estudiada en todos los pacientes con manometría ya que su diagnóstico etiológico tiene grandes implicancias terapéutica.

TC - ESÓFAGO

Código: 1434

COMPORTAMIENTO DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO SUPERIOR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

Cintia Vanina Forestier; Rosa Ramos; Cecilia Curvare; Raul Matano.

Área Temática: 1.Esófago 1.2.Trastornos Motores

Introducción: La Esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad del tejido conectivo de origen desconocido, ocurre con mayor frecuencia en las mujeres de edad 40-65 años. El tejido exclusivamente afectado es el músculo liso. Con compromiso del esófago en un 90% de los casos. La afectación esofágica ha sido evaluada mediante la Manometría esofágica de alta resolución con alteraciones en un 75-80%. Los hallazgos incluyen disminución de la presión del esfínter esofágico inferior (EEI), descrito en un 50% de los casos, y aperistalsis del esófago distal en un 60%. El EEI y el cuerpo esofágico en la ES ha sido investigado, pero no hay estudios que evalúen la funcionalidad y presión del Esfínter esofágico superior (EES) en estos pacientes. Métodos: Estudio descriptivo observacional, y prospectivo. Se estudiaron 20 pacientes con diagnóstico de ES, derivados al consultorio especializado de motilidad esofágica. Se les realizó previa endoscopia digestiva alta, manometría de alta resolución. Equipo Sandhill previa topicación en nasinas con xilocaina en gel. Objetivos: 1) Evaluar la presión de reposo y relajación del EES en este grupo de pacientes. 2) Evaluar la motilidad del cuerpo esofágico en este grupo de pacientes y del EEI. Resultados: 16 fueron mujeres y 4 hombres de los 20 pacientes; edad promedio 46 años (23-60); con tiempo de evolución promedio de 5 años (DS+/- 4,18), 11 tuvieron presión normal del EES (Presión del EES en reposo; VN: 30-118 mmHg, Presión onda faríngea; VN: 90-190 mmHg) y 9 presentaron alteración en el comportamiento del mismo, 6 con presión de onda faríngea aumentada y 3 con aumento de la presión basal del EES. De estos 9 pacientes, 4 tuvieron alteración severa de la motilidad esofágica y 3 presentaron hipertensión pulmonar. Conclusiones: En nuestro grupo de pacientes, un porcentaje elevado el 45% (9/20) tuvieron afectado el comportamiento del EES. La mitad de los pacientes tienen severa alteración de la motilidad del cuerpo esofágica, y ninguno se relacionó con alteración de la unión gastroesofágica. Faltan pacientes para definir si esta alteración podría estar relacionada a un eventual método compensatorio, secundario al compromiso esofágico por la ES.

TC - ESÓFAGO

Código: 1675

DISFUNCIÓN CRICOFARÍNGEA PRIMARIA. TRATAMIENTO CON DILATACIÓN NEUMÁTICA ESTÁTICA CON BALÓN

Eduardo Alach; Marcela Contreras; Rocío Laurini; José Bálsamo; Mariano Di Tommaso; Agustín Diego; Cristela Pereyra; Rocío Alach; Melissa Hidalgo.

Hospital San Roque de Gonnet - Buenos Aires – Argentina

Área Temática: 1.Esófago 1.2.Trastornos Motores

Introducción: la disfunción cricofaríngea primaria (DCP) se presenta por degeneración fibroadiposa del músculo cricofaríngeo, que reduce su compliance, con consecuencias variables sobre el clearance faríngeo, pudiendo provocar clínicamente, severa disfagia oro faríngea, deshidratación, desnutrición, neumopatía e incluso la muerte si no se interviene oportunamente. El tratamiento de esta entidad puede ser endoscópico o quirúrgico. OBJETIVO: mostrar la experiencia obtenida con dilatación neumática estática endoscópica de la DCP, en el área de motilidad digestiva de un hospital interzonal de la provincia de Bs As. Pacientes: desde Diciembre de 1998 hasta Diciembre 2018, fueron enrolados en este estudio observacional descriptivo, 98 pacientes con DCP, diagnosticados por video deglución dinámica. Los criterios de inclusión fueron: pacientes de ambos sexos, mayores de 15 años, que presenten disfagia orofaríngea y diagnóstico de disfunción cricofaríngea primaria. Se excluyen, pacientes con ACV previo, enfermedad neuromuscular y/o reumatológica que pudieran provocar disfunción secundaria. Método, resultados y conclusiones: Se realizó tratamiento endoscópico con balón, de 18 mm de diámetro, insuflado durante 1 minuto en la región cricofaríngea, a la presión recomendada por el fabricante. Se realizó videodeglución de control dentro de las 8 semanas, utilizando en nuestro servicio, una encuesta de satisfacción sintomática de 0 a 10. La prevalencia de la disfunción cricofaríngea primaria fue de 5,7%. La relación hombre/mujer: 1 / 2,2. Edad promedio: 62 años. En 20 años, fueron dilatados 98 pacientes portadores de DCP, sin presentar complicaciones inmediatas. En 19 pacientes, se necesitó más de una sesión, existiendo respuesta clínica radiológica en todos ellos. Once pacientes no volvieron a los controles. La encuesta de satisfacción 0 a 10 se realizó a 87 pacientes, detectando 7 pacientes con 6 y 7 puntos (8,0%), 12 pacientes con 7 puntos (13,7%) y 68 pacientes restantes, con 8 a 10 puntos (78,1%). Ningún paciente requirió cirugía. Con menos de 8 puntos, fueron sometidos a una segunda dilatación con balón de 20 mm, respondiendo satisfactoriamente todos ellos, llegando al score deseado de 8 a 10 puntos. Tres pacientes requirieron dilataciones repetidas, dos de ellos del grupo inicial más de 8 puntos dentro de los 22 meses, y el tercer paciente del grupo dilatado por segunda vez con 20 mm, 52 meses después, consiguiendo alivio sintomático en todos ellos. Como conclusión, la dilatación neumática con balón de 18 mm de diámetro, es un método seguro y eficaz, que permite mejorar en forma considerable los síntomas de disfagia orofaríngea que presentan los pacientes con DCP. Según nuestra experiencia no se presentaron complicaciones mayores como la perforación, hemorragia o el compromiso de la vía aérea. No fue necesaria la intubación de estos pacientes, por lo que se realizó en sala común de endoscopia.

TC - ESÓFAGO

Código: 1254

EVALUACIÓN DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO SUPERIOR EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ACALASIA Y DIFERENCIAS ENTRE SUBTIPOS

Juan Cruz Codd; Cecilia Curvale; Raul Matano; Rosa I. Ramos.

Hospital de Alta Complejidad El Cruce - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 1.Esófago 1.2.Trastornos Motores

La manometría de alta resolución ha permitido mejorar el estudio del comportamiento del esfínter esofágico superior y de la presión faríngea. El objetivo de este estudio es evaluar mediante esta tecnología el comportamiento del esfínter esofágico superior y de la presión faríngea en pacientes con diagnóstico de acalasia. El método de estudio utilizado fue descriptivo observacional de corte transversal, donde se incluyeron 32 pacientes con diagnóstico de acalasia (7 tipo I, 24 tipo II y 1 tipo III) que se presentaron en el consultorio especializado de Esófago atendidos en el Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce" en el período del 2014 al 2018. Como resultados comprobamos una diferencia significativa con respecto a la presión basal del esfínter esofágico superior en los pacientes con diagnóstico de acalasia tipo II en comparación con los otros tipos ($p < 0.05$). Con respecto a la relajación del esfínter esofágico superior podemos determinar que no hubo alteración de la relajación dentro de los subtipos de acalasia. La presión faríngea en nuestra población presentó características hipertensivas sin mostrar diferencia significativa entre los diversos subtipos ($p > 0.05$).

TC - ESÓFAGO**CÓDIGO: 1224****HALLAZGOS MANOMÉTRICOS DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES CON SÍNTOMAS ESOFÁGICOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN DE TERCER NIVEL**

Walter Damian Insaurralde; Adriana Tevez; María Marta Piskorz; Juan Antonio Sorda; Jorge Atilio Olmos.

Hospital de Clínicas José de San Martín - Caba - Argentina

Área Temática: 1. Esófago 1.2. Trastornos Motores

Introducción: El desarrollo de la manometría esofágica de alta resolución (MEAR) y la clasificación de Chicago, han mejorado la capacidad para estudiar los trastornos motores del esófago. OBJETIVO: describir los hallazgos manométricos en base a la clasificación de Chicago 3.0 de los pacientes que consultaron por síntomas esofágicos, y compararlos con los obtenidos utilizando la clasificación de Chicago v2.0 (clasificación previa) Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en el Sector Neurogastroenterología, del Hospital de Clínicas José de San Martín. Se evaluaron los datos de las manometrías esofágicas de alta resolución (Sandhill Scientific) de pacientes mayores de 18 años, entre marzo 2011 hasta marzo 2019. Por otro lado se consignaron los síntomas de consulta. Resultados: Fueron analizadas un total de 814 manometrías de alta resolución: 595/814 fueron mujeres (73%). La edad media fue de 57.3 +/- 15.8. Los síntomas de consulta fueron los siguientes: 374/814 (45,95%) síntomas de ERGE, 358/814(43,98%) disfagia y 155/814 (19,04%) dolor de pecho. 480/814 (58,98%) tenían hallazgos endoscópicos normales, 77/814 (9,45%) tenían hernia hiatal, 68/814 (8,35%) presentaban esofagitis, 189/814 (23,22%) presentaban otros hallazgos endoscópicos. En base a los criterios diagnósticos de la Clasificación de Chicago v3.0, se observó: en 129/814 (15,85%) Acalasia que a su vez se los subclasifico en: 41/129 (31,78%) subtipo I, 81/129 (62,8%) subtipo II y 7/129 (5,42%) subtipo III. En 173/814 (21,25%) pacientes se diagnosticó peristalsis inefectiva, de los cuales 63/173 presentaba peristalsis inefectiva fallida (36,41%) y 110/173 presentaba peristalsis inefectiva débil (63,59%), y 5/814 presentaba peristalsis fragmentada (0,61%); 84/814 (10,32%) pacientes presentaban ausencia de contractilidad; 19/814 (2,35%) pacientes presentaban esófago Jackhammer ; 5/814 (0,60%) pacientes tenían espasmo esofágico distal; obstrucción funcional de la unión esófago-gástrica en 39/814 (4,80%) pacientes; 360/814 (44,22%) estaban dentro de la normalidad. En 42 pacientes que se sometieron a la prueba postprandial 8 (19%) presentaron rumiación. Considerando la Clasificación de Chicago v 2.0, en 9 pacientes diagnosticados anteriormente como "esófago nutcracker" (DCI ≥ 5000 y ≤ 8000 mmHg-s-cm) y 5 diagnosticados como peristalsis débil a segmentos largos, pasaron a tener hallazgos manométricos normales y peristalsis fragmentada respectivamente, con esta nueva clasificación. CONCLUSIÓN: Según la Clasificación de Chicago v3.0, los trastornos motores del esófago más frecuentemente diagnosticados fueron la peristalsis inefectiva, seguido de la Acalasia. En 14 pacientes hubo un cambio en el diagnóstico manométrico al pasar de la clasificación de Chicago v2.0 a la 3.0.

TC - ESÓFAGO**Código: 1688****HALLAZGOS MANOMÉTRICOS DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES CON SÍNTOMAS ESOFÁGICOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN DE TERCER NIVEL**

Walter Damian Insaurralde; Adriana Tevez; Gladys Bravo Velez; María Marta Piskorz; Juan Antonio Sorda; Jorge Atilio Olmos.

Hospital de Clínicas José de San Martín - Caba - Argentina

Área Temática: 1. Esófago 1.2. Trastornos Motores

Introducción: El desarrollo de la manometría esofágica de alta resolución (MEAR) y la clasificación de Chicago, han mejorado la capacidad para estudiar los trastornos motores del esófago. Objetivo: describir los hallazgos manométricos en base a la clasificación de Chicago 3.0 de los pacientes que consultaron por síntomas esofágicos, y compararlos con los obtenidos utilizando la clasificación de Chicago v2.0 (clasificación previa) Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en el Sector Neurogastroenterología, del Hospital de Clínicas José de San Martín. Se evaluaron los datos de las manometrías esofágicas de alta resolución (Sandhill Scientific) de pacientes mayores de 18 años, entre marzo 2011 hasta marzo 2019. Por otro lado se consignaron los síntomas de consulta. Resultados: Fueron analizadas un total de 814 manometrías de alta resolución: 595/814 fueron mujeres (73%). La edad media fue de 57.3 +/- 15.8. Los síntomas de consulta fueron los siguientes: 374/814 (45,95%) síntomas de ERGE, 358/814(43,98%) disfagia y 155/814 (19,04%) dolor de pecho. 480/814 (58,98%) tenían hallazgos endoscópicos

normales, 77/814 (9,45%) tenían hernia hiatal, 68/814 (8,35%) presentaban esofagitis, 189/814 (23,22%) presentaban otros hallazgos endoscópicos. En base a los criterios diagnósticos de la Clasificación de Chicago v3.0, se observó: en 129/814 (15,85%) Acalasia que a su vez se los subclasifico en: 41/129 (31,78%) subtipo I, 81/129 (62,8%) subtipo II y 7/129 (5,42%) subtipo III. En 173/814 (21,25%) pacientes se diagnosticó peristalsis inefectiva, de los cuales 63/173 presentaba peristalsis inefectiva fallida (36,41%) y 110/173 presentaba peristalsis inefectiva débil (63,59%), y 5/814 presentaba peristalsis fragmentada (0,61%); 84/814 (10,32%) pacientes presentaban ausencia de contractilidad; 19/814 (2,35%) pacientes presentaban esófago Jackhammer; 5/814 (0,60%) pacientes tenían espasmo esofágico distal; obstrucción funcional de la unión esófago-gástrica en 39/814 (4,80%) pacientes; 360/814 (44,22%) estaban dentro de la normalidad. En 42 pacientes que se sometieron a la prueba postprandial 8 (19%) presentaron rumiación. Considerando la Clasificación de Chicago v 2.0, en 9 pacientes diagnosticados anteriormente como "esófago nutcracker" (DCI ≥ 5000 y ≤ 8000 mmHg-s-cm) y 5 diagnosticados como peristalsis débil a segmentos largos, pasaron a tener hallazgos manométricos normales y peristalsis fragmentada respectivamente, con esta nueva clasificación. Conclusión: Según la Clasificación de Chicago v3.0, los trastornos motores del esófago más frecuentemente diagnosticados fueron la peristalsis inefectiva, seguido de la Acalasia. En 14 pacientes hubo un cambio en el diagnóstico manométrico al pasar de la clasificación de Chicago v2.0 a la 3.0.

TC - ESÓFAGO**Código: 1690****LA MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN PACIENTES CON BARRA DEL CRICOFARÍNGEO**

Jésica Cepeda Parga; Julieta Argüero; Marina Cariello; Leandro Herrera; Jesica Ramirez; María Gonzalez; Mariano Marcolongo.

Hospital Italiano de Buenos Aires. Servicio de Gastroenterología. Sección Neurogastroenterología - CABA - Argentina

Área Temática: 1. Esófago 1.2. Trastornos Motores

Introducción La barra del cricofaríngeo (BC) se produce por la fibrosis del músculo cricofaríngeo que genera una disminución de la distensibilidad y en consecuencia, una alteración de la apertura del esfínter esofágico superior (EES). La disfagia orofaríngea es el síntoma principal, cuya frecuencia va del 7 al 10 % en >50 años. El diagnóstico se realiza mediante estudios radiológicos. La manometría esofágica de alta resolución (MAR), como opción diagnóstica, presenta la ventaja de no irradiar al paciente. Son escasos los trabajos publicados acerca de los hallazgos manométricos en estos pacientes y la Clasificación de Chicago 3.0 no contempla el comportamiento del EES. Objetivos Describir los hallazgos en la MAR en pacientes con barra del cricofaríngeo. Describir el síntoma predominante y la presencia de otros trastornos motores concomitantes. Materiales Corte transversal. Se reclutaron en forma retrospectiva pacientes evaluados en Hospital Italiano de Buenos Aires, durante los años 2018-2019 con diagnóstico radiológico (seriada esofágica y/o videodeglución) de BC que tuvieran una MAR. Métodos Se tomó como VN IRP 15 mmHg. Se exploraron puntos de corte para los parámetros manométricos más significativos (Pr-EES e IRP) con curva ROC. Resultados Se incluyeron 23 pacientes, 74 % mujeres. La media de edad fue 67 (DS 14). El 26% presentó disfagia orofaríngea para sólidos. El resto de los síntomas se muestran en la tabla. Los hallazgos manométricos relacionados al EES fueron: 48% hipertensivo, 39% normotensivo y 13% hipotensivo. El IRP: 87% < a 15 y 13% > 15 mmhg. La media de longitud fue 3 cm (DS 0,74). Una presión del EES (Pr-EES) \geq a 130 mmHg tuvo una sensibilidad de 61,5% y una especificidad de 60% para el diagnóstico de barra del cricofaríngeo. Una Pr-EES > 276 mmHg tuvo una especificidad del 90%. En cuanto al IRP del EES la sensibilidad y la especificidad para un punto de corte de 12 mmHg fue 23,8% y 90% respectivamente (ABC 0,51). Como trastornos concomitantes: 39% presentaron motilidad esofágica inefectiva (MEI), 13 % obstrucción al tracto de salida de la UGE, 9% acalasia y 4% esófago hipercontractil. Conclusión Alrededor de la mitad de los pacientes con BC presentaron EES hipertensivo. La relajación del mismo durante las degluciones líquidas se encontró conservada en la mayoría de los casos. La disfagia orofaríngea fue el síntoma principal y la MEI el trastorno motor concomitante más frecuente. La sensibilidad diagnóstica fue baja para ambos parámetros manométricos (Pr-EES e IRP) sin embargo, la especificidad fue elevada considerando una Pr-EES > 270 y un IRP de 12 mmHg.

TC - ESÓFAGO

Código: 1577

NUESTRA EXPERIENCIA EN ACALASIA: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS POR MANOMETRÍA CONVENCIONAL

Maria Eugenia Saller; Javier Valentini; Maria Guadalupe Rodriguez Nuñez.

Hospital Posadas - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 1.Esófago 1.2.Trastornos Motores

Introducción: La acalasia es el desorden motor primario del esófago, caracterizado por ausencia del peristaltismo del cuerpo esofágico y alteración en la relajación del esfínter esofágico inferior, con una incidencia mundial de 1/100.000 y una prevalencia de 10/100.000 habitantes. La etiología es desconocida. La disfagia progresiva es la manifestación característica, puede asociarse a pirosis, regurgitación y dolor torácico. El diagnóstico de certeza se realiza mediante manometría esofágica. El tratamiento puede ser médico, endoscópico o quirúrgico. Objetivo primario: evaluar la prevalencia de acalasia entre 393 pacientes a los que se le realizaron manometrías esofágicas convencionales por sospecha de un trastorno motor; secundario, describir las características demográficas de la muestra y analizar asociación entre: edad y grado radiológico (GR), sintoma y grado, genero y grado. Métodos: estudio descriptivo, observacional. Se analizaron las historias clínicas y los trazados manométricos de 393 pacientes que consultaron a nuestro laboratorio de Motilidad entre enero de 2013 y junio de 2019. Se utilizó manómetro convencional (polígrafo digital Biomedik C8 y sonda esofágica de 6 canales de perfusión) y esofagograma. Análisis estadístico: se describen las variables continuas por medio de media \pm DS y las variables categóricas por medio de porcentajes. Se analizó la asociación con variables categóricas por medio del test de chi cuadrado; y con variables cuantitativas por medio de la prueba de t para muestras independientes, considerándose a una $p < 0.05$ como de significancia estadística. Resultados: se diagnosticó acalasia en 66 de 393 (16.7%) pacientes con una edad media de 55 ± 19 años, género masculino en 34 (52%). Siete pacientes (10.6%) tienen serología positiva para Chagas. Síntomas principales: 50 pacientes (76%) presentaron disfagia; 11 (17%), disfagia y regurgitación; 3 (5%) dolor torácico; uno, regurgitación y otro, dolor y disfagia. En el esofagograma 8 pacientes (12%) presentaron Grado(G)I de la clasificación de Resano-Malenchini, 46 pacientes (70%), G II; 9 (14%), G III y 3 (5%) G IV. Se observó una asociación significativa entre la edad y el grado radiológico: G I, edad 52 ± 21 años; G II, 54 ± 19 ; G III, 57 ± 17 ; G IV, 61 ± 18 años ($p < 0.0001$). La disfagia fue el síntoma predominante en todos los grados radiológicos (GI: 64%, GII: 78%, GIII: 78%, GIV: 67%). No se observaron asociaciones entre género y grado radiológico; ni entre síntoma de presentación y GR. Conclusiones: la prevalencia de acalasia es de 16.7% en esta población de pacientes con sospecha de trastornos motores del esófago. Se presenta con mayor frecuencia durante la sexta década de la vida, sin diferencias entre sexos. Solo el 10.7% presentó serología positiva para Chagas. El tipo de grado predominante fue el GII (70%), asociado a disfagia (76%) como síntoma principal. La única asociación que presentó significancia estadística fue la edad con el grado radiológico.

TC - ESÓFAGO

Código: 1676

PREDICTORES CLÍNICOS DE ASPIRACIÓN EN LA SISTEMATIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN DE VIDEO DEGLUCIÓN DINÁMICA EN ADULTOS

Eduardo Alach; Cristela Pereyra; Agustín Diego; Rocío Laurini; José Bálsamo; Mariano Di Tommaso; Melissa Hidalgo; Rocío Alach.

Hospital San Roque de Gonet - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 1.Esófago 1.2.Trastornos Motores

Introducción: En la realización del estudio de video-deglución dinámica (VDG) se tiene en cuenta especialmente el tipo de contraste utilizado (sulfato de bario o contrastes hidrosolubles), el volumen, y las condiciones clínicas particulares de cada paciente. En la mayoría de los casos, el método, es modificado según la experiencia del grupo de profesionales que lo realiza, teniendo en cuenta las posibilidades de aspiración del paciente en particular. Objetivo: presentar un método estandarizado en la realización del examen de VDG, basado en predictores clínicos de aspiración, que ha demostrado ser seguro y eficiente en el diagnóstico de los trastornos deglutorios de diferente etiología y severidad. Pacientes: se incluyeron todos los pacientes sometidos a VDG en un período de 11 años. Método, Resultados y Conclusiones: Desde Junio 2007 hasta Junio 2018, se realizaron 1486 exámenes de VDG, utilizando 8 predictores clínicos de aspiración, y que se resumen de la siguiente manera: 1. Voz húmeda o cambios en la calidad de la voz después de la deglución. 2. Tos con la deglución, especialmente de líquidos. Test del agua positivo. 3. DOF con sensación no sofocante de ahogos con alimentos líquidos, semilíquidos y/o sólidos. 4. DOF con neumopatía actual o antecedentes de neumonía reciente. 5. Presencia de ahogos y tos sofocante con la deglución de líquidos especialmente. 6. Paciente traqueostomizado que después de la deglución, expulsa alimentos y/o líquidos degluidos por el tubo y/o peritubo. 7. DOF con imposibilidad de manejar la saliva por

la presencia de tos y ahogos sofocantes repetitivos. 8 Sospecha clínica de fistula traqueo-esofágica. En base a estos parámetros se implementaron técnicas diferentes en la realización de la videodeglución, categorizando la disfagia como DISFAGIA LEVE: No presenta ninguno de los predictores clínicos de aspiración. DISFAGIA MODERADA: Presencia de cualquiera de los cuatro primeros predictores. DISFAGIA SEVERA: Presencia de alguno de los 4 últimos predictores de severidad. De acuerdo a la Categoría en la que entra cada paciente, el procedimiento de VDG es diferente. La DOF leve comienza con trago libre de líquidos, La DOF Moderada con Pudding y la DOF Severa con contraste Hidrosoluble. Los exámenes son grabados por capturadora de imágenes marca EMTV de 30 cuadros por segundo. Con la metodología antes descrita no se presentó ninguna complicación pulmonar inmediata, atribuible a aspiración de contraste en todos los pacientes estudiados con este método. En conclusión, podemos establecer que en 11 años de trabajo, la realización del examen de VDG, siguiendo estas normas protocolizadas, de acuerdo a predictores clínicos específicos de aspiración, ha demostrado su utilidad en lograr un procedimiento seguro, recomendando diferentes volúmenes y consistencias en la orientación inicial del estudio de la disfagia orofaríngea y sin haber asistido a ninguna complicación mayor por aspiración atribuible al procedimiento.

TC - ESÓFAGO

Código: 1397

PREVALENCIA DE TRASTORNOS ESPÁSTICOS DEL ESÓFAGO

Daniela Gonzalez; Vanina Forestier; Cecilia Curvale; Esteban Promenzio; Karen Stave Salgado; Marilyn Castilla Renis; Raul Matano; Rosa I. Ramos.

Hospital de Alta Complejidad El Cruce - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 1.Esófago 1.2.Trastornos Motores

Los trastornos espásticos del esófago corresponden a alteraciones motoras del esófago poco frecuentes, que presentan en común una condición de hipercontractilidad del cuerpo esofágico, y se caracterizan por una afección del músculo liso del esófago. Se identifican por una propagación anormal de la onda contráctil o por un aumento del vigor contráctil. Dicha entidad incluye, según la Clasificación de Chicago 3.0, Acalasia tipo III, Espasmo distal esofágico y Esófago de Jackhammer. Clínicamente se manifiestan por disfagia, dolor torácico no cardiogénico, regurgitación y/o pirosis. Las 3 entidades pueden superponerse clínicamente, y pueden definirse con la Manometría esofágica de Alta resolución (MAR), lo cual ayuda a una mejor toma de decisiones. Objetivos: Evaluar la prevalencia de los trastornos espásticos del esófago en nuestro grupo de pacientes. Métodos: Estudio transversal, retrospectivo. Se incluyeron 250 pacientes desde Diciembre de 2013 a Junio de 2019 que fueron derivados a nuestro servicio para realización de MAR. Resultados: En el grupo de pacientes evaluados el 72% fueron mujeres y la edad promedio fue de 51 (rango 15-81). Todos presentaban dolor torácico como síntoma principal. El 4.4 % tuvieron un trastorno espástico: 3 fueron Acalasia tipo III, 5 Esófago de Jackhammer y 3 Espasmo distal esofágico. Conclusiones: Los trastornos motores espásticos del esófago presentan una baja prevalencia, tal como se ha reflejado en nuestro grupo de pacientes; y la MAR es una herramienta útil para la diferenciación entre ellos.

TC - ESÓFAGO

Código: 1398

REPORTE DE DOS CASOS MIASTENIA GRAVIS Y ACALASIA? O PSEUDOACALASIA?

Daniela Gonzalez; Rosa Ramos; Esteban Promenzio; Marilyn Castilla Renis; Karen Stave; Ignacio Zubiaurre; Raul Matano.

Hospital de Alta Complejidad El Cruce. Hospital Británico Central - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 1.Esófago 1.2.Trastornos Motores

Miastenia Gravis (MG) es una enfermedad autoinmune que afecta a la placa motora del músculo estriado. Acalasia es una enfermedad idiopática, en la que se han descrito como mecanismos fisiopatológicos causas autoinmunes, inflamatorias y genéticas. Ambas enfermedades no coexisten según la bibliografía, pero si se han descrito casos de megaesófago o aperistalsis en pacientes con MG. Describimos el caso de dos pacientes con diagnóstico de MG quienes desarrollaron en el transcurso de su enfermedad hallazgos clínicos, radiológicos y manométricos compatibles con Acalasia: Una asociación rara, no descrita hasta el momento. Existen numerosas diversidades neurohormonales que también podrían suponer una pseudoacalasia secundaria a la MG. Primer caso clínico, paciente de sexo masculino de 83 años de edad, consulta por vómitos alimentarios postprandiales inmediatos, de 6 meses de evolución, asociado a sialorrea. Con antecedentes de MG diagnosticado hace 10 años, en tratamiento con piridostigmina 30 mg cada 6 hs. y Enfermedad de Parkinson. Tránsito esofágico: ondas terciarias en esófago medio, en esófago inferior afinamiento distal en pico de ave, sin dilatación esofágica y retardo en el

vaciamiento esofágico; videoendoscopia digestiva alta: disminución del calibre del esófago, con resalto en cardias. Manometría esofágica de alta resolución: sugerente de Acalasia. Tomografía axial computarizada de tórax, abdomen y pelvis, sin particularidades. Segundo caso clínico, paciente de sexo masculino de 79 años de edad, con antecedente de Miastenia Gravis diagnosticado hace 13 años, en tratamiento con piridostigmina 60 mg 6 comp./día y deltilsona 20 mg/día. Con antecedente de HTA e hipoacusia. Consulta por disfagia orofaríngea y esofágica, intermitente, de 13 años de evolución. El tránsito esofágico presenta signos de aspiración del contraste, leve dilatación de cuerpo esofágico y afinamiento distal. Se realiza Manometría Esofágica de Alta Resolución con hallazgos compatibles con Acalasia tipo I de la Clasificación de Chicago (v. 3.0). Conclusión: La asociación de MG con acalasia, hasta el momento, no ha sido reportada en ningún caso en humanos. Estos casos nos alertan para el estudio de la MG como posible gatillo de alteraciones manométricas en el cuerpo del esófago y en el EEI, de probable causa neurohormonal. Incluso contraindican la posibilidad de tratamiento con toxina botulínica.

TC - ESÓFAGO

Código: 1578

ATRESIA DE ESOFAGO: TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO EN SIETE AÑOS

Maximiliano Fernández Rivas; Cristina Soledad Lorenzo; Viviana Bernedo; Paula Borobia; María Florencia Recalde; Carmen Otegui Banno; Verónica Garrido; Gabriela Rios; Gonzalez Tresita.

HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS ESPECIALIZADO EN PEDIATRÍA SOR MARIA LUDOVICA - BUENOS AIRES - ARGENTINA

Área Temática: 1.Esofago 1.4.Miscelánea

Introducción La Atresia de esófago (AE) es la falta de continuidad del lumen del esófago combinada, en la mayoría de los casos con la existencia de una comunicación, a través de una fístula, con la tráquea. Es un defecto congénito incompatible con la vida, que con tratamiento quirúrgico eficaz y oportuno se logra su supervivencia. Su frecuencia es de 1/3500 recién nacidos vivos y afecta por igual a ambos sexos siendo la supervivencia del 90%. La forma más frecuente de presentación es la tipo III. Objetivos: exponer el seguimiento de los pacientes con atresia de esófago, y mostrar los datos obtenidos en estos últimos 7 años. Materiales: base de datos creado por el comité de atresia de esófago del HIAEP Sor María Ludovica. Métodos resultados y conclusiones: Se presenta estudio retrospectivo observacional de 77 pacientes con atresia de esófago, tratados y seguidos por el comité de atresia de esófago, conformado por servicio de gastroenterología, cirugía, nutrición, endoscopia respiratoria y otorrinolaringología, en el Hospital Sor María Ludovica de La Plata, en el período comprendido entre enero de 2012 hasta junio del 2019. El objetivo de nuestro estudio es revisar las características clínico quirúrgicas de los pacientes con este diagnóstico, en los últimos 7 años. Evaluamos los factores predictivos del pronóstico como la edad gestacional, peso al nacer, malformaciones asociadas y clasificación de spitz. Estudiamos el seguimiento postoperatorio con sus complicaciones inmediatas (esofágica y traqueal) y alejadas como la estenosis y re fístula. Dentro del seguimiento constatamos la presencia de las complicaciones digestivas con necesidad de dilatación. El 92.2% de los pacientes presentaron atresia tipo III. 49.35% fueron de sexo femenino y el 50.65% masculinos . La media en el seguimiento fue de 33.5 meses con un rango de 81 meses. La complicación más frecuente fue estenosis esofágica, se presentó en el 24.67 %. La malformación más frecuente asociada fue la cardiopatía congénita en un 49.35%. El 40.2% fue tipo dos (2) en la clasificación de spitz. MATERIAL Y MÉTODOS Se llevó a cabo revisión retrospectiva de las hc de los pacientes con atresia de esófago asistidos en el Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor María Ludovica de La Plata, en el período comprendido entre enero de 2012 y hasta junio del 2019. Un total de 77 pacientes. Se tomaron en cuenta para la realización de éste trabajo: género, peso al nacimiento, edad gestacional, malformaciones asociadas, tipo de atresia, clasificación pronóstica (Spitz), porcentaje de óbitos, tratamiento instaurado y las complicaciones inmediatas y tardías.

TC - ESÓFAGO

Código: 1571

ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN ADULTOS: INCIDENCIA DE UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE

Luciana Olivieri; María Julieta Argüero; Bruno Boietti; Fernando Gimenez; María Laura González; Mariano Marcolongo.

Hospital Italiano de Buenos Aires - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 1.Esofago 1.4.Miscelánea

La esofagitis eosinofílica (EE) es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por presentar disfagia intermitente, impactación alimentaria y/o dolor torácico, asociado a la infiltración por eosinófilos del epitelio esofágico exclusivamente. La incidencia varía de 2,1/100.000 habitantes/año en Holanda a 12,8/100.000 en EEUU. Los estudios epidemiológicos de EE en países subdesarrollados son escasos. Objetivos Determinar incidencia de EE en adultos. En forma secundaria, describir características demográficas, endoscópicas, manométricas y de tratamiento-seguimiento. Materiales y método Cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes \geq 18 años, estudiados en nuestra institución desde el 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2017, con biopsias de esófago con $>$ 15 eosinófilos/campo de gran aumento o con informe anatomopatológico con diagnóstico de EE. Para el análisis de la incidencia se consideró únicamente a los afiliados al plan de salud del Hospital Italiano de Buenos Aires. Se excluyeron a las gastroenteritis eosinofílicas y a los síndromes con hipereosinofilia. Resultados Se reclutaron 55 casos de EE (23 afiliados PS). La densidad de incidencia por 100.000 personas-año fue 1,48 (IC 95% 0,96 - 2,27). Sexo masculino 82%, mediana de edad 34 (RIC: 24,5-43). Síntomas más frecuentes: 78% disfagia, 23% impactación alimentaria con requerimiento de endoscopia y 13% dolor torácico. Sesenta por ciento tuvieron asociación con enfermedades atópicas: 40% rinitis, 33% asma y 4% dermatitis atópica. Hallazgos endoscópicos: 29% normal, 27% traquealización, 20% surcos longitudinales, 11% exudados, 7% estenosis, 2% edema. Treinta y dos por ciento tenían manometría esofágica: 50% normal, 25% EEI hipotensivo, 5% EED, 5% EES hipertensivo, 5% OTS, 5% aperistalsis y 5% MEI. Seis de 8 pacientes que realizaron monitoreo ambulatorio para reflujo tuvieron aumentado el tiempo total de exposición ácida. La media de impedancia basal nocturna fue 575 y 1114 ohms en esófago distal y proximal, respectivamente. El 90% recibió tratamiento, los IBP fueron el más frecuente, y en un porcentaje significativamente menor las asociaciones de IBP-corticoides tópicos-dieta. De ellos sólo el 1% no presentó respuesta clínica. En el 42% se realizó control endoscópico y el 56% no presentó remisión histológica. Veintiún sujetos presentaron recaída, el 50% intratratamiento y 50% posterior a la suspensión del mismo. Conclusiones En nuestra población se observó una menor incidencia a la reportada. Se trató de una población de adultos jóvenes predominantemente varones. Un tercio de los pacientes no presentaron alteraciones endoscópicas, lo que refuerza la importancia en la toma de biopsias. Los hallazgos manométricos fueron heterogéneos y la mayoría de los pacientes estudiados tuvieron reflujo gastroesofágico patológico. Si bien la mayoría de los pacientes presentaron mejoría clínica, más de la mitad de los controlados por endoscopia no presentaron remisión histológica.

TC - ESÓFAGO

Código: 1686

CANDIDIASIS ESOFÁGICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ACALASIA

Eduardo Alach; Marcela Contreras; Cristela Pereyra; Agustín Diego; Rocío Laurini; José Bálsamo; Mariano Di Tommaso; Rocío Alach; Melissa Hidalgo.

Hospital San Roque de Gonnet - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 1.Esofago 1.Esofago

Introducción: la acalasia es un trastorno motor caracterizado por falla de la relajación del esfínter esofágico inferior durante la deglución y aperistalsis del cuerpo esofágico. Clínicamente suele manifestarse con disfagia, dolor torácico, regurgitación y pérdida de peso como síntomas más frecuentes. La obstrucción funcional asociada a la estasis puede predisponer a la aparición de infección por Cándida, la cual suele empeorar las condiciones locales y por ende la sintomatología de la enfermedad motora. La esofagitis por Cándida puede evidenciarse a través de la videoendoscopia digestiva alta (VEDA) mediante el hallazgo característico de placas blanquecinas que cubren una superficie eritematosa y friable. En la literatura la asociación de acalasia con esofagitis por cándida es poco común, lo que nos motiva a la presentación de nuestra experiencia. Objetivo: mostrar la prevalencia de candidiasis esofágica en pacientes con diagnóstico de acalasia en un hospital interzonal de la provincia de Buenos Aires. Pacientes: se analizaron las historias clínicas de 121 pacientes portadores de acalasia esofágica idiopática y secundaria a enfermedad de Chagas Método, resultados y conclusiones: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo que incluyó 121 pacientes con un rango de edad de 27 a 88 años, en los cuales se realizó diagnóstico clínico, radiológico y manométrico de acalasia esofágica. A la totalidad de los pacientes se les realizó VEDA, observando en 57 de ellos (47%), signos endoscópicos típicos que condujeron al diagnóstico de candidiasis esofágica. No se hallaron diferencias significativas entre ambos sexos. Como conclusión destacamos la elevada prevalencia en nuestro medio de candidiasis esofágica en pacientes con acalasia, asociación que siempre debe tomarse en cuenta para optimizar el manejo y tratamiento de la enfermedad motora de base.

TC - ESÓFAGO

Código: 1491

ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Florencia Dulcich; Judith Doweck; Javier Bori; Ana Cabanne; Osvaldo Zerbo; Julio Argonz; Claudia Bestani; Rodolfo Corti.

Hospital Bonorino Udaondo - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 1.Esofago 1.Esofagoujo

La esofagitis eosinofílica (EEO) es una enfermedad inflamatoria crónica del esófago que puede inducir cambios estructurales como resultado de la infiltración eosinofílica crónica y persistente. Los síntomas dominantes son la disfagia y la impactación alimentaria, aunque se han descrito otros síntomas asociados. Su diagnóstico se basa en la endoscopia digestiva alta y en el hallazgo de 15 o más eosinófilos/Campo de alta resolución (cpo) en las biopsias tomadas del tercio inferior, medio y superior del esófago. Debido a la infrecuencia de esta entidad, existen pocos casos publicados en la literatura de nuestro país y la mayoría fueron documentados como casos clínicos o serie de casos. **Objetivos:** desarrollar un registro de pacientes atendidos en HBU, considerando su frecuencia, presentación clínica, terapéutica y su respuesta clínico-endoscópica. **Materiales y métodos:** Se incluyeron 17 pacientes adultos 88,2 % eran hombres, en el período comprendido entre diciembre de 2010 a Diciembre de 2018, con confirmación diagnóstica de EEO, en la Unidad de Esófago y Estómago del Hospital Udaondo. Se administró fluticasona aspirado y deglutido 250 mcg, 2 veces al día en la mayoría de los casos (11) Montelukast, budesonida o meprednisona oral (en los 6 restantes) más IBP por 12 semanas en todos los casos. Se evaluó el grado de disfagia (por Clasificación de Richter 0-3), hallazgos endoscópicos (por clasificación E. Dellon ACG 2013) y cantidad de eosinófilos/CAR. **Resultados:** De los 17 pacientes, 11 fueron tratados con spray de fluticasona aspirado y deglutido 250 mcg dos veces al día, 1 con meprednisona vo, 2 con budesonide en solución visco. Luego del tratamiento, los síntomas mejoraron en un 100%, el infiltrado eosinofilo disminuyó en 82% de los pacientes y 2 pacientes requirieron dilataciones. En el 35% persiste la lesión endoscópica luego del tratamiento. **Conclusiones:** A pesar de los trabajos publicados donde se evidencia una relación hombres a mujeres de 3:1, en nuestra evaluación se observa un 88,2% de pacientes masculinos. Se evidenció un importante antecedente atópico en el 70% de los pacientes. Luego del tratamiento, los síntomas mejoran en un 100% vs 63 % observada en la literatura y el infiltrado de eosinófilos disminuye en un 82% de los pacientes en contraste con el 68% de lo publicado. En el 35% (6/17) de los pacientes persiste la lesión endoscópica luego del tratamiento, a pesar de la mejoría sintomática lo que sugiere que la alteración anatómica secundaria al proceso inflamatorio no respondería en todos los casos a pesar de un tratamiento adecuado. Dicha observación podría ser la responsable de acarrear trastornos estructurales del órgano a largo plazo.

TC - ESÓFAGO

Código: 1638

PRESENTACIÓN DE UNA CLASIFICACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA DE LA DISFUNCIÓN CRICOFARÍNGEA PRIMARIA, UTILIZADA EN EL ÁREA DE MOTILIDAD DIGESTIVA DE UN HOSPITAL INTERZONAL

Eduardo Alach; Cristela Pereyra; Marcela Contreras; Silvia Gallego; Rocio Laurini.

San Roque de Gonnat - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 1.Esofago 1.Esofago

Introducción: La disfunción cricofaríngea primaria (DCP) es una patología orgánica que afecta la unión faringoesofágica, caracterizada por la presencia de miopatía restrictiva del músculo cricofaríngeo, de etiología desconocida hasta la fecha, que disminuye su compliance durante la apertura y genera disfagia orofaríngea de gravedad clínica variable. La videodeglución dinámica es el método gold-standard para el diagnóstico y no se describe en la literatura consultada, una clasificación que permita establecer diferentes estadios de la enfermedad. **Objetivo:** Mostrar la estadiificación utilizada en la DCP, en el área de motilidad del Servicio de Gastroenterología del Hospital Interzonal, basada en síntomas clínicos y principalmente en la imagen de la videodeglución, que permite conocer con más exactitud el tipo de disfunción que presenta el paciente, identificando cuatro grupos de severidad creciente y presentar el subgrupo más frecuente encontrado en nuestro trabajo. **Pacientes:** Se describen pacientes portadores de DCP, diagnosticados por examen de videodeglución, que no presentan enfermedad neuromuscular y/o reumatológica que pudiera generar alteraciones de la relajación y apertura del músculo cricofaríngeo (disfunción cricofaríngea secundaria). **Método, Resultado y Conclusiones.** se presenta un estudio retrospectivo, observacional, en el período de Diciembre 2007 hasta Marzo 2018, durante el cual se diagnosticaron sobre un total de 1720 estudios de deglución, 98 pacientes portadores de DCP (5,7%). Se estableció una clasificación clínico-radiológica simple que permitió diferenciar 4 grados de severidad de la enfermedad. El grado 0 corresponde a una imagen de barra cricofaríngea, que aparece como hallazgo incidental durante la radioscopia en la realización de un procedimiento diagnóstico, (habitualmente seriada esófago-gastro-duodenal) en un paciente sin disfagia. El grado 1 de DCP corresponde a la presencia de una imagen en barra, sin residuo post deglutorio ni dilatación de la faringe y que se expresa clínicamente como una típica disfagia orofaríngea. El grado 2, además de la típica barra cricofaríngea, presenta residuo postdeglutorio en senos piriformes y valéculas, sin dilatación visible de la faringe. El grado 3 muestra una disfunción mayor, con dilatación de la faringe, residuo sólido post deglutorio.

TC - ESÓFAGO

Código: 1653

COMPARACIÓN DE LAS ESCALAS DE BLATCHFORD Y ROCKALL EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL CORDOBA, DURANTE EL PERIODO AÑO 2018

Nadia Carla Yanina Silva; Fabián Zárate.

Hospital Córdoba - Córdoba - Argentina

Área Temática: 10.Investigación Básica

Objetivo: Comparar los scores generados por las escalas de Blatchford y Rockall en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Córdoba, durante el período año 2018. **Material y Métodos:** pacientes mayores de 16 años que presentaron hemorragia digestiva alta entre enero 2018 y diciembre 2018 en el Hospital Córdoba. Los datos se analizaron mediante el área bajo la curva de ROC (Receiver Operating Characteristic). **Resultados:** En total fueron 60 casos de hemorragia digestiva alta, de los cuales fueron 47 hombres (78%), la edad promedio fue 48,9 ± 14,04 años, la causa más frecuente de sangrado fue las varices esofágicas/gástricas: 21 (38%) casos. Se realizó el análisis estadístico, al evaluar mortalidad se encontró que el score de Glasgow Blatchford fue de: 0,76 (IC: 0,56-0,96) y el score de Rockall fue de 0,56 (IC: 0,27-0,85) (p=0,0387). Para resangrado, el score de Glasgow Blatchford fue de 0,67 (IC: 0,50-0,84) y el score de Rockall fue también de 0,67 (IC: 0,50-0,84) (p=0,9906); mientras que para transfusión de glóbulos rojos el índice de Glasgow Blatchford fue de 0,84 (IC: 0,73-0,95) y para el score de Rockall fue de 0,61 (IC: 0,45-0,76) (p=0,0105). **Conclusiones:** el score de Glasgow-Blatchford es un buen predictor de mortalidad y útil para predecir la necesidad de transfusión de paquetes globulares. Mientras que el score de Rockall es un buen predictor en el riesgo de resangrado.

TC - ESÓFAGO

Código: 1677

EFFECTO DEL PRUCALOPRIDE ANTE LA AGRESIÓN DE LA MUCOSA GÁSTRICA POR ETANOL EN RATAS

Oscar A Bedini; Patricia San Miguel; Ariel Naves.

F.C.M - UNR - Santa Fe - Argentina

Área Temática: 10.Investigación Básica

El prucalopride es una droga agonista de los receptores serotoninérgicos, utilizada en la clínica para el tratamiento de la constipación. **Objetivo:** estudiar el efecto del prucalopride en la mucosa gástrica ante la agresión del etanol. **Material y método:** grupos randomizados de ratas wistar (n=7) 250 gr, en ayunas de 24 hrs, agua ad libitum, fueron sometidas a los siguientes experimentos : a) etanol absoluto 1ml intragástrico (IG) 30 min, b) prucalopride 2 mgr/kg (I.G) 60 min, c) prucalopride 2 mgr/kg IG, a los 60 min etanol IG. durante 30 min. Luego las ratas fueron sacrificadas, previa anestesia con éter. Se extirpó el estómago, se realizó su apertura por curvatura mayor, se tabuló el porcentaje (%) de área necrótica de la mucosa gástrica por planimetría y se obtuvieron cortes para histopatología. Se realizó tinción con H.E. Para la evaluación estadística se utilizó la "t" de student. **Resultados:** a) etanol absoluto IG 30 min : 35.5 ± 5.5 b) prucalopride 2 mgr/kg (I.G) 60 min : 0.5 ± 0.2 c) prucalopride 2 mgr/kg IG, a los 60 min etanol IG. durante 30 min : 7.5 ± 2.5. **Anatomía patológica:** c) Se observaron aisladas áreas de desprendimiento del epitelio superficial con mantenimiento de la estructura glandular. **Conclusión:** Prucalopride se comportó como una droga protectora de la mucosa gástrica ante la agresión del etanol, sugiriendo la participación de los receptores serotoninérgicos en el mecanismo de protección de la mucosa gástrica en ratas.

TC - NEUROGASTROENTEROLOGÍA

Código: 1366

"UTILIDAD DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL SÍNDROME DE INTestino IRRITABLE"

Tatiana Noemi Uehara; Tevez Adriana; Piskorz María Marta; Sordá Juan Antonio; Olmos Jorge.

Hospital de Clínicas "José de San Martín" - CABA - Argentina

Área Temática: 11.Neurogastroenterología

Introducción y objetivo El síndrome de intestino irritable (SII) es uno de los trastornos intestinales funcionales más frecuentemente evaluado en la consulta médica. El adecuado diagnóstico y manejo es crítico dado que genera un deterioro de la calidad de vida así como un impacto económico negativo en el sistema de salud. Dado que los estudios comparativos de criterios diagnósticos en América Latina son escasos y teniendo en cuenta la presencia de los nuevos criterios de Roma IV para el diagnóstico de SII, el objetivo de este estudio es comparar la proporción de pacientes con SII por los criterios de Roma IV con el resto de criterios (Manning y Roma I, II y III) así como también medir el acuerdo diagnóstico entre los diferentes

critérios y describir la distribución de los subtipos de SII utilizando el criterio el Roma actual. Materiales y métodos: Mediante este estudio descriptivo de corte transversal, se reclutaron pacientes mayores a 18 años que consultaron al Servicio de Gastroenterología, Sección Neurogastroenterología del Hospital de Clínicas "José de San Martín" por disturbios abdominales, a los que se les descartó patología orgánica. Los mismos completaron un cuestionario basado en síntomas y se comparó la proporción de pacientes con SII por los criterios de Roma IV con el resto de criterios (Manning y Roma I, II y III). Se calculó el acuerdo diagnóstico entre los diferentes criterios diagnósticos con el coeficiente Kappa de Cohen. Interpretando los valores de kappa > 0.8 como muy buen acuerdo, entre 0.61 y 0.8 como bueno, 0.41 a 0.60 moderado, entre 0.21 y 0.40 pobre y menor a 0.21 muy pobre y se describió la distribución de los subtipos de SII utilizando el criterio el Roma actual. Resultados: Fueron reclutados 178 los pacientes, 57.8% presentaban diagnóstico de SII utilizando los criterios de Roma IV. De éstos, 98% a su vez cumplían con los criterios de Roma III, 76.7% con los de Roma II, 93% con los de Roma I y 99% con los de Manning. Con el test kappa de Cohen calculamos el acuerdo diagnóstico entre los criterios de Roma IV y el resto de los criterios. Se demostró un acuerdo diagnóstico muy bueno con Roma III (kappa=0.87) bueno con Roma I (kappa= 0.76) siendo menor con el criterio de Roma II (kappa= 0.73) y Manning (kappa= 0.66). Los subtipos más frecuentes fueron SII-Mixto (41%), SII-Diarrea (35%) y los menos frecuentes SII-Constipación (17%) y SII-Inclasificable (6.8 %) Conclusiones: Se estableció un buen acuerdo diagnóstico con los criterios de Roma IV y los criterios previos, a excepción de los criterios de Roma II y Manning en los que el acuerdo fue menor. Los subtipos más frecuentes fueron el subtipo mixto y diarrea y los menos frecuentes el subtipo constipación e inclasificable.

TC - NEUROGASTROENTEROLOGÍA

Código: 1484

MAYOR SEVERIDAD SINTOMÁTICA EN PACIENTES FUNCIONALES QUE PRESENTAN INTOLERANCIA A ALIMENTOS FERMENTABLES

Luis Soifer; Ángela González; Guillermo Dima; Daniel Peralta.

CEMIC - CABA - Argentina

Área Temática: 11.Neurogastroenterología

Introducción: Los pacientes con síndromes funcionales digestivos como el síndrome de intestino irritable, dolor abdominal, distensión abdominal, entre otros, frecuentemente refieren intolerancia a determinados alimentos como los denominados FODMAP (fermentable, oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles). No obstante, algunos pacientes no logran establecer un vínculo entre los alimentos ingeridos y sus molestias digestivas. Objetivo: Comparar la severidad sintomática de pacientes funcionales con y sin intolerancia a alimentos fermentables. Pacientes y métodos: 150 pacientes ambulatorios que consultaron por presentar uno o más de los siguientes síntomas: dolor abdominal, distensión abdominal subjetiva u objetiva y dolor abdominal acompañado de alteraciones evacuatorias, completaron un cuestionario donde debían indicar tres tipos de alimentos que ellos consideraban como los que más provocan o agravan sus síntomas digestivos. Además completaron un cuestionario validado sobre su actual severidad sintomática (IBS-SSS – escala de 0 a 500). Fueron criterios de exclusión: Enfermedad inflamatoria o malabsorbtiva digestiva, neoplasia, insuficiencia hepato-renal y enfermedad biliar-pancreática. Mediante F-test se analizó la significancia de las diferencias entre las varianzas de las dos muestras y mediante test de T con dos colas se estableció la significancia estadística. Se consideró diferencia significativa a una P menor de 0,05. Resultados: De los 150 pacientes, 105 (70%) fueron mujeres, edad promedio de 53 ±16 años. 36 (24%) no refirieron intolerancia a ningún alimento y 114 (76%) refirieron intolerancia a por lo menos un alimento fermentable. La severidad sintomática en los sujetos sin intolerancia fue de 246,11 (IC 95% ±27.8) y en los sujetos con intolerancia fue de 289,5 (IC 95% ±17.14, p=0,012). Conclusiones: Es muy frecuente la intolerancia a alimentos fermentables en los pacientes con trastornos funcionales. Además, los pacientes con intolerancia a FODMAP reportan una mayor severidad sintomática en comparación con los que no perciben molestias vinculables a estos alimentos.

TC - NEUROGASTROENTEROLOGÍA

Código: 1623

RESPUESTA TERAPÉUTICA DEL SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO INTestinal EN EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE. ¿ES ÚTIL TESTEAR A LOS PACIENTES?

Juan Pablo Stefanolo; Adriana Tévvez; Mercedes Manresa; Tatiana Uehara; María Marta Piskorz; Juan Srodz; Jorge Olmos.

Hospital de Clínicas José de San Martín - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 11.Neurogastroenterología

Antecedentes: El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno multifactorial con alteraciones del eje cerebro intestinal, acompañado de comorbilidades psiquiátricas. El sobrecrecimiento bacteriano intestinal (SIBO) está presente en algunos pacientes con SII pudiendo ser causa o consecuencia. Existe evidencia de que cambios terapéuticos en la flora bacteriana (antibióticos-probióticos) brindan alivio sintomático. En

la práctica habitual, no está claro si se debe buscar SIBO en los pacientes con SII o tratar empíricamente. Objetivos: Evaluar si existe mejor respuesta (severidad de SII; ansiedad-depresión y somatización) a la administración de rifaximina en pacientes con SII (subtipo diarrea y patrón mixto [SII-D y SII-M]) con SIBO positivo versus SIBO negativo. Métodos: Se realizó un estudio prospectivo comparativo-experimental. Se incluyeron pacientes adultos con criterio de ROMA IV para SII, excluyéndose causa orgánica. El SIBO se realizó utilizando un cromatógrafo de gases (Gastrolyzer [Bedfont]) con glucosa y los pacientes fueron tratados con rifaximina 550 mg, 3 veces/día, durante 14 días, independientemente del resultado. Para respuesta sintomática, se compararon los valores medianos / medios de diferentes escalas específicas (clínica: escala de gravedad del SII, ansiedad-depresión: puntuación HAD y somatización: PHQ 15) al primer y tercer mes post tratamiento. Resultados: de 100 pacientes con IBS-D e IBS-M (mujeres = 84), se encontró SIBO en 14 (14% [11% IBS-D y 3% IBS-M]). Hubo una reducción de 144 puntos (IQR 33-230) en pacientes con SIBO negativo (SIBO-N) y una reducción de 182 (IQR 76-290) en pacientes con SIBO positivo (SIBO-P) al mes del tratamiento (p = NS); y 119.5 (IQR -2-210) y 139 (IQR 76-290) puntos de reducción en SIBO-N y SIBO-P, al tercer mes en la severidad del SII, respectivamente (p = NS). Hubo una reducción media de 1 (95% CI 0-3) y 3.5 (95% CI 2-6) en la puntuación HAD, para ansiedad, (p = 0,006) y 0 (95% CI -1-3) y 4,5 (95% CI 2-8) de reducción (p = 0,0004) para SIBO-N y SIBO-P a uno y tres meses después del tratamiento respectivamente. La depresión sólo se redujo significativamente (p = 0,04) al tercer mes de tratamiento en SIBO-P (media: 2, IC 95%: 0-4). El grupo SIBO-P tuvo mejor respuesta en escala PHQ 15, al mes (7,5 [IC del 95%: 1-11] frente a 1 [0-5] p = 0,01) y al tercer mes del tratamiento (4,5 [IC del 95%: 2-10] frente a 2 [-1-5] p = 0,0015). Conclusión: El grupo SIBO-P tuvo mejor respuesta clínica en SII, aunque no estadísticamente significativa. Los pacientes SIBO-P tuvieron mejoría significativa en scores de ansiedad y somatización al mes del tratamiento y fue mayor al tercer mes para la ansiedad. El grupo SIBO-P también tuvo mejoría de la depresión al tercer mes en comparación con SIBO-N. Testear para SIBO en SII no predeciría mejoría clínica, pero sí en ansiedad, depresión y somatización (eje cerebro-intestino).

TC - NEUROGASTROENTEROLOGÍA

Código: 1630

UTILIDAD CLÍNICA DEL TEST DE SÓLIDOS EN LA MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN. ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL EN CONTROLES SANOS Y PACIENTES

Julieta Arguero; Karla García Zemeño; Jesica Cepeda Parga; Arturo Martinez; Mariano Marcolongo; José María Remes Troche.

Sección Neurogastroenterología. Servicio Gastroenterología. Hospital Italiano de Buenos Aires - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 11.Neurogastroenterología

Introducción. Desde el advenimiento de la manometría de alta resolución (MAR), los trastornos motores esofágicos se establecen de acuerdo a la Clasificación de Chicago (CCv3.0) basada en la administración de 10 degluciones líquidas (5 ml de agua, TL). Dicho protocolo no suele representar el escenario real en el que los pacientes presentan los síntomas. Fox M. et al describieron una Clasificación de Chicago adaptada para sólidos (TS), que consiste en la administración de 200 g de arroz. En ella se proponen nuevos parámetros como: IRP mayor>25 mmHg para establecer anomalías en la relajación de la UGE o un DCI<1000 mmHg.cm.sec para el diagnóstico de motilidad esofágica inefectiva (MEI). Objetivos. Evaluar la utilidad clínica del TS, comparado con el protocolo de CCv3.0 y establecer valores normales en controles sanos (CS) y en pacientes, de una población hispánica con desórdenes esofágicos. Métodos. Se reclutaron en forma prospectiva 25 CS (60% hombres, media edad 25±5 años) y 118 pacientes (39% hombres, media edad 52,4±5 años) en unidades de motilidad de 2 centros de derivación (Argentina y México). Se les realizó una MAR de acuerdo al protocolo convencional seguido del protocolo con 200 g de arroz. Los principales parámetros evaluados en el TS fueron: n de degluciones, tiempo (min) de consumo, cantidad (g) total de arroz consumido, g/arroz por minuto, g/arroz por deglución, n degluciones efectivas, contracciones efectivas por minuto, porcentaje de tragos efectivos. Los diagnósticos considerados fueron los contemplados en la CCv3.0. Se compararon los diagnósticos con ambas clasificaciones y se estableció el acuerdo a través del índice kappa.Resultados. El 90% de los CS completaron el TS. Los valores normales se muestran en la tabla. Los diagnósticos según CCv3.0 fueron: 43% (n=51) normal, 41% (n=48) MEI, 8% (n=9) Acalasia, 3% (n=4) obstrucción al flujo de salida de la unión gastroesofágica (OTS), 2% (n=2) espasmo esofágico distal y 1% (n=1) esófago hipercontráctil. El tiempo de consumo de arroz fue significativamente menor en pacientes con Aperistalsis<MEI <OTS<Acalasia<Desórdenes Espásticos<CS (p <0,05).El TS diagnosticó más trastornos mayores de la motilidad que el TL (20% vs. 15%, p=0,45) y cambió el diagnóstico manométrico en el 42% de los casos. Un 9% de los trastornos menores se reclasificaron como trastornos mayores y un 5% de los trastornos mayores se reclasificaron como menores. El 50% de los MEI con el TL tuvieron peristalsis normal con el TS. A su vez el TS diagnosticó 5 veces más la presencia de un esófago hipercontráctil, en comparación el TL. El acuerdo para el diagnóstico entre ambos test fue aceptable (κ=0,362, p<0,0001). Conclusión. El TS cambió el diagnóstico manométrico en cerca de la mitad de los pacientes. Fue útil para reclasificar como motilidad esofágica conservada a más de la mitad de los pacientes con MEI. Los resultados de nuestro estudio apoyan el uso del TS para el diagnóstico de trastornos motores esofágicos.

TC - ESTÓMAGO

Código: 1420

EFFECTO DE LA ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI EN LA HISTOPATOLOGÍA GÁSTRICA, LA GRELINA SÉRICA Y EL ESTADO NUTRICIONAL ANTRÓPOMÉTRICO

Paula 1 Mantero; Candela 2 Giacomantone; Rodolfo 2 Corti; Ana 3 Cabanne; Liliana 4 Marchesi Ollid; Marcela 1,5 Zubillaga; Mariana 1,4,5 Janjetic; Cinthia 1,5 Goldman.

1 Universidad de Buenos Aires, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Cátedra de Física; 2 Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo", Sección Esófago-Estomago y 3 Unidad Patología; 4 Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Escuela - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.2.Helicobacter pylori

Introducción: La grelina es una hormona orexígena producida principalmente en la mucosa gástrica. La infección por *Helicobacter pylori* está relacionada con el desarrollo de patología gástrica y se ha asociado a una menor concentración sérica de grelina. **Objetivos:** Evaluar el efecto de la erradicación de *H. pylori* en la histopatología gástrica, la grelina sérica y el estado nutricional. **Métodos:** Adultos dispepticos con indicación de videoendoscopia digestiva alta. Se obtuvieron biopsias de antro y cuerpo para la evaluación histopatológica, diagnóstico y genotipo de *H. pylori* y una muestra de sangre para cuantificación de grelina sérica. Se determinaron peso y talla y se realizó recordatorio de 24h y encuesta de sensación de apetito. Los pacientes infectados recibieron tratamiento erradicador [levofloxacina 500mg (1/d,10d), amoxicilina 1g (2/d,10d) y pantoprazol 40mg (2/d,30d)] y regresaron luego de 12 semanas para el control de las variables determinadas al inicio. Se utilizaron los tests de Mann Whitney, Wilcoxon, Kruskal-Wallis y correlación de Spearman. **Resultados:** Se incluyeron en el screening inicial 117 pacientes, con una prevalencia de *H. pylori* de 68,4%; 47 pacientes infectados regresaron al control, siendo la tasa de erradicación 59,6%. El grupo que no erradicó la infección fue utilizado como control. El análisis pareado antes-después demostró un aumento significativo de peso en erradicados ($P=0,02$) y en no erradicados ($P=0,03$), sin haber diferido entre grupos ($P=0,71$). No se observaron diferencias significativas en la ingesta y la sensación de apetito antes y después del tratamiento en ninguno de los dos grupos. La concentración de grelina disminuyó significativamente de 345,0pg/mL (RIQ;273,0-517,7) a 298,5pg/mL (RIQ;251,0-383,5) luego del tratamiento en el grupo que erradicó la infección ($P=0,0007$), pero no se modificó en el grupo no erradicado ($P=0,11$). Dicha disminución fue también significativa en los pacientes portadores del genotipo cagA+ ($P=0,0032$). La variación porcentual respecto del basal de la grelina y del peso se correlacionaron inversamente en el grupo erradicado ($r=-0,41$; $P=0,04$), no habiéndose observado correlación en pacientes sin erradicación ($r=-0,18$; $P=0,47$). La severidad de la patología gástrica disminuyó significativamente post-erradicación en antro ($P<0,0001$) y cuerpo ($P<0,0001$), mientras que en el grupo que no erradicó la infección no se modificó significativamente ($P=0,10$ y $P=0,53$, respectivamente). **Conclusiones:** Nuestro estudio reveló una disminución en la concentración de grelina sérica y la severidad de la patología gástrica luego de la erradicación de *H. pylori*, con una mayor variación hormonal en los pacientes portadores del genotipo más virulento cagA positivo. Aunque la ingesta alimentaria y la sensación de apetito de los pacientes no se modificaron luego de la terapia antibiótica, se observó un aumento en el peso corporal posterior al tratamiento, independientemente de su efectividad.

TC - ESTÓMAGO

Código: 1448

EN PACIENTES HIV POSITIVOS, ¿ES EL RECUENTO DE CD4 UN PREDICTOR ÚTIL DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI?

Santiago Arcentales; Flavia Doucedé; María Belén Di Donato; María Victoria Maurete; Sergio Etchepare; Lorenzo Padin; Carlos Brodersen.

Hospital Durand - CABA - Argentina

2.2. *Helicobacter pylori*

INTRODUCCIÓN: actualmente la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) ya no es una enfermedad terminal sino crónica gracias a los cocteles de drogas antirretrovirales (TARV). Sin embargo, estas no están exentas de efectos adversos, también a nivel gastrointestinal. Por otro lado, la bacteria *Helicobacter Pylori* (HP), factor nocivo bien conocido a nivel de la mucosa gástrica, requiere de la integridad del sistema inmune para poder colonizar y perpetrar la infección. **OBJETIVOS:** determinar si la prevalencia de *Helicobacter Pylori* en los pacientes portadores de HIV está en relación con el nivel de inmunosupresión. **MATERIALES Y MÉTODOS:** se trata de un estudio prospectivo observacional, de cohortes. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, ambulatorios, con diagnóstico de HIV, con o sin tratamiento antirretroviral, que presenten síntomas gastrointestinales altos,

que hayan realizado tratamiento empírico con inhibidores de la bomba de protones al menos durante un mes sin remisión de la sintomatología y que no hayan realizado tratamiento previo para HP. En caso de presentar signos o síntomas de alarma se realizó estudio endoscópico en primera instancia. **RESULTADOS:** 25 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión. El subgrupo con CD4>200 presentó una prevalencia de HP estadísticamente más alta que el subgrupo CD4<200 ($p=0,012$). Con respecto a la carga viral, no se observó diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de HP entre los subgrupos de carga viral detectable vs no detectable ($p=0,675$). 17 pacientes presentaron comorbilidades (68 %). La patología más frecuentemente asociada fue la hepatitis C (28%). La indicación más frecuente de VEDA fue epigastralgia (44 %), mientras que la segunda en frecuencia fue el reflujo gastroesofágico. La mayoría de los estudios endoscópicos fueron normales (24%). En las que hubo hallazgos, los más prevalentes fueron: el reflujo duodenogástrico, vórices esofágicas y gastropatía congestiva a predominio corporoantral. **CONCLUSIÓN:** se considera entonces que existe una relación directamente proporcional y estadísticamente significativa entre el recuento de CD4 del individuo y la presencia de HP. Se deduce entonces que es de utilidad solicitar a los pacientes HIV+ en TARV estudios para búsqueda de HP, especialmente en aquellos con mejores recuentos de linfocitos a fin de erradicar a la bacteria si está presente y restar un factor gastrolesivo a futuro. **OBSERVACIÓN:** la identificación y tratamiento de HP previo al inicio de TARV reduciría la prevalencia de efectos adversos gastrointestinales, aunque no sería de utilidad buscarlo en aquellos pacientes con CD4 menores a 200 ya que es menos probable que estén colonizados.

TC - ESTÓMAGO

Código: 1495

HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES ADULTOS DE LA REGIÓN CENTRO-NORTE DE SANTA FE: ANÁLISIS DE DIVERSIDAD GENÉTICA, FACTORES DE VIRULENCIA Y MARCADORES DE RESISTENCIA A CLARITROMICINA

Pamela Bucci; María Rosa Baroni; Rita Giani; Antonela Giusti; Hilaria Grieve; Gabriela Degiovanni; Yanina Barbaglia; Carlos Dumois; Rafael Belletti; Fabian Tedeschi; Fabian Zalazar.

1Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral; 2Registro Provincial de Datos Genéticos, Servicio de Genética Forense, Poder Judicial de Entre Ríos;3Servicio de Gastroenterología, Hospital "Dr. J.M. Cullen", 4Facultad de M - Santa Fe - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.2.Helicobacter pylori

Introducción: *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) causa enfermedad gástrica con diversas manifestaciones clínicas, incluyendo el carcinoma gástrico. Su patogenicidad depende de la presencia de distintos factores de virulencia (productos de genes cagA, vacA, baba2, entre otros). Los tratamientos más utilizados comprenden antibióticos (amoxicilina, claritromicina, metronidazol o levofloxacina) junto con un inhibidor de la bomba de protones; su eficacia ha disminuido notablemente en los últimos años, principalmente debido al incremento de resistencia a claritromicina. Se ha sugerido que estudios epidemiológicos moleculares podrían aportar datos para entender aún más este aumento en la frecuencia de cepas resistentes. **Objetivo:** Analizar la diversidad genética de *H. pylori* detectados en pacientes adultos de nuestra región, en relación a la presencia de factores de virulencia y de las mutaciones puntuales más frecuentes asociadas con resistencia a claritromicina. **Material y Métodos.** Se trabajó con ADN aislado de biopsias de mucosa gástrica de pacientes adultos *H.pylori* (+) ($n=38$)(test rápido de ureasa +/-Histología +). **Análisis molecular:** la presencia de *H. pylori* se confirmó por una PCR de punto final para el gen hsp60. La portación de los factores de virulencia cagA, vacA y baba2 se investigó por una multiplex PCR. Las mutaciones A2142G y A2143G en el gen ARNr 23S de *H.pylori* se analizaron por PCR-RFLP y ASP-PCR. Un fingerprint bacteriano se generó por ERIC-PCR. En todos los casos, los productos se visualizaron por electroforesis en gel de agarosa. El análisis de la presencia o ausencia de los diferentes fragmentos de amplificación de la ERIC-PCR y el cálculo del coeficiente de similitud de Jaccard permitió generar un dendrograma por el método de agrupación por pares no ponderado utilizando promedios. **Resultados:** Los ensayos de ERICPCR revelaron 3 perfiles relacionados en las muestras de *H. pylori* estudiadas hasta el momento, con uno predominante (correspondiente al 84% del total). Estos perfiles agruparon simultáneamente tanto a cepas resistentes como a cepas sensibles. Entre las cepas resistentes no hubo agrupamiento en función del tipo de mutación encontrada ni en relación a los factores de virulencia presentes. **Conclusiones:** Estos datos, los primeros a nivel molecular sobre la diversidad de las cepas *H. pylori* presentes en nuestra región en relación a la presencia de mutaciones que confieren resistencia a claritromicina, contribuirían a entender la manera en que esta resistencia se ha incrementado, indicando que no hay -al menos regionalmente- una diseminación clonal de cepas resistentes a este antibiótico.

TC - ESTÓMAGO

Código: 1379

PREVALENCIA DE HELICOBACTER PYLORI EN LAS BIOPSIAS GÁSTRICAS DE PACIENTES CON LESIONES GASTRODUODENALES ATENDIDOS EN UN SANATORIO PRIVADO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Miriam Kohan; Paula Riu; María Paz Gimenez Villamil; Guido Orbe; Cecilia Soccini; Carlota Cenoz; Marta Panunto; César Gimenez Villamil.

INSTITUTO ARGENTINO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO - CABA - ARGENTINA

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.2.Helicobacter pylori

Introducción. El *Helicobacter pylori* (HP) es uno de los patógenos más prevalentes. Afecta alrededor del 50% de la población mundial. La tasa de infección es más alta en los países en desarrollo y varía inversamente con el nivel socioeconómico. Objetivos: a) Determinar la prevalencia de HP en las biopsias gástricas de pacientes de nivel socioeconómico medio-alto, con lesiones gastroduodenales. b) Determinar la relación entre la infección por HP y las distintas lesiones histológicas. c) Correlacionar los síntomas con el hallazgo de gastritis crónica (GC) por HP. Métodos: Trabajo prospectivo, observacional, descriptivo y transversal. Análisis de biopsias gástricas de pacientes con lesiones endoscópicas: gastro o duodenopatía erosivas, UD o UG. Datos recabados: edad, sexo, síntomas, toma de IBP y ATB, trat. previo de erradicación de HP. En la VEDA se tomaron 2 muestras de antro para histología y detección de HP. Diagnósticos histológicos: mucosa congestiva, gastropatías reactiva y erosiva, gastritis crónica activa e inactiva (GCA y GCI) con o sin atrofia glandular (atr) y metaplasia intestinal (MI). Análisis estadístico: media y rango para variables medidas en escala intervalar. Para el contraste de hipótesis: pruebas chi cuadrado y exacta de Fisher, con un nivel de significación $< 0,05$. Paquete estadístico SPSS versión 18 (IBM). Resultados: Se incluyeron 453 pacientes estudiados con VEDA en abril y mayo/18. Se descartaron 93 (trat. previo de erradicación de HP). Se analizaron 360: 164 varones y 196 mujeres, edad media 53,55 años (rango 15 - 88). Hallazgos endoscópicos: gastropatía erosiva antral 319; pangastropatía erosiva 20; gastroduodenopatía erosiva 19; UG 4 y UD 2. Hallazgos histológicos: mucosa congestiva 120, gastropatía reactiva 39, erosiva 64, GC 137: 41 GCA, 4 GCA atr + MI, 83 GCI y 9 GCI atr + MI. Se halló HP en 75 de las 360 biopsias (20,83%): 34 mujeres (17,3%) y 41 varones (24,9%) ($p = 0,116$). Se detectó HP en los 41 casos con GCA (100%), en los 4 con GCA atr (100%), en 30 de los 83 con GCI (36%) y en ninguno de los 9 con GCI atr. Al comparar las prevalencias en GCA y GCI la diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Seis de los pacientes con GCA y 1 de los 4 con GCA atr recibían IBP. Todos fueron HP(+). En cambio, el HP fue (+) en sólo 13 de los 39 casos con GCI que recibían IBP y en ninguno de 8 de los 9 con GCI atr en tratamiento. En los casos de GC, no hallamos correlación entre los síntomas y la presencia o no de HP: epigastralgia ($p = 0,987$), náuseas ($p = 0,671$), vómitos ($p = 0,084$), acidez ($p = 0,673$) y distensión ($p = 0,691$). Conclusiones: La prevalencia de HP resultó relativamente baja (20,83%) y eso concuerda con el nivel socioeconómico de la muestra estudiada. Todos los casos con GCA fueron HP+, aún aquellos con atrofia y MI. La decisión de tomar biopsias debería basarse en los hallazgos endoscópicos y no en los datos clínicos.

TC - ESTÓMAGO

Código: 1245

PREVALENCIA DE HELICOBACTER PYLORI: ESTUDIO COMPARATIVO EN DOS CENTROS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Andrés Wonaga; Guillermo Benitez; Cristian Dominguez; Federico Cassella; José Luis Fernández; Luis Viola.

Centro Integral de Gastroenterología - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.2.Helicobacter pylori

Antecedentes: Un estudio epidemiológico nacional realizado en la Argentina observó una prevalencia de *Helicobacter pylori* (HP) del 35,7%, siendo el estado socioeconómico un factor de riesgo independiente. Otros autores argentinos han comunicado prevalencias sumamente variables en el tiempo y en la distribución geográfica. Objetivos: Comparar la prevalencia de HP en dos centros de la ciudad de Buenos Aires con poblaciones diferentes en cuanto a su situación socioeconómica y analizar los factores asociados con la infección. Pacientes y métodos: En este estudio prospectivo de corte transversal durante el año 2016, estudiamos 1.500 pacientes consecutivos a los que se les realizó una endoscopia digestiva alta con biopsia para la detección de HP, 500 de ellos asistidos en el Sanatorio Güemes (SG), con un nivel socioeconómico bajo y afiliados a obras sociales, y 1.000 asistidos en el Centro Integral de Gastroenterología (CIG), con un nivel socioeconómico alto y asociados a sistemas prepagos. Se compararon las prevalen-

cias de HP en ambos centros y se analizaron los factores de riesgo asociados en la totalidad de la población (sexo, edad, síntomas de reflujo gastroesofágico, dispepsia, histología de gastropatía crónica, úlcera, consumo de alcohol, tabaquismo, ingesta de anti-inflamatorios, consumo de inhibidores de la bomba de protones (IBP) por más de un año y síndrome metabólico). Resultados: En el SG fueron HP positivos 182 pacientes (prevalencia: 36,4%) y en el CIG 212 (21,2%) ($P = 0,000$). El análisis de los factores asociados mostró en los pacientes HP positivos y negativos, respectivamente: sexo masculino 41% vs 42% [$P = 0,70$, odds ratio (OR) 0,95, intervalo de confianza del 95% (IC95%) 0,75-1,21]; edad promedio 49,6+13,7 años vs 51,8+15,4 años [$P = 0,01$]; síntomas de reflujo 20% vs 23% [$P = 0,35$, OR 0,86, IC95% 0,64-1,16]; dispepsia 55% vs 49% [$P = 0,06$, OR 1,25, IC95% 0,99-1,59]; histología de gastropatía crónica 36 vs 24% [$P = 0,000$, OR 1,83, IC95% 1,42-2,36]; úlcera 1% vs 1% [$P = 0,77$, OR 1,12, IC95% 0,30-3,91]; consumo de alcohol 19% vs 15% [$P = 0,12$, OR 1,29, IC95% 0,94-1,76]; tabaquismo 21% vs 24% [$P = 0,36$, OR 0,87, IC95% 0,65-1,16]; ingesta de anti-inflamatorios 23% vs 24% [$P = 0,75$, OR 0,94, IC95% 0,72-1,26]; consumo de IBP 24% vs 43% [$P = 0,000$, OR 0,44, IC95% 0,33-0,57]; y síndrome metabólico 12% vs 8% [$P = 0,01$, OR 1,65, IC95% 1,11-2,44]. Conclusiones: La prevalencia de HP varía según el nivel socioeconómico, siendo significativamente más alta en un centro con pacientes de nivel bajo que en uno con pacientes de nivel alto. Fuera de la diferencia entre los centros estudiados, una menor edad promedio, la histología de gastropatía crónica, la falta de ingesta de IBP por más de un año y la presencia de síndrome metabólico fueron los únicos factores asociados a la presencia de HP.

TC - ESTÓMAGO

Código: 1592

ROL DEL HELICOBACTER PYLORI EN EL DESARROLLO DE ANEMIA FERROPÉNICA, EN PACIENTES SIN HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS

María Chao; Agustín Sequeira; María Daca Alvarez; Barbara Pardo; Javier Vijoditz; Ana Visso; Rafael Escobar Fernández.

Sanatorio "Dr. Julio Méndez" - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.2.Helicobacter pylori

INTRODUCCIÓN: La deficiencia de Hierro es un trastorno orgánico frecuente y la deficiencia nutricional más común siendo una importante causa de anemia. Afecta a aproximadamente un tercio de la población mundial. La principal causa de anemia ferropénica (AF), luego de las pérdidas menstruales y el embarazo, es la pérdida de sangre de origen digestivo. El estudio de AF en pacientes con sospecha de pérdidas digestivas se basa en la evaluación endoscópica del aparato digestivo superior e inferior con videoesofagogastroduodenoscopia (VEDA) y videocolonoscopia (VCC). Completando el estudio con videoendocápsula si no hay hallazgos. A pesar de disponer de estas modalidades diagnósticas, su etiología puede permanecer oculta en el 30%. Desde hace años, se ha relacionado a la infección por *Helicobacter Pylori* (HP) como causa de AF inexplicable. Su prevalencia aumenta según la edad y en áreas de bajo nivel socioeconómico, donde alcanza el 70-90% de la población. Resulta de interés evaluar, en nuestra población, la prevalencia de HP en los pacientes con AF sin causa digestiva evidente en estudios endoscópicos. OBJETIVO: Determinar la prevalencia de infección por HP, en pacientes con anemia ferropénica sin hallazgos evidentes en VEDA y VCC. MATERIALES Y METODOS: Estudio descriptivo de corte transversal retrospectivo donde se incluyeron en el período de noviembre del 2016 a marzo del 2019 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de AF. Se les realizó VEDA y VCC. Se determinaron las siguientes variables: edad, sexo, presencia de HP (mediante estudio histológico), ferritina sérica, saturación de transferrina, anemia leve o moderada-severa (según valor de hemoglobina), consumo de AINES y obesidad. RESULTADOS: Se realizaron VEDA y VCC a 214 pacientes. Se excluyeron 153. La población final fue de 61 pacientes, 26 (42,62%) fueron varones y 35 (57,38%) mujeres. Edad promedio de 65 años (35 - 85 años). El promedio de hemoglobina fue 9,81 g/dl (rango 5,4 a 12,7 g/dl). El 36,07% presentaban infección por HP. Se analizó la asociación de las diversas variables con la infección por HP, observando que ninguna de ellas presenta una correlación significativa en este grupo de pacientes. CONCLUSIÓN: La infección por HP y su rol en el desarrollo de AF, está ampliamente estudiado, pero aún las conclusiones de esta asociación son conflictivas. La mayoría de los trabajos realizados confirman la relación entre HP y AF. La prevalencia de HP en nuestra población estudiada fue del 36,07%, menor a las tasas de prevalencia a nivel mundial, que alcanzan el 50%. La baja prevalencia de infección por HP en pacientes con estudios endoscópicos normales, sumado a la falta de correlación entre la infección y las variables investigadas indican una improbable relación causal de la bacteria con el desarrollo de AF. Son necesarios estudios con mayor número de pacientes que evalúen en forma prospectiva las variables relacionadas con esta asociación tan frecuente en nuestra práctica clínica.

TC - ESTÓMAGO

Código: 1354

TRATAMIENTO DE ERRADICACIÓN HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES OBESOS PRE-CIRUGÍA BARIÁTRICA AJUSTADO AL PESO CORPORAL

Oscar Miguel Oreste Laudanno; Gabriel Ahumarán; Marcelo Thomé; Pablo Gollo; Patricia Gonzalez; María Mastruzzo.

Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Hospital C. Bocalandro, Hospital Eva Perón, Sanatorio La Trinidad, San Isidro. - Ciudad de Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.2.Helicobacter pylori

Muchos grupos de Cirugía Bariátrica recomiendan el screening de Helicobacter Pylori (H Pylori) previo a la Cirugía Bariátrica. Pero los pacientes obesos tienen bajas tasas de erradicación. Las razones se desconocen pero la obesidad produce cambios en la Farmacocinética y Farmacodinamia de muchas drogas y esta podría ser una de las explicaciones. La dimensión de estos cambios es variable y depende de las características del paciente (grado de obesidad, disfunción de sus órganos) así como de las propiedades químicas de las drogas (si la droga es lipofílica o hidrofílica). No disponemos de fórmulas de consenso aceptadas para el ajuste de dosis. Objetivo: comparar la tasa de erradicación H Pylori entre un esquema Cuádruple Concomitante ajustado al peso corporal y un esquema Cuádruple Concomitante a dosis estándar, en pacientes obesos pre-Cirugía Bariátrica. Materiales y Método: estudio prospectivo, multicéntrico, abierto, que incluyó 104 pacientes obesos pre Cirugía Bariátrica, H Pylori positivos naïve de tratamiento, detectado en la Video endoscopia alta de screening previo a la Cirugía Bariátrica. Todos los pacientes fueron tratados por 14 días con un esquema Cuádruple Concomitante basado en pantoprazol, amoxicilina, metronidazol, claritromicina. 51 pacientes recibieron un esquema ajustado al peso corporal. Los antibióticos lipofílicos (metronidazol, claritromicina) fueron ajustados de acuerdo al peso corporal total hasta su máxima dosis diaria y la amoxicilina (hidrofílica) de acuerdo al peso corporal ajustado utilizando la Fórmula de Devine para su ajuste hasta su máxima dosis diaria recomendada. El otro grupo de 53 pacientes obesos recibieron el tratamiento Cuádruple Concomitante estándar a dosis fijas (pantoprazol 40 mgr, claritromicina 500 mgr, amoxicilina 1gr, metronidazol 500 mgr, 2 veces al día). Se valoró la erradicación H Pylori con el Test del aire espirado a las 6-8 semanas post-tratamiento. Resultados: la tasa de erradicación H pylori de acuerdo a la intención de tratamiento y por protocolo fue del 86% y 89.5% en el grupo de pacientes donde se ajustó el tratamiento de acuerdo al peso corporal y del 66% y 67% en el grupo de tratamiento con dosis estándar, fijas. $P < 0.05$. La distribución por edad, sexo, fumadores y diabéticos no difirió entre ambos grupos. Hubo 3 discontinuaciones debido a eventos adversos. 19% de los pacientes tratados a dosis estándar y 24% de los pacientes tratados con el esquema ajustado a peso corporal presentaron eventos adversos. Conclusiones: Un esquema de erradicación Cuádruple Concomitante ajustado al peso corporal es significativamente más efectivo que el Cuádruple Concomitante a dosis estándar, en pacientes obesos en plan de Cirugía Bariátrica. Esta podría ser una nueva estrategia para mejorar la erradicación H pylori en pacientes obesos pero nuevos estudios son necesarios para conocer la mejor forma de ajustar el tratamiento.

TC - ESTÓMAGO

Código: 1400

TUMORES NEUROENDOCRINOS GÁSTRICOS: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA "DR. CARLOS BONORINO UDAONDO"

María Paz Lacuadra; María Claudia Bestani; Guillermo Mendez; Enrique Roca; Ana Cabanne; Mariana Rizzolo; Gonzalo Ruiz; Judith Doweck; Florencia Dulcich; Rodolfo Corti

Hospital "Dr. Carlos Bonorino Udaondo" - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.4.Neoplasia

Introducción: los tumores neuroendocrinos gástricos (TNE-g) son neoplasias poco frecuentes. Representan el 8.7% de los TNE gastrointestinales y el 0.3% al 1.8% de todos los tumores del estómago. Se originan a partir de las células enterocromafines like (ECL). Existen tres tipos de TNE-g con diferencias epidemiológicas, fisiopatológicas, histológicas y endoscópicas que influyen en su manejo y pronóstico. Objetivo: obtener datos estimados sobre la frecuencia y distribución de los TNE-g, sus características clínicas, los procedimientos diagnósticos y las conductas terapéuticas adoptadas en el grupo de pacientes seguidos en una Institución Pública de CABA. Materiales y Métodos: se recolectaron 62 pacientes con diagnóstico de TNE-g atendidos en el Hospital de Gastroenterología Dr. C.B Udaondo en el periodo comprendido entre enero de 2001 y marzo de 2019. Las muestras tumorales fueron analizadas, en la mayoría de los casos, por patólogos de nuestro Hospital con hematoxilina-eosina y técnicas de inmunohistoquímica. Resultados: de los 62 pacientes,

el 72.5% (n=45) fueron TNE-g tipo I, el 21% (n=13) tipo III, el 3% (n=2) tipo II y 2 casos (3%) fueron diagnosticados como carcinoma adeno-neuroendocrino (MANEC). El síndrome carcinoide atípico se presentó en el 4.8% de la población estudiada, en pacientes con TNE-g tipo III en estadio metastásico. Dentro de los TNE-g tipo I, el 80% fue < 1 cm (51% pólipo único y 47% pólipos múltiples) y el 40% se asoció a patología autoinmune. Los subtipos histológicos, según la clasificación actual de la OMS, fueron TNE G1 (76%) y TNE G2 (24%). Al diagnóstico el 98% fueron localizados, encontrándose un solo caso de tumor localmente avanzado. El 84.4% de los pacientes fue sometido a tratamiento endoscópico y el 18% a tratamiento quirúrgico. Los TNE-g tipo III fueron > 1 cm en el 77% de los casos. Al momento del diagnóstico, el 15.5% de los tumores eran localizados, el 23% localmente avanzados y el 61.5% tenía metástasis a distancia. Los subtipos histológicos encontrados fueron carcinoma neuroendocrino G3 (33.3%), TNE G3 (8.3%), TNE G2 (33.3%), TNE G1 (25%) y un caso no fue posible de clasificar debido a que el diagnóstico fue realizado en 1976. En el 38.5% de los pacientes se realizó tratamiento quirúrgico y en el 69% algún tipo de terapia sistémica: 67% recibió quimioterapia y 33% análogos de somatostatina. Tratamientos endoscópicos y terapia local regional hepática (embolización hepática) fueron poco frecuentes. Los TNE-g tipo II se encontraron en estadio metastásico en el 100% de los casos. Ambos fueron < 1 cm, localizados en el cuerpo gástrico y asociados a NEM-1, uno con diagnóstico confirmado genéticamente y otro con clínica compatible pero con polimorfismo genético. Conclusión: El estudio de TNE-g permitió obtener una comprensión más amplia de la complejidad de la enfermedad y conocer datos estimados sobre su epidemiología, su presentación clínica y sobre las prácticas de tratamiento aplicadas en estos pacientes.

TC - ESTÓMAGO

Código: 1345

ESTUDIO MULTICÉNTRICO OBSERVACIONAL PARA DETERMINAR LAS CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DUODENALES EN PACIENTES CON DISPEPSIA FUNCIONAL EN EL NORDESTE ARGENTINO

Fernando Javier Barreyro; Virginia Caronia; Karina Elizondo; Silvana Caceres; Adolfo Schneider; Graciela Jorda; Raul Salomon Marucci.

Universidad Nacional de Misiones, CONICET. - Misiones - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.6.Dispepsia

La fisiopatogenia de la dispepsia funcional (DF) no está aclarada en su totalidad. Estudios recientes observan a la eosinofilia duodenal como un vínculo fisiopatológico. El objetivo de este estudio multicéntrico observacional fue determinar las características histológicas de la mucosa duodenal en pacientes con DF (Roma-III). El estudio se realizó en centros de Misiones y Corrientes desde 01/14- 02/19. Se evaluaron 312 pacientes con DF, los cuales fueron evaluados clínicamente y gastroscopia donde se tomaron biopsias gástricas (cuerpo y antro) y duodeno (D2). Las biopsias fueron evaluadas por 3 patólogos. Las muestras gástricas fueron evaluadas con la tinción de Hematoxilina/Eosina (HyE) y Giemsa (para Helicobacter pylori-Hp), en el duodeno se determinaron el recuento de eosinófilos (D-Eo) y linfocitos intraepiteliales (D-LIE) por HyE, se expresó en (0, <10, ≥10-20, ≥20 por campo). De los 312 pacientes se excluyeron 53 (49 ulcera péptica, 3 celiaquía y 1 cáncer gástrico). Se incluyeron 259 pacientes, edad media 49 años (IC 95% 47- 51), 56% de sexo femenino, IMC de 26,6 kg/m² (IC 95% 26,1- 27,1), diabetes 20%, fumadores 25%, consumo de alcohol episódico 42% y diario 3%, presentaron 172 (66%) Hp positivo. Con respecto al subtipo de DF se observó distress postprandial (DPP): 88 (34%), dolor epigástrico (DE): 107 (41%) y sobreposición (DPP/DE): 65 (25%). Se determinó Hp en los subtipos de dispepsia, la presencia de Hp fue significativamente más frecuente en DE (Hp-pos: 89 vs Hp-neg: 18, OR: 4,003 IC 95% 2,2-7,3, $p < 0,0001$), no se observó diferencias en el grupo de sobreposición, y la ausencia de Hp fue significativamente mayor en el grupo DPP (Hp-pos+ 35 vs Hp-neg 53, OR: 0,1579 IC 95% 0,09-0,3, $*p < 0,0001$). No se observaron diferencias del recuento de D-Eo y D-LIE en los pacientes Hp-positivo Vs Hp-negativo. Asimismo no se observaron diferencias en D-LIE entre los subtipos de DF. Se observó aumento en el recuento de D-Eo en el grupo DPP, obteniendo una correlación lineal entre el recuento de D-Eo y el número de pacientes con DPP (Spearman Rank r: 0,149 IC 95% 0,027-0,26, $p: 0,0167$), siendo significativo entre subtipos de dispepsia cuando los D-Eo ≥10 (DPP vs No-DPP, OR: 2,34 IC95% 1,34-4,08, $p: 0,009$). Luego se realizó un análisis multivariado de características clínicas, Hp y D-Eo con los subtipos de DF (DE y DPP), donde se observó como única variable independiente asociada a DE a la presencia de Hp (OR 4,21 IC 95% 2,26-7,85), y en DPP al aumento de D-Eo y ausencia de Hp (D-Eo: OR 2,63 IC 95% 1,66- 4,18, Hp: OR 0,14 IC95% 0,08-0,27). Conclusiones: 1) el subtipo DE fue el más frecuente y se correlacionó con la presencia de Hp pero no con el recuento de D-Eo o D-LIE, 2) el subtipo DPP presenta una asociación con la eosinofilia duodenal independiente del Hp. Estos resultados brindan información sobre el rol del Hp y la eosinofilia duodenal en nuestro medio, lo que podría optimizar potencialmente el abordaje diagnóstico y terapéutico.

TC - ESTÓMAGO

Código: 1596**LESIONES GÁSTRICAS PRENEOPLÁSICAS Y NEOPLÁSICAS EN ASIÁTICOS Y CAUCÁSICOS EN UNA COHORTE DEL HOSPITAL ALEMÁN DE BUENOS AIRES**

Cristian Ahumada; Andrés Mora; Federico Bentolila; Adriana Mohaidle; Beatriz Vizcaino; Pablo Luna; Adrian Hadad; Marcelo Amante; Silvia Pedreira; Daniel Cimmino; Luis Boer.

Hospital Alemán - CABA - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.Estómago - Duodeno

El adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal surge de una lesión premaligna; La prevalencia de dichas lesiones es mayor entre los asiáticos en comparación con los caucásicos; teniendo esto influencia en los programas de pesquisa y vigilancia endoscópica según la literatura publicada. Objetivos: Evaluar la tasa de lesiones gástricas preneoplásicas y neoplásicas entre los pacientes asiáticos y caucásicos que reciben atención médica en el Hospital Alemán de la ciudad de Buenos Aires; para evaluar la progresión entre la mucosa gástrica normal a la mucosa preneoplásica y neoplásica. Materiales y métodos: Se revisaron los registros médicos de la base de datos electrónica del Hospital Alemán. Los pacientes que tuvieron una endoscopia alta con biopsias gástricas desde enero de 2008 hasta diciembre de 2008, y al menos un seguimiento endoscópico dentro de los tres años, se analizaron en una cohorte retrospectiva. Se evaluó la prevalencia de lesiones gástricas en los pacientes con al menos una biopsia endoscópica con hallazgos pre-neoplásicos o neoplásicos. Las diferencias en la prevalencia se analizaron con la prueba de Chi cuadrado de Pearson. El análisis de supervivencia se realizó con la prueba de log rank (Mantel-Cox) con las correspondientes curvas de Kaplan y Meier para evaluar las diferencias en el riesgo de progresión de la mucosa normal a preneoplásica (metaplásica (MI) ó atrófica (AM)); y de la mucosa preneoplásica a displasia de bajo grado (DBG), o displasia de alto grado (DAG) o adenocarcinoma (AC). Se consideró una diferencia significativa con un valor de $p < 0.05$. Resultados: Se evaluaron un total de 161 pacientes: 72 asiáticos (45%), en su mayoría de segunda generación de coreanos nacidos en Argentina, y 89 caucásicos (55%); 96 pacientes fueron mujeres (60%). La edad media fue de 53 años (asiáticos 51,68 caucásicos 53,68). El seguimiento medio fue de 85,41 meses y el número medio de endoscopias fue de 2,54 por paciente. Las prevalencias en la cohorte revelaron una diferencia significativa entre los asiáticos y los caucásicos con respecto a la presencia de mucosa metaplásica ($p = 0,004$), atrófica ($p = 0,018$) o con displasia de bajo grado ($p = 0,007$) (Tabla 1) pero no de *H. pylori* ($p = 0,07$). Ningún paciente tuvo displasia de alto grado o adenocarcinoma. Durante el seguimiento ningún paciente desarrolló AC gástrica o DAG. La prueba de log rank no reveló una diferencia significativa entre ambas poblaciones con respecto a la progresión: de mucosa normal a atrofia y / o lesiones metaplásicas intestinales ($p = 0,10$) o metaplásicas y / o atróficas a DBG ($p = 0,26$). Conclusiones: A pesar de las similitudes entre las poblaciones con respecto a la edad, el estatus socioeconómico y la prevalencia de *H. pylori* se observó una mayor tasa de atrofia de la mucosa, metaplasia intestinal o DBG entre los asiáticos, no hubo casos de adenocarcinoma gástrico durante el seguimiento o diferencia en la progresión hacia lesiones preneoplásicas.

TC - ESTÓMAGO

Código: 1435**PREVALENCIA DE METAPLASIA INTestinal GÁSTRICA Y FACTORES DE RIESGO EN 399 VIDEOENDOSCOPIAS DIGESTIVAS ALTAS: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO**

Agustina Gil; José Luis Fernandez; Federico Cassella; Andrés Wonaga; Cristian Dominguez; Miriam Galich; Luis Viola.

Centro Integral de Gastroenterología - Buenos aires - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.Estómago - Duodeno

Introducción: La metaplasia intestinal gástrica (MIG) puede representar el paso histológico anterior al desarrollo de displasia y cáncer, siendo de interés determinar su prevalencia y los factores de riesgo que la producen. No obstante, son escasos los datos al respecto disponibles en nuestro país. Objetivo: Establecer la prevalencia de MIG en nuestro medio y analizar los factores de riesgo relacionados. Pacientes: Estudiamos prospectivamente 399 videoendoscopias altas realizadas en un centro de gastroenterología ambulatorio desde Septiembre de 2018 a Mayo de 2019. Métodos: Previamente a la endoscopia, en una ficha diseñada para el estudio, se recogieron datos clínicos (sexo, edad, etnia, síntomas, tabaquismo, consumo de alcohol, consumo de inhibidores de la bomba de protones (IBP) y *Helicobacter pylori* (HP)

erradicado previamente), endoscópicos (patrón nodular o en mosaico) e histológicos (atrofia, MIG, displasia, cáncer, HP presente en la biopsia). Se compararon los pacientes MIG positivos y MIG negativos usando pruebas de χ^2 o Fisher para los datos dicotómicos y de *t* de Student para datos continuos. Resultados: Se detectó MIG en 32 pacientes (prevalencia 8,02%), 30 de tipo incompleta, 27 OLGIM I y 5 OLGIM 2. Todos los pacientes presentaban atrofia y ninguno tenía displasia o cáncer. Comparando los pacientes MIG positivo y negativos, se observó respectivamente: hombres 13/32 (40,6%) y 168/367 (45,8%) [$P=0,71$, OR 0,81, IC 95% 0,39-1,69]; edad promedio 57,2 +/- 14,2 años y 50,9 +/- 15,3 [$P=0,028$]; etnia asiática 4/32 (12,5%) y 15/362 (4,1%) [$P=0,06$, OR 3,31, IC 95 % 1,03-10,63]; consulta por dispepsia o epigastralgia 16/31 (51,6%) y 164/367 (44,7%) [$P=0,58$, OR 1,32, IC 95% 0,63-2,75]; tabaquismo activo o pasado 13/32 (40,6%) y 155/364 (42,6%) [$P=0,97$, OR 0,92, IC 95 % 0,44-1,93]; consumo de alcohol activo o pasado 15/32 (46,9%) y 206/367 (56,1%) [$P=0,41$, OR 0,69, IC 95 % 0,33-1,42]; consumo de IBP durante más de un año 12/32 (37,5%) y 96/366 (26,2%) [$P=0,24$, OR 1,68, IC 95 % 0,80-3,58]; patrón endoscópico nodular o en mosaico 8/32 (25,0%) y 59/367 (16,1%) [$P=0,22$, OR 1,74, IC 95 % 0,75-4,06] y HP erradicado previamente o presente en la biopsia 14/32 (43,8%) y 95/367 (25,9%) [$P=0,04$, OR 2,23, IC 95 % 1,07-4,65]. Conclusiones: La prevalencia de MIG en nuestro medio es baja y se asocia significativamente con la edad, la etnia asiática y el HP. No encontramos una asociación significativa con el sexo, los síntomas, el tabaquismo, el consumo de alcohol, la ingesta de IBP o el patrón endoscópico.

TC - INTESTINO DELGADO

Código: 1620**PATRONES DE ADHERENCIA A LA DIETA LIBRE DE GLUTEN EN LA VIDA REAL DE PACIENTES CELÍACOS TRATADOS. ESTUDIO PROSPECTIVO DE LA EXCRECIÓN DE PÉPTIDOS INMUNOGÉNICOS DE GLUTEN POR CUATRO SEMANAS**

Juan Pablo Stefanolo; Martín Tálamo; Samanta Dodds; Emilia Sugai; María de la Paz Temprano; Florencia Costa; María Laura Moreno; Inés Pinto Sánchez; Edgardo Smeucol; Horacio Vázquez.

Hospital de Gastroenterología C. Bonorino Udaondo - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 3.Intestino Delgado 3.1.Síndrome de Mala Absorción

Los pacientes celíacos en dieta libre de gluten (DLG) están frecuentemente expuestos a la ingesta voluntaria o involuntaria de gluten. Sin embargo, se desconoce la frecuencia en que se producen transgresiones en la vida real de los pacientes celíacos tratados. Recientes desarrollos permiten la determinación de la presencia de péptidos inmunogénicos de gluten (GIP) en materia fecal y orina constituyendo herramientas útiles para evaluar la excreción de péptidos, un fenómeno específico indicativo de transgresiones a la DLG. Objetivo: Exploramos los patrones de excreción de GIP en materia fecal y orina por 4 semanas en una serie de pacientes celíacos tratados con DLG. Métodos: Estudio descriptivo y prospectivo en pacientes en DLG por más de dos años. Al ingreso, los pacientes completaron un índice de síntomas celíacos (CSI) para determinar su estado clínico. Todos los pacientes recolectaron muestras de materia fecal y orina por 4 semanas de acuerdo al siguiente protocolo: 1- última deposición fecal de los viernes (indicativo de consumo de gluten durante días de semana) y muestras de orina domingo a la mañana y noche (recolección representativa de consumo en fines de semana). Se adoptó este esquema considerando que el mismo representa una cobertura completa de posibles transgresiones en la semana. El esquema se repitió 4 semanas consecutivas. La detección de GIP en materia fecal se efectuó por la prueba de ELISA (iVYLISA GIP-S®, Biomedal S.L. Spain) y la de orina por pruebas rápidas (GlutenDetect®, Biomedal S.L., Spain). La tasa de excreción de GIP se la comparó con los niveles basales de anticuerpos DGP Ig A y tTG IgA. Resultados: Enrolamos 57 pacientes de los que se excluyeron 4 por transgresiones voluntarias. Evaluamos 53 pacientes en DLG por un tiempo mediano de 8 años (RIQ 5 a 12). De ellos, 47 pacientes (88.7%) excretaron GIP al menos una vez en 4 semanas. La excreción de GIP en fines de semana (muestras de orina) fue positiva en 37/53 pacientes (69.8%) en tanto que, en heces (días de semana) se detectó en 33/53 (62.3%) (pNS). La mediana de transgresiones para la población general fue de 3 veces/4 semanas (RIQ: 1-5) [2veces/4 semanas (RIQ 1-4) para pacientes asintomáticos y 3 veces/semana (RIQ 2-4) para sintomáticos]. La frecuencia de excreción de GIP en heces se incrementó significativamente con el progreso del estudio (1a vs. 4a semanas; $p < 0.05$). Se observó una correlación significativa entre la frecuencia de transgresiones en 4 semanas y la concentración de anticuerpos DGP IgA (ρ 0.49; $p < 0.0002$) pero no con IgA tTG. Conclusiones: Mostramos evidencias de una insospechada alta frecuencia de transgresiones a la DLG en pacientes celíacos tratados por largo plazo, hallazgo independiente de la presencia o no de síntomas y que se correlaciona con las concentraciones del anticuerpo IgA DGP.

TC - INTESTINO DELGADO

Código: 1517

PREVALENCIA DE SEROLOGÍA POSITIVA PARA ENFERMEDAD CELÍACA EN POBLACIÓN ADOLESCENTE (ENTRE 13 – 15 AÑOS) DE COLEGIOS SECUNDARIOS DE UN DEPARTAMENTO DE LA PROVINCIA DE MENDOZA (ARGENTINA)

Mariano Argüello; Liria Martínez Rejtman; Matias Zanetti; Guillermo Fernandez; Luciana Grassi; María Fernanda Tarraga; Aldo Tarifa; Victoria Rodríguez De Mesa; Ana Juárez; Marisa Francisco.

Hospital Teodoro J. Schestakow - Mendoza - Argentina

Área Temática: 3.Intestino Delgado 3.1.Síndrome de Mala Absorción

INTRODUCCION: Debido a la escasez de datos estadísticos acerca de la prevalencia de enfermedad celíaca en la Provincia de Mza. Nuestro propósito es contribuir al conocimiento de la misma. No se conocen a la fecha estudios que haya descripto la utilidad de combinar el dosaje de ATTG IgA y DPG IgA como estrategia de cribado para el diagnóstico de la enfermedad. Se considera que dicha metodología puede aumentar la sensibilidad en la detección de esta patología. **OBJETIVOS 1°:** Determinar la prevalencia de serología positiva de enfermedad celíaca. Definir si la estrategia de cribado con serología Ig A, DPG IgA, ATTG IgA (E1) versus al consenso nacional vigente (E2) aumenta la detección de pacientes. **OBJETIVOS 2°:** Evaluar el estado nutricional de los pacientes con serología positiva. Evaluar características clínicas, bioquímicas e histológicas de los distintos grupos de pacientes. **MÉTODO:** Estudio observacional, prospectivo, transversal en el cual se obtuvieron medidas de prevalencia de enfermedad celíaca. Se convocaron escuelas secundarias del Dpto. San Rafael. Adolescentes entre 13 y 15 años. Solo se evaluaron 464 pacientes. **MATERIAL:** Serología (ATTG IgA + DPG IgA, y en caso de presentar déficit de IgA, se realizó determinación de AGA DPG IgG) sobre población "previamente sana". **RESULTADO:** El porcentaje de sujetos con serología ATTG Ig A positiva fue del 2,2% (10 de 453 evaluados). Sin diferencias significativas en el diagnóstico de acuerdo al reactivo utilizado (ORGENTEC: 2,1%; INOVA: 2,9%). El porcentaje de sujetos con serología DGP Ig A positiva fue del 5,6% (26 de 455 evaluados). Se encontraron diferencias significativas en el diagnóstico según reactivo ($\chi^2=33,6$, $p < 0,001$), obteniéndose mayor proporción de positivos con ORGENTEC (15,2%, 24 de 134 evaluados) que con INOVA (0,8%, 2 de 248 evaluados). **NOTA:** La cantidad de datos de sujetos de los que se conoce el reactivo utilizado ($n = 382$) no es igual a la cantidad de sujetos evaluados ($n = 455$). De 451 evaluados con ambos procedimientos, un total de 30 (6,65%) presentó alguna de las 2 serologías tipo Ig A positiva. De estos 30 sujetos, el 13,33% ($n = 4$) sólo fue positivo para ATTP, un 66,67% ($n = 20$) fue positivo sólo para DGP y un 20% ($n = 6$) presentó un perfil mixto. De acuerdo a estos datos, la inclusión de la serología DGP triplica el porcentaje de casos positivos detectados (6,65%) respecto del uso exclusivo del método estándar (2,2%). Se observó un déficit de Ig A en 3 sujetos (0,7% de 426 estudiados). Las comparaciones sobre el estado nutricional y las diferencias clínicas según serología de los grupos evaluados se describen en tabla adjunta. **CONCLUSIONES:** Consideramos que utilizar la combinación de serología ATTG Ig A + DPG Ig A puede ayudar a la detección de pacientes celíacos no detectados bajo el esquema actual utilizado según plan nacional. Así como también se debe mencionar que el tipo de reactivo utilizado (DPG Ig A) modifica con valores significativos la sensibilidad del método.

TC - INTESTINO DELGADO

Código: 1383

EFFECTO DE BIFIDOBACTERIUM INFANTIS NSL SUPER STRAIN EN PACIENTES CELÍACOS SINTOMÁTICOS EN DIETA LIBRE DE GLUTEN POR LARGO PLAZO. ESTUDIO PILOTO

Edgardo Smecuol 1; María de la Paz Temprano 1; Florencia Costa 1; María Inés Pinto Sánchez-2; María Laura Moreno; Horacio Vázquez 1; Juan Pablo Stefanolo 1; Andrea González 1; Sonia Niveloni 1; Eduardo Mauriño 1; Elena.- Verdú - 2; Christopher - D'Adamo - 3; Emilia Sugai 1; Julio Bai 1.

1-Hospital de Gastroenterología "Dr. C. Bonorino Udaondo"; 2- Mc Master University, Ontario, Hamilton; Canadá, 3-University of Maryland School of Medicine, Baltimore- Maryland, Estados Unidos - CABA - Argentina

Área Temática: 3.Intestino Delgado 3.4.Microbiota

La dieta libre de gluten (DLG) estricta es el único tratamiento recomendado para la enfermedad celíaca (EC). Sin embargo, 30-50% de los pacientes tratados tienen síntomas gastrointestinales persistentes. Recientemente hemos demostrado que la administración oral de Bifidobacterium infantis NLS Super Strain (B. infantis NSL-

SS) se asoció a una mejoría sintomática en celíacos de reciente diagnóstico que consumían gluten (JCG 2013; 47: 139-47), y que este efecto podría ser atribuido a la modulación de la inmunidad innata (JCG 2017; 51: 814-7). **Objetivo:** explorar el efecto del B. infantis NSL-SS sobre los síntomas persistentes de celíacos tratados con DLG por un largo plazo. **Método:** estudio prospectivo, aleatorizado, cruzado, doble ciego, controlado con placebo en el que se incluyeron pacientes adultos en DLG por más de 2 años y que se demostraron ser sintomáticos según el score de síntomas GSRS (>2 en el promedio global o >3 para cualquier síndrome individual). Excluimos pacientes que consumían gluten voluntariamente, con complicaciones, o que presentaran limitaciones para seguir el protocolo. Luego de una semana de evaluación, los pacientes fueron aleatorizados para recibir inicialmente B. infantis NSL-SS (Natren LIFE START 2 Natren Inc. CA.) (2 cápsulas 3 veces por día; 2 x 10 UFC/cápsula) o placebo por 3 semanas. Después de un período de "wash-out" de 2 semanas, los pacientes cambiaron de tratamiento durante las siguientes 3 semanas. Determinamos los cambios (Δ) en el índice de síntomas celíacos (CSI) para cada tratamiento. Al finalizar cada período se recolectó materia fecal y orina para detectar la excreción de péptidos inmunogénicos de gluten (GIP) y el estudio de la microbiota fecal (16S rRNA). **Resultados:** se incluyeron 18 pacientes, excluimos 2 por transgresiones intencionales y 4 por inconsistencias en los cuestionarios. En el análisis por protocolo ($n = 12$), no hubo cambios significativos en el Δ del CSI ni en las subescalas al comparar ambos tratamientos. Cuando el análisis se restringió a pacientes con scores de CSI por encima de la mediana (más severos), detectamos una significativa reducción de los síntomas específicos en los tratados con B. infantis respecto al placebo (mediana de Δ [rango]: -5.0 puntos [0 a 9] vs. -0.5 [-3 a 8], respectivamente; $p < 0,05$; Mann-Whitney). La excreción de GIP en heces y orina fue similar en ambos tratamientos. No detectamos diferencias entre tratamientos en la abundancia de microbiota fecal global (diversidad α y β). A nivel de genus, hubo un incremento de Bifidobacterias, en especial la subespecie B. longum ($p < 0,05$) en los tratados con probióticos. No hubo efectos secundarios. **Conclusiones:** este estudio exploratorio sugiere que el B. infantis NSL-SS mejoraría los síntomas específicos de la EC en un subgrupo de pacientes tratados que presentan síntomas más severos. Estos hallazgos requieren confirmación en estudios más extensos.

TC - INTESTINO DELGADO

Código: 1527

ENFERMEDAD CELÍACA ASOCIADA A ENFERMEDAD TIROIDEA AUTOINMUNE

Tanya Soriano; Noel Aldabe; Mariel Iriarte.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL - SOLTERO/A - Ecuador

Área Temática: 3.Intestino Delgado 3.Intestino Delgado

INTRODUCCIÓN: La enfermedad celíaca (EC) es una enfermedad crónica, inmunomediada, sistémica, que afecta al intestino delgado en individuos genéticamente predisuestos, desencadenada por la ingestión de alimentos que contienen gluten. Su patogenia implica la autoinmunidad contra la transglutaminasa tisular en individuos que llevan los haplotipos HLA-DQ2 o DQ8, antecedentes genéticos compartidos con la enfermedad tiroidea autoinmune (ETA), por lo que se consideran grupos de riesgo para EC por sus características genéticas o inmunológicas. Se estima que la EC afecta al 1% de la población mundial y la frecuencia de la asociación ETA-EC en adultos se describe entre el 2 y el 5%. **OBJETIVO:** Determinar la frecuencia de EC en adultos con ETA atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Militar Central "Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich". **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio analítico observacional tipo cohorte retrospectivo, en el que se analizaron 717 pacientes con diagnóstico de enfermedad tiroidea, durante el período 2015 y 2018, a las cuales se les solicitó anticuerpos para EC: Antitransglutaminasa IgA e IgG, antiendomisio IgA e IgG y dosaje de Inmunoglobulina A sérica total, se confirmó el diagnóstico de EC por biopsia endoscópica de intestino delgado a los pacientes con serología positiva. **RESULTADOS:** De 717 pacientes con ETA, 623 (86,89%) pacientes tenían tiroiditis de Hashimoto (TH) y 94 (13,18%) enfermedad de Graves Basedow (EGB), el promedio de edad fue 52,4 \pm 17 años y el 84,36% (605) eran de sexo femenino. Se encontraron 35 pacientes con serología positiva para EC y en 31 (28 mujeres y 3 hombres; media de edad 38,81 \pm 15 años) se confirmó EC con biopsia duodenal. La frecuencia de EC en la ETA fue del 4,32% (IC 95%=2,96-6,08%). Entre los pacientes celíacos el 93,55% (29) tenían TH, no se controló relación entre las formas clínicas de ETA y EC. De los 31 pacientes con EC, 5 (16,13%) tenían otra enfermedad autoinmune asociada. **CONCLUSIONES:** La frecuencia de EC en pacientes con ETA fue del 4,32%, en concordancia con lo descripto en la literatura y el 16,13% de los pacientes celíacos presentaba otra patología autoinmune asociada. Es recomendable implementar la búsqueda de EC sin sintomatología específica en pacientes considerados grupos de riesgo como en la ETA, para evitar las complicaciones de esta enfermedad subdiagnosticada y así instaurar un tratamiento oportuno.

TC - INTESTINO DELGADO

Código: 1656**PREVALENCIA DE GENOTIPOS PREDISPONENTES DE ENFERMEDAD CELÍACA EN POBLACIÓN DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES***Cinthia Ortowski; Susana Soto.*

Laboratorio Central de Redes y Programas - Corrientes - Argentina

Área Temática: 3. Intestino Delgado 3. Intestino Delgado

a) Introducción Los alelos HLA-DQ2 y HLA-DQ8 del antígeno leucocitario humano (HLA) se asocian con la enfermedad celíaca (EC). En Europa predomina el HLA-DQ2; mientras que en América Latina el HLA-DQ8 es el más frecuente. En estudio realizado en un grupo étnico guaraní de nuestra zona se encontró una prevalencia del 61% del alelo HLA-DQ2, recientemente asociado con EC. Por otro lado, en los últimos años, de sexo femenino y 281 (55%) masculino. El rango etario fue de 20 a 60 años, con una moda de 42 años. La distribución de los alelos DQ2/DQ8/DQ7 en los 511 pacientes se describen en la siguiente tabla: De los 146 pacientes que presentaron HLA-DQ2, solo 39 de ellos fueron analizados para DQA, encontrando solo 15 (38.46%) son DQA1*05, mientras que 24 (61.54%) son DQA1*02. Conclusiones En correntinos la expresión de HLA-DQ7 fue más frecuente que la de HLA-DQ8 y HLA-DQ2; siendo similar la frecuencia de HLA-DQ8 y HLA-DQ2, lo cual indica que la distribución de HLA-DQ fue fuertemente influenciada por nuestro origen guaraní. Esta distribución podría ser similar a las descritas en otros países de América Latina. Estos resultados justificarían incluir en el estudio de Enfermedad.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1573**ASOCIACIÓN ENTRE HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS DURANTE LA PESQUISA DE DISPLASIA CON COLONOSCOPIA DE ALTA DEFINICIÓN Y CROMOENDOSCOPIA VIRTUAL ELECTRÓNICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL***María Josefina Sobrero; Juan Andrés De Paula; Pamela Ruth Daffra; Ramiro Cruz González Sueyro; Paula Galletto; María Belén Sánchez; María Josefina Etchevers; María Laura González; Mariano Marcolongo.*

Hospital Italiano de Buenos Aires - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 4. Colon y Recto 4.1. Enfermedad Inflamatoria

Introducción: las enfermedades inflamatorias intestinales (EII), colitis ulcerosa (CU) y la Enfermedad de Crohn (EC) de colon, constituyen entidades de alto riesgo de cáncer colorrectal (CCR). Los consensos internacionales recomiendan la descripción de lesiones detectadas utilizando la clasificación de París, aunque existen pocos datos respecto a la relación entre cada tipo de lesión macroscópica y la prevalencia de displasia. Objetivo: investigar los resultados de la pesquisa de displasia realizando colonoscopia (VCC) de pesquisa con luz blanca de alta definición (LBHD) y posterior cromoendoscopia virtual electrónica (VCE) con iScan (PENTAX) en pacientes con EII. Describir la asociación entre hallazgos endoscópicos e histológicos en éste grupo de pacientes. Métodos: estudio retrospectivo, observacional y descriptivo sobre una cohorte de pacientes que realizaron VCC entre 2012 y 2018 en un centro de referencia. Se revisaron historias clínicas electrónicas para obtener datos sobre los pacientes, estudios endoscópicos y diagnósticos histológicos. Resultados: entre 2012-2018 se realizaron 407 VCC en 148 pacientes, de las cuales 196 en 91 pacientes (2.1 VCC/paciente) cumplieron criterios de inclusión: pacientes mayores a 18 años, diagnóstico de CU no rectal o EC extensa 10 años antes o desde el diagnóstico en forma concomitante con colangitis esclerosante primaria (CEP) que realizaron al menos 1 VCC con LBHD y VCE en el mismo procedimiento (53% mujeres; promedio edad al diagnóstico 29 años; 95.6% CU [19.5% izquierdas; 27.6% extensas; 52.9% pancolitis] y 4.4% EC [75% pancolitis, 25% extensas]; 22.3% CEP), 211 VCC fueron excluidas principalmente debido a protocolo incompleto. De las VCC in-

cluidas, 98.5% (193/ 196) fueron realizadas por endoscopistas entrenados en EII; 93% (183/196) VCC presentaron preparación adecuada y enfermedad en remisión al momento del examen. Se detectaron 115 lesiones en 62/196 VCC (31%); 92 con LBHD y 23 con VCE, localizadas principalmente en colon izquierdo (45/92[48.9%] LBHD y 13/23[56.5%] VCE). Las lesiones macroscópicas se describieron de acuerdo a la clasificación de París, siendo la más frecuentemente halladas polipoideas sésiles (73/115-63.5%). En este grupo, se diagnosticó displasia de bajo grado (DBG) en 7/73 (9.6%), displasia de alto grado (DAG) en 2 (2.7%) y pólipos hiperplásicos en 23 (31.5%). Las lesiones no polipoideas planas elevadas representaron (LPE) el 28.7% del total (33/115), donde se detectó DBG en 10/33 (30.3%), sin embargo, del total de DBG diagnosticadas, 52.6% fue hallada en LPE. Conclusiones: en esta cohorte retrospectiva de pacientes con EII que realizaron pesquisa de displasia con VCC con LBHD + VCE, las lesiones macroscópicas más frecuentemente identificadas fueron polipoideas sésiles. Sin embargo, el mayor porcentaje de displasia se detectó en LPE.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1458**CALPROTECTINA FECAL (FCAL) EN EII: MONITOREO EN PACIENTES ASINTOMÁTICOS, Y ÓPTIMO. "CUT-OFF" PARA CICATRIZACIÓN MUCOSA (CM) EN NUESTRA POBLACIÓN***Alicia Sambuelli; Silvia Negreira; Paula Chavero; Anibal Gil; Sergio Huernos; Pablo Tirado; Gisela Goldberg; Nestor Litwin.*

EII-Hospital Bonorino Udaondo y 2. Laboratorio de Investigación en Gastroenterología - CABA - Argentina

Área Temática: 4. Colon y Recto 4.1. Enfermedad Inflamatoria

INTRODUCCIÓN: La FCal ha emergido como una herramienta útil para el manejo de la EII, pero diferentes métodos de determinación, "cut-off", escenarios clínicos, fenotipos y poblaciones pueden influir en su utilidad. OBJETIVOS: Diseñados para dos subestudios en un centro argentino de EII: 1) Investigar el valor de FCal en la predicción de CM ("cut off" óptimo, especificidad, sensibilidad, VPP, VPN) y valores según actividad y fenotipos, 2) Evaluar la habilidad del monitoreo de FCal en EII en remisión para predecir la recaída. MATERIAL Y MÉTODOS: FCal determinada por Bühlmann fCAL@ELISA. Subestudio-1 (predicción de CM y actividad/patrón de EII): Incluidos 100 pac: 44 CU 56 EC, con VCC de rutina y clasificación según score IBSEN (Frøslie KF, Gastroenterol 2007) en: "CM" (0 -1) y "no CM" (FCal en la semana previa). Se calculó el "cut-off" FCal óptimo para la "CM" ("cut-off opt-CM") (análisis ROC). Subestudio-2 (Predicción de recaída): incluidos 50 CU y 50 EC en remisión clínica (≥ 3 meses), FCal: basal, \geq bianual), VCC basal/final. Estadística: Análisis de sobrevida, Kaplan Meier, para niveles de FCal por encima y por debajo del "cut-off opt-CM". Seguimiento medio 23,0 \pm 1,8 meses. Definiciones (actividad/recaída): Pcial.Mayo (CU), HBI (EC), Localización/Extensión (Montreal). RESULTADOS: Subestudio-1: los niveles de FCal (Media \pm DE) en EII con "CM" fueron significativamente más bajos vs. "No CM": CU 25/19 (191,3 \pm 174,6 vs. 621,1 \pm 368,3, p=0,0001) y EC 30/26 (237,0 \pm 196,9 vs. 618,5 \pm 319,3 p<0,0001) Kruskal-Wallis. El "cut-off opt-CM" fue 242 μ g/g, AUC 0,84 (IC 95% 0,753-0,906) p=0,0001, sensibilidad: 76,4%, especificidad: 84,5%, VPP: 85,7%, VPN: 74,5%. Por criterios clínicos, la FCal fue menor (p<0,0001) en remisión vs. actividad en la CU (165,7 \pm 14,1 vs. 630,3 \pm 349,6) y EC (276,4 \pm 250,1 vs. 662,1 \pm 289,9), pero el "cut-off" de FCal fue mayor (284 μ g/g) que el "cut-off opt-CM". En pacientes con EC endoscópicamente activa, los niveles de FCal en EC colónica (851,9 \pm 232,0) fueron mayores vs. otras localizaciones (544,4 \pm 313,3) p=0,04. Subestudio-2: las probabilidades acumuladas de recaída clínica a 6, 12, 18, 24 meses de pac. con FCal \geq 242 μ g/g (n 34) fueron 20,6%, 38,2%, 44,7%, 51,6% y con FCal<"cut-off" (n 66) 1,5%, 3,1%, 5,1% y 7,9% respectivamente, HR: 14,22 (95% IC: 6,18 a 32,72), p<0,0001, sensibilidad: 85%, especificidad 82,7%, VPP: 67,7%, VPN: 93,9%. Recayeron 15 (30%) CU y 12 (24%) EC (NS). Las recaídas clínicas con FCal \geq 242 fueron del 67,7% vs. 6,1% con valores <"cut-off", las recaídas endoscópicas (disponibles en 91 pac.) con FCal \geq 242 fueron: 75% vs. 6,8%, ambas p<0,00001. CONCLUSIONES: 1) El "cut-off" óptimo para la CM en nuestra población de EII fue 242 μ g/g, 2) Los valores de FCal fueron significativamente menores en remisión vs. actividad en CU y EC, pero en la EC colónica endoscópicamente activa, la FCal fue mayor vs. otras localizaciones, 3) la FCal en niveles mayores al "cut-off opt-CM" demostró ser una herramienta eficiente para predecir la recaída.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1637

COLITIS ULCEROSA: CALPROTECTINA FECAL Y CORRELACIÓN ENDOSCÓPICA

Rocio Lema; Ianina Capaldi; Ivanna Candel; Florencia Giraud; Leonardo Garavento; Sebastian Augusto Carria; María Laura Garbi; Martin Yantorno; Fernando Baldoni; Francisco Tufare; Gustavo Javier Correa.

HIGA San Martin - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.1.Enfermedad Inflamatoria

INTRODUCCIÓN: el curso natural de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es marcado por recaídas clínicas y remisiones. El estándar actual para evaluar la inflamación intestinal es la endoscopia, sin embargo es un método invasivo. La calprotectina (CPF) es un biomarcador no invasivo que permite determinar la presencia de inflamación intestinal. En la EII presenta utilidad para el monitoreo de la actividad, respuesta al tratamiento y recurrencia post operatoria. **OBJETIVO:** evaluar la correlación de la CPF con la actividad y extensión endoscópica en los pacientes con colitis ulcerosa, desde abril de 2017 a abril 2019, en un centro de derivación terciaria de la provincia de Buenos Aires. **MATERIALES Y METODOS:** estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores a 18 años con diagnóstico de Colitis Ulcerosa que se realizaron CPF (Bühlmann fcal®) dentro de las 8 semanas previas a la videocolonoscopía. Se consideró como punto de corte positivo un valor mayor o igual a 150 mcg/g. La extensión fue evaluada según la clasificación de Montreal y la actividad endoscópica según el score de Mayo. **RESULTADOS:** se incluyeron 40 pacientes (30 mujeres y 10 hombres) con un rango de edad de 20 a 71 años. Presentaron CPF mayor o igual a 150 mcg/g, 29 pacientes, 2 en remisión endoscópica y 27 con actividad (16 leve, 9 moderada y 2 severa); con respecto a la extensión de la misma 8 presentaron proctitis, 16 colitis izquierdas y 3 colitis extensas. En 11 pacientes los valores de CPF fueron menor a 150 mcg/g, 5 en remisión y 6 con actividad endoscópica (2 leves, 2 moderadas y 2 severas); con respecto a la extensión de la misma 4 presentaron proctitis, 1 colitis izquierda y 2 colitis extensas. Se observó una buena correlación entre los valores de CPF mayores a 150 mcg/g con la actividad endoscópica, presentando un VPP de 0.93. Sin embargo, valores menores a 150 mcg/g no permitieron discriminar entre actividad y remisión (VPN 0.45), pero cabe aclarar que el 66% de los pacientes presentaron afectación rectal. En relación a la extensión de la enfermedad, un valor de CPF mayor o igual a 150 mcg/g presentó un VPP de 0.70 para colitis izquierda/extensa y un valor menor a 150 mcg/g presentó un VPN de 0.6 para compromiso rectal. **CONCLUSIÓN:** en los pacientes con colitis ulcerosa un valor de CPF mayor o igual a 150 mcg/g presenta una buena correlación con la actividad endoscópica y extensión izquierda o extensa, en concordancia con la bibliografía.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1570

COLONOSCOPIA CON LUZ BLANCA DE ALTA DEFINICIÓN Y CROMOENDOSCOPIA VIRTUAL ELECTRÓNICA PARA LA DETECCIÓN DE DISPLASIA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

María Josefina Sobrero; Juan Andrés De Paula; Pamela Ruth Daffra; Ramiro Cruz González Sueyro; Paula Galletto; María Belén Sánchez; María Josefina Etchevers; María Laura González; Mariano Marcolongo.

HIGA San Martin - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.1.Enfermedad Inflamatoria

Introducción: La colitis ulcerosa (CU) y la Enfermedad de Crohn (EC) constituyen entidades de alto riesgo de cáncer colorrectal (CCR). La prevalencia de displasia de bajo grado (DBG) en esta población ronda el 10%. Se recomienda la colonoscopia de pesquisa (VCC) para la detección de displasia. Aunque la mayoría de las lesiones displásicas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) son visibles, las técnicas endoscópicas auxiliares son múltiples y variables en la práctica. **Objetivo:** Describir los resultados de detección de displasia con VCC con luz blanca de alta definición (LBHD) y posterior cromoendoscopia virtual electrónica (VCE) con iScan (PENTAX) en pacientes con EII. **Métodos:** estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en pacientes que realizaron VCC con LBHD y VCE entre 2012 y 2018, con resección de lesiones visibles o biopsias dirigidas en un centro de referencia. Se revisaron historias clínicas electrónicas para obtener datos respecto a las características de los pacientes, hallazgos endoscópicos y diagnóstico histológico. **Resultados:** Entre 2012-2018 se realizaron 407 VCC en 148 pacientes, de las cuales 196 en 91 pacientes (2.1 VCC/paciente) cumplieron criterios de inclusión: pacientes mayores a 18 años, diagnóstico de CU no rectal o EC extensa 10 años antes o desde el

diagnóstico en forma concomitante con colangitis esclerosante primaria (CEP) que realizaron al menos 1 VCC con LBHD y VCE en el mismo procedimiento (53% mujeres; promedio edad al diagnóstico 29 años; 95.6% CU [19.5% izquierdas; 27.6% extensas; 52.9% pancolitis] y 4.4% EC [75% pancolitis, 25% extensas]; 22.3% CEP), 211 VCC fueron excluidas principalmente debido a protocolo incompleto. De las VCC incluidas, 98.5% (193/ 196) fueron realizadas por endoscopistas entrenados en EII; 93% (183/196) VCC presentaron preparación adecuada y enfermedad en remisión al momento del examen. Se detectaron 115 lesiones en 62/196 VCC (31%) de acuerdo a la Clasificación de París (92 con LBHD y 23 con VCE) localizadas principalmente en colon izquierdo (45/92[48.9%] con LBHD y 13/23[56.5%] con VCE). Se identificó displasia en 22 muestras; 20 con LBHD (17 DBG; 3 displasia de alto grado [DAG]) y en 2 lesiones adicionales detectadas con VCE (2 DBG) en 2 pacientes. Uno de ellos presentaba una segunda lesión displásica en el mismo procedimiento identificada con LBHD. Se identificaron 26 pólipos hiperplásicos (18 con LBHD y 8 con VCE). No se encontraron adenocarcinomas. Se diagnosticó displasia en 12% de los pacientes (11/91) y 19% de las lesiones visibles (22/115), con una tasa de detección de DBG de 17% (20/115). Una VCC (1/62 [1.6%]) hubiese sido clasificada como negativa para displasia con LBHD sin VCE adicional. **Conclusiones:** Las tasas de detección de displasia en esta cohorte fueron similares a las descriptas en la literatura. Se logró un incremento diagnóstico de displasia del 10% con la utilización de VCE con iScan luego de la utilización de LBHD.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1572

DETECCIÓN DE DISPLASIA COLÓNICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL POR MEDIO DE BIOPSIAS AL AZAR LUEGO DE COLONOSCOPIA DE ALTA DEFINICIÓN Y CROMOENDOSCOPIA VIRTUAL ELECTRÓNICA

María Josefina Sobrero; Juan Andrés De Paula; Pamela Ruth Daffra; Ramiro Cruz González Sueyro; Paula Galletto; María Belén Sánchez; María Josefina Etchevers; María Laura González; Mariano Marcolongo.

Hospital Italiano de Buenos Aires - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.1.Enfermedad Inflamatoria

Introducción: Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), colitis ulcerosa (CU) o enfermedad de Crohn de colon (EC), tienen un incremento en el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal (CCR). La colonoscopia (VCC) está recomendada para detectar displasia, aunque existen múltiples técnicas que generan variaciones en la práctica. La toma de biopsias al azar continúa controversial e incluso consensos de expertos no han logrado acuerdo al respecto cuando la técnica endoscópica utilizada es la cromoendoscopia. Datos recientes sugieren su uso en pacientes de alto riesgo. **Objetivos:** describir los resultados de la detección de displasia por medio de biopsias al azar luego de la pesquisa por medio de VCC con luz blanca de alta definición (LBHD) y posterior cromoendoscopia virtual electrónica (VCE) iScan (PENTAX). **Métodos:** estudio retrospectivo, observacional, descriptivo en pacientes que realizaron VCC con LBHD y VCE con biopsias dirigidas y al azar, entre 2012 y 2018 en un centro de referencia. Se revisaron historias clínicas electrónicas para recabar características de los pacientes, hallazgos endoscópicos y diagnóstico histológico. **Resultados:** entre 2012-2018 se realizaron 407 VCC en 148 pacientes; 196 VCC en 91 pacientes (2.1 VCC/paciente) cumplieron criterios de inclusión: pacientes mayores a 18 años, diagnóstico de CU no rectal o EC extensa 10 años antes o desde el diagnóstico concomitante con colangitis esclerosante primaria (CEP) que realizaron al menos 1 VCC con LBHD y VCE en el mismo procedimiento (53% mujeres; promedio edad al diagnóstico 29 años; 95.6% CU [19.5% izquierdas; 27.6% extensas; 52.9% pancolitis] y 4.4% EC [75% pancolitis, 25% extensas]; 22.3% CEP), 211 VCC fueron excluidas principalmente debido a protocolo incompleto. De las VCC incluidas, 98.5% (193/ 196) fueron realizadas por endoscopistas entrenados en EII; 93% (183/196) VCC presentaron preparación adecuada y enfermedad en remisión al momento del examen. Se detectaron 115 lesiones de acuerdo a la Clasificación de París (92 con LBHD y 23 con VCE) localizadas principalmente en colon izquierdo (45/92[48.9%] con LBHD y 13/23[56.5%] con VCE). Se identificó displasia en 22 muestras; 20 con LBHD (17 displasia de bajo grado [DBG]; 3 displasia de alto grado [DAG]) y en 2 lesiones adicionales detectadas con VCE (2 DBG) en 2 pacientes. Se tomaron biopsias al azar en todos los procedimientos, obteniendo 6979 muestras (promedio 35 biopsias/VCC); en 146 VCC (74.4%) se tomaron 32 o más biopsias. Se detectó DBG en una única muestra (1/6979=0.014%) de un paciente sin CEP con otra lesión displásica detectada con LBHD en el mismo procedimiento. **Conclusiones:** No se identificaron pacientes adicionales con displasia por medio de las biopsias al azar con un protocolo de muestreo adecuado. El rédito diagnóstico de displasia de las biopsias al azar luego de la visualización con LBHD y VCE con biopsias dirigidas realizada por endoscopistas entrenados fue muy bajo.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1609

EPIDEMIOLOGÍA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN CENTRO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Ianina Capaldi; Florencia Giraudo; Rocío Lema; Ivanna Candel; Nadia Perron; María Laura Garbí; Martín Yantorno; Sebastian Carrica; Francisco Tufare; Gustavo Javier Correa.

HIGA San Martín La Plata - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.1.Enfermedad Inflamatoria

Introducción: la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), es una patología crónica, recidivante y fluctuante, que afecta al tracto gastrointestinal. Esta entidad incluye, la colitis ulcerosa (CU), la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis no clasificable (CNC). La fisiopatogenia es considerada multifactorial, condicionada por factores inmunológicos, genéticos y ambientales; existiendo diferencias en la incidencia, edad de presentación y fenotipos de la enfermedad en las distintas regiones geográficas. En Latinoamérica existen pocos estudios epidemiológicos con resultados heterogéneos. Objetivos: describir las características demográficas y fenotípicas de los pacientes con EII, que consultaron, entre los años 2009 al 2019, al servicio de gastroenterología de un centro de derivación terciaria de la provincia de Buenos Aires. Materiales y Métodos: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico confirmado según criterios clínicos, bioquímicos, imagenológicos, endoscópicos e histológicos de EII utilizando la clasificación de Montreal. Resultados: se incluyeron 444 pacientes, 307 (69,5%) con CU, 113 (25%) con EC y 24 (5,5%) con CNC. Presentan seguimiento en el último año 291 (69,1%) y fallecieron 19 (2%). La CU fue más frecuente en mujeres 173 (56,3%) y el 61% se presentó entre los 17 y 40 años. Según la extensión, 53 fueron proctitis, 132 colitis izquierda y 116 extensas. Se evidenció progresión de la extensión macroscópica en 18 pacientes. La severidad fue leve en 92 (29%), moderada en 131 (42%) y severa en 82 (26%). Se realizó tratamiento con corticoides en el debut en 113 (36,8%) y en la evolución en 153 (49,8%); con comportamiento dependiente 71 y refractarios 17. Terapia con purinas en 91 (29,6%), con comportamiento refractario en 15. Terapia biológica en 45 (14,6%), siendo 4 refractarios. La EC, fue más frecuente en mujeres 66 (58,4%), presentándose el 53% entre los 17 y 40 años. La extensión fue en 14 (12,3%) de intestino delgado, 64 (56%) de colon, 34 (30%) ileocolónico, 3 con compromiso del tracto gastrointestinal superior; la enfermedad perianal se evidenció en 38 (33,6%). El comportamiento fue inflamatorio en 70 (61,9%), estenosante en 37 (32%) y fistulizante en 6 (5,3%). La severidad clínica en 94 pacientes (83,2%) fue moderada o severa al debut. Se realizó tratamiento con corticoides en el debut en 74 (65,5%) y en la evolución 64 (56,6%); presentaron comportamiento refractario 6 y dependiente 34. Terapia con purinas en 84 (74,3%), 13 con comportamiento refractario. Terapia con biológicos en 54 (47,8%), con un comportamiento refractario en 12. Tratamiento quirúrgico en 31 pacientes. Conclusiones: este trabajo aporta información epidemiológica de la EII, una enfermedad crónica, poco frecuente, con una prevalencia en aumento para contribuir al reclutamiento de datos regionales.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1668

HEPATOPATÍAS AUTOINMUNES CRÓNICAS Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL MÁS ALLÁ DE LA COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA

María Belén Sánchez; María Josefina Etchevers; Juan Andrés De Paula; Ramiro Cruz González Sueyro; Pamela Ruth Daffra; Jesica Ramirez Medinacelli; Lucía Gabriela Pérez; María Josefina Sobrero; Alejandra María Villamil; Mariano Marcolongo.

Hospital Italiano de Buenos Aires - Capital Federal - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.1.Enfermedad Inflamatoria

Introducción: La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) y la Colangitis Esclerosante Primaria (CEP) están estrechamente relacionadas, con un 60-80% de prevalencia de EII en CEP, más frecuentemente asociada a Colitis Ulcerosa (CU). No es conocida la asociación con otras hepatopatías autoinmunes crónicas (HAC), como la Hepatitis Autoinmune (HAI), Cirrosis Biliar Primaria (CBP) y Síndrome de Superposición (SS). Materiales y Métodos: El objetivo primario fue estimar la frecuencia de HAC en pacientes con EII y secundariamente identificar la secuencia temporal entre el diagnóstico de HAC y EII, severidad de la EII, requerimiento de trasplante, presencia de displasia/cáncer y la correlación clínico/endoscópica en cada HAC. Se revisaron en forma retrospectiva las historias clínicas de pacientes con EII y HAC con seguimiento en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Resultados: De los 1895

pacientes con EII, 108 (5,7% [IC95% 4,7-6,8%]) presentaron una HAC asociada, 78 CEP, 27 HAI, 3 SS y ninguno CBP. La mayoría (96,3%) estuvieron asociadas con CU. La prevalencia de hepatopatías en pacientes con CU fue 7,6% (IC95% 6,3-9,2) y de 1% (IC95% 0,3-2,5%) en los pacientes con Enfermedad de Crohn (EC). De los pacientes con CEP, 56,4% fueron hombres y el diagnóstico de la EII precedió al de hepatopatía en 54,3% (mediana de 8 años), fue posterior en 10,0% (mediana de 7,9 años) y en forma concomitante (<1 año) 35,7%. Por otra parte de los pacientes con HAI 55,6% fueron mujeres, la HAC fue diagnosticada primero en 40,0% (mediana 5,3 años), posteriormente en el 16% (mediana 6,5 años) y en forma concomitante en 44,0%. La mediana de la edad al diagnóstico de la HAC en los pacientes con CEP fue 32,5 (19,5 - 50,1) años y para la HAI 13,1 (5,6 - 16,0). De los 77 pacientes con registros completos, 97% presentaron colitis extensa por histología, sin diferencia significativa entre CEP y HAI. Los pacientes con CU-HAI comparados con los que presentan CU-CEP requirieron significativamente más internaciones (45,0% vs 21,0%, p<0,05) y uso de biológicos (35,0% vs 9,6%, p=0,016), no encontrándose diferencias en cuanto a colectomía y córtico-refractariedad/dependencia. En 5 (9,6%) pacientes con CU-CEP se diagnosticó cáncer colorrectal/dislipia de alto grado y en ninguno con CU-HAI. El trasplante hepático fue requerido en 38,5% de los pacientes con CU-CEP y en 5,0% de los pacientes con HAI-CU. De los pacientes con una actividad endoscópica moderada a severa más de la mitad de los pacientes (57,7%) eran oligosintomáticos (Mayo clínico 0-3) no existiendo diferencia entre ambas HAC. Discusión: En esta serie CEP y HAI fueron las HAC más frecuentes en pacientes con EII, en su gran mayoría asociados a CU. Como ya ha sido reportado la presencia de HAC se asoció a una marcada disociación clínico-endoscópica. Los pacientes con CU-HAI tuvieron un inicio más temprano y un curso más severo de la EII con más internaciones y biológicos respecto CU-CEP.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1373

IMPACTO DE LA VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA DE INTESTINO DELGADO EN LAS DECISIONES TERAPÉUTICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN ESTABLECIDO: UN ESTUDIO DE LA VIDA REAL

Raquel González; Estanislao J. Gómez; Lisandro Pereyra; José M. Mella; Guillermo N. Panigadi; Carolina Fischer; Mariela Roel; Daniel G Cimmino; Silvia C. Pedreira; Luis A. Boerr.

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.1.Enfermedad Inflamatoria

INTRODUCCIÓN. La evaluación de intestino delgado (ID) en pacientes con Enfermedad de Crohn establecido (ECE) es de fundamental importancia para planear las estrategias terapéuticas. Sin embargo, aún no ha sido evaluada la utilidad de la videocápsula endoscópica (VCE) para la toma de decisiones clínicas. OBJETIVOS. Investigar la utilidad clínica de la VCE para evaluar la actividad y extensión en ECE, y si los resultados de la VCE modifican las decisiones terapéuticas subsecuentes. METODOS. Se realizó un estudio observacional de cohorte retrospectivo. Fueron incluidos pacientes adultos con ECE derivados para estudio de VCE, en el período Nov 2012-Nov 2018. Se registró información sobre demografía, estudios complementarios, tratamiento recibido, evolución y seguimiento en los 3 meses posteriores. Se realizó análisis univariado para identificar las características de la VCE asociadas a cambios en el manejo terapéutico. RESULTADOS. En el período del estudio se realizaron 345 protocolos de VCE, de los cuáles 90 fueron en pacientes adultos con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). Incluimos en el análisis 27 estudios de VCE de pacientes con ECE: Edad media 35 años (rango 15-75 años), 17 (63%) fueron varones y con un tiempo medio de evolución de 8 años. La VCE alcanzó el ciego en 26 (96%) de los casos, y se observó retención en 1 solo paciente (4%) sin necesidad de remoción quirúrgica. Al momento del estudio de VCE 5 pacientes (18%) presentaron parámetros de respuesta inflamatoria elevados (proteína C reactiva y/o calprotectina fecal), anemia en 4 (15%), dolor abdominal en 18 (67%), diarrea en 16 (59%) y pérdida de peso en 4 (15%). Trece de 27 (48%) pacientes presentaron hallazgos consistentes con ECE en la VCE. Las lesiones identificadas incluyeron úlceras: 11 (41%), eritema y edema de vellosidades: 10 (37%), erosiones: 2 (7%) y estenosis: 2 (7%). Se distribuyeron principalmente en ID distal (3er tercio) en 12 (44%) pero en 4 (15%) de los casos se observó afectación de ID proximal (1ro y 2do tercio). El Score de Lewis (SL) promedio fue 784 (8-5392), con actividad inflamatoria significativa (SL \geq 135) en 9 (33%) y moderada o severa (SL > 790) en 2 (7%). La VCE modificó la clasificación de Montreal en 4 (15%) de los pacientes y en 14 (52%) se descartó actividad en ID. Además modificó la conducta terapéutica en 14 (52%) de los pacientes luego de los 3 meses de seguimiento (8 pacientes iniciaron nueva terapia biológica, 3 optimizaron la terapia biológica, 2 iniciaron budesonide y 1 suspendió azatioprina). El compromiso de intestino delgado proximal comparado con el compromiso de intestino delgado distal se asoció más frecuentemente a cambios en el manejo terapéutico (100% vs. 43%, p: 0.04) al igual que la actividad inflamatoria significativa (SL \geq 135), comparada con SL < 135 (82% vs. 25%, p: 0.004). CONCLUSIONES. En nuestro estudio, la VCE en pacientes con ECE agrega información clínica relevante y con gran impacto en las decisiones terapéuticas.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1380**INFLUENCIA DE LA ACTIVIDAD CLÍNICA Y ENDOSCÓPICA DE LA COLITIS ULCEROSA EN LA CALIDAD DE VIDA EVALUADA CON UN CUESTIONARIO ESPECÍFICO PARA LA ENFERMEDAD (IBDQ-32)***Santiago Marzullo; Federico Cassella; José Luis Fernández; Luis Viola.*

SAGE/Sanatorio Guemes - CABA - ARGENTINA

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.1.Enfermedad Inflamatoria

Influencia de la actividad clínica y endoscópica de la colitis ulcerosa en la calidad de vida evaluada con un cuestionario específico para la enfermedad (IBDQ-32). Marzullo Santiago, Cassella Federico, Fernández José Luis, Viola Luis Servicio de Gastroenterología, Sanatorio Güemes Centro Integral de Gastroenterología Introducción. La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica caracterizada por la alternancia de períodos de remisión y recaída. Su curso recurrente tiene importantes repercusiones negativas a nivel social, psicológico y financiero, perjudicando la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Para evaluar esta CVRS se utiliza el Inflammatory Bowel Disease Questionnaire 32 (IBDQ-32), un cuestionario específico autoadministrado que ha sido traducido y validado para su uso en español. Objetivo. Investigar en qué medida los factores demográficos, la actividad clínica y la actividad endoscópica afectan la CVRS. Pacientes. Incluimos 40 pacientes mayores de 18 años con CU activa o inactiva que dieron su consentimiento para responder el IBDQ-32. Métodos. Como factores demográficos se consideraron el sexo y la condición de los pacientes (hospitalizados vs. ambulantes). La actividad clínica se evaluó con la escala de Truelove-Witts (remisión vs. leve, moderada o grave) y la actividad y extensión endoscópica con el Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (UCEIS) (0 vs. 1 o mayor) y con la escala de Montreal (0 vs. 1 a 3). Se analizaron las medias del IBDQ-32 total con sus respectivos desvíos estándares, considerándose que un score mayor refleja una mejor calidad de vida. Los resultados en cada grupo se compararon con una prueba de Mann-Whitney. Resultados. No hubo diferencias significativas en el IBDQ-32 de 23 hombres y 17 mujeres (162,3+46,1 vs. 171,2+51,3; P = 0,47). La media del IBDQ-32 fue significativamente menor en los 7 pacientes hospitalizados (131,6+44,9 vs. 173,4+46,2; P = 0,03) y en los 20 pacientes sin remisión clínica (137,8+40,7 vs. 194,4+36,2; P = 0,0006). De los 35 pacientes en los que se contó con el dato endoscópico, la media del IBDQ-32 fue significativamente menor en los 30 pacientes con UCEIS 1 o mayor (156,4+51,0 vs. 198,2+13,2; P = 0,05) y en los 29 pacientes con escala de Montreal de 1 a 3 (154,3+50,6 vs. 201,3+14,1; P = 0,01). Conclusiones. La CU compromete significativamente la CVRS de los pacientes hospitalizados, con actividad clínica o con actividad endoscópica. El cuestionario IBDQ-32 es una herramienta útil para evaluarla.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1514**PAP ANAL EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ¿OTRO ELEMENTO DE DIAGNÓSTICO?***María Jimena Cerezo; María Claudia Milano; Adrian Moreno; Julieta Guyot; María Carolina Conlon; Renata Alina Spiazzi; Ana María Ormonte Zambrana.*

Hospital Nacional Prof. A. Posadas - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.1.Enfermedad Inflamatoria

Introducción: La citología es un método diagnóstico simple, fácil, eficaz y eficiente que se basa en el estudio microscópico de células exfoliadas resultado de la renovación constante de las células epiteliales. Nuestro grupo de trabajo demostró su utilidad en el diagnóstico precoz de la neoplasia anal intraepitelial (NIA) en pacientes de riesgo (HIV positivos). En la búsqueda de displasia celular, como precursora del NIA, en los pacientes inmunosuprimidos, incorporamos a aquellos portadores de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) y estudiamos sus extendidos citológicos. Los hallazgos observados revelaron datos, hasta el momento desconocidos, que podrían relacionarse con el grado de inflamación dado por la presencia de neutrófilos. En el caso de la citología, evaluamos la cantidad de neutrófilos como signo del grado de inflamación. Objetivos: demostrar la utilidad del PAP anal en pacientes portadores de EII para la valoración del grado de actividad. Pacientes y métodos: Se incluyeron hasta la fecha 38 pacientes portadores de EII (colitis ulcerosa CU y enfermedad de Crohn EC). Se realizó interrogatorio completo, examen físico, extracción de sangre con medición de hemograma, recuento de plaquetas, eritrosedimentación y proteína c reactiva (PCR). Se determinó actividad de la enfermedad utilizando los índices validados de Truelove-Witts y CDAI. Para el informe de las muestras obtenidas median-

te técnica de PAP anal se determinó un índice citológico de inflamación: 0: ausencia de neutrófilos, leve: escasos neutrófilos y moco, moderado: moderada cantidad de neutrófilos y moco, severo: abundante cantidad de neutrófilos, hematíes y moco. Resultados: se relacionaron los resultados citológicos obtenidos con datos clínicos y valores de PCR. Hallamos una correlación entre los mismos, lo que nos llevó a la realización de un estudio de validación de método diagnóstico para determinar la sensibilidad y especificidad del PAP anal en esta población de pacientes. Conclusiones: La citología exfoliativa del canal anal es un método eficaz, eficiente y accesible que permitiría complementar los otros métodos disponibles para definir la actividad de la EII en forma inicial, durante el seguimiento y a la hora de la optimización del tratamiento. En nuestro medio no contamos con la medición de calprotectina, con lo cual para nuestro grupo de trabajo el estudio citológico es más accesible y ofrece resultados inmediatos.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1567**PARASITOSIS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL***María Jimena Cerezo; María Carolina Conlon; María Claudia Milano; Renata Alina Spiazzi.*

Hospital Nacional Prof. A. Posadas - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.1.Enfermedad Inflamatoria

Introducción: Los estudios epidemiológicos y microbiológicos sugieren que los microorganismos enteropatógenos juegan un papel importante en el inicio clínico y las recaídas de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). La frecuencia de estas infecciones es probablemente subestimado debido a problemas en su detección. Para un tratamiento médico óptimo, la detección microbiológica de patógenos entéricos es útil en pacientes con brotes de EII. Las parasitosis intestinales se encuentran ampliamente distribuidas en el mundo, con mayor prevalencia en los países en desarrollo. Los registros subestiman la real magnitud de este tipo de infecciones, las cuales se mantienen en altas tasas a causa de las deficientes condiciones de saneamiento ambiental, la falta de control, prevención y educación sanitaria. La literatura científica sobre la epidemiología de los parasitosis intestinales en Argentina se encuentra muy dispersa con escasa visibilidad para la comunidad científica. No hay datos sobre este tipo de infecciones en pacientes con EII en nuestro medio. Objetivo: Describir la prevalencia de parasitosis intestinal en pacientes con EII atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Prof. A. Posadas. Pacientes y métodos: Se realizó un estudio descriptivo observacional con revisión de historias clínicas de pacientes con EII atendidos desde 2015 a 2018. Se agrupó a aquellos con coproparasitológico positivo según el método bifásico de Ritchie modificado. Se realizó un análisis de los grupos mediante test de chi cuadrado y test de Fisher. Resultados: Se revisó un total de 112 historias clínicas. Se incluyó 82 pacientes. 50 (61%) eran mujeres y 32 (39%) hombres. La edad media de diagnóstico fue de 38 +/- 17.4 años. 63% (52) tenían colitis ulcerosa y 37% (30) enfermedad de crohn. La prevalencia total de infección por parásitos intestinales fue de 16%. La distribución fue: Blastocystis Hominis en 4 pacientes (5%), Entamoeba Coli 3 casos (4%), Enterovirus Verucularis 3 casos (4%), Giardia Lamblia 3 casos (4%), Endolimax Nana en 2 (2%) y Dientamoeba Fragili en un caso (1%). El 69.5%(57) tenía actividad clínica de la enfermedad. Observamos asociación entre coproparasitológico positivo y actividad clínica. A su vez, la falta de provisión de agua corriente para consumo se asoció a infección por parásitos. Conclusión: La prevalencia total de infección por parásitos intestinales en nuestra población de pacientes con EII fue de 16%. Si bien el tamaño de la muestra es pequeño como para reforzar esta idea, la infección por estos microorganismos podrían contribuir al desarrollo de brotes de la enfermedad. El principal factor de riesgo observado para este tipo de infecciones fue la ausencia de provisión de agua corriente, por lo cual consideramos importante remarcar el rol de la vigilancia epidemiológica, la educación sanitaria y sobre todo el diagnóstico sistemático de las mismas para su tratamiento oportuno en este grupo de pacientes.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1567**PRESENTACIÓN TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PEDIATRÍA***Lorena Soledad Menendez; Luciana Guzmán; Paula Borobia; Lorena Regairaz; Diana Cabanillas; Fernanda Vargas; Teresita Gonzalez.*

Hospital Interzonal de Agudos Especializado Sor María Ludovica de La Plata, Buenos Aires, Argentina - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.1.Enfermedad Inflamatoria

INTRODUCCIÓN: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un desorden inflamatorio crónico que afecta el tracto gastrointestinal. Se define como presentación temprana de la enfermedad, cuando la misma debuta antes de los 10 años de vida del niño. **OBJETIVO:** determinar las características de la EII de presentación temprana. **MATERIALES:** pacientes en seguimiento en el servicio de gastroenterología infantil con EII menores de 10 años de edad. **MÉTODOS, RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Estudio descriptivo, observacional. Se recolectaron datos de las historias clínicas entre los años 2010 al 2019, en un hospital público infantil. Se utilizará la clasificación de París para categorizar a los pacientes. Se utilizó para su análisis el programa Excel. **RESULTADOS:** 18 presentaron edad menor a 10 años (43%). De ellos, 3 pacientes son menores de 2 años, 6 pacientes entre 3 y 6 años y 9 pacientes entre 7 y 10 años. 12 son niñas (66.6%) y 6 varones (33.3%). Se clasificaron como enfermedad de Crohn 10 pacientes y 8 con colitis ulcerosa. De los pacientes con EC el 80% presentó afectación colónica (L2), 20% afectación ileocolónica (L3), 60% enfermedad alta proximal al ángulo de Treitz, y 10% distal al mismo. El 80% conducta inflamatoria (B1), 10% estenosante (B2) y 10% penetrante (B3). El 40% presentó retraso en el crecimiento (G1). Los pacientes con Colitis Ulcerosa el 66.6% presentó pancolitis (E4), el 11.1% colitis extensa (E3), 11.1% colitis izquierda (E2). El 33.3% fueron de presentación grave. Todos presentaron histología compatible con EII. Solo 1 paciente presentó un granuloma no caseificante como diagnóstico definitivo de EC. Por la edad de presentación se realizó interconsulta con servicio de inmunología con los siguientes resultados: 1 paciente presentó el gen NOD2-NLRP3, 1 paciente el gen FOXP3, 1 paciente déficit NEMO, 1 paciente déficit DOCK 8. 2 pacientes inmunodeficiencias combinadas. El 66.6% se estudió intestino medio con entero resonancia. En cuanto al tratamiento los pacientes con EC moderado recibieron para la inducción a la remisión budesonide oral. El resto fueron formas graves de las cuales: 2 recibieron corticoides orales, 3 infliximab, 2 nutrición enteral exclusiva y 2 cirugía. De estos pacientes ninguno debuto con una forma leve de presentación. Para el mantenimiento reciben 3 azatioprina, 1 tacrolimus, 4 infliximab, 1 nutrición enteral, y 1 falleció. En los pacientes con CU lograron la inducción a la remisión: formas moderadas 4 corticoide oral, 4 infliximab. No presentaron formas leves, ni graves. Para el mantenimiento 3 pacientes reciben mesalazina, 2 azatioprina 3 infliximab y 1 adalimumab. La forma de presentación antes de los 10 años obliga investigar inmunodeficiencias primarias. Ninguno de los pacientes descriptos presentó una forma leve lo cual evidencia su carácter más agresivo. La mitad de los pacientes en ambos grupo requirieron terapia con biológicos.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1407

USO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA: EXPERIENCIA DE PROFESIONALES DE UN GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE TRABAJO

Gisela Piñero; Victoria Trevizan; Alceo Galimberti; Juana Pascual; Antonela Ferrari; Jimena Ortiz; Joaquín Montero; Mariana Lagruta; Fernando Bessone; Orlando Ruffinengo.

Hospital Provincial del Centenario - Santa fe - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.1.Enfermedad Inflamatoria

INTRODUCCIÓN Los anticuerpos monoclonales contra el factor de necrosis tumoral α (Anti-TNF) son eficaces para inducir y mantener remisión en colitis ulcerosa (CU) moderada-severa. Existen escasos estudios sobre su utilización en nuestro medio. El objetivo es analizar respuesta clínica y endoscópica a las 12 y 52 semanas, uso de corticoides, hospitalizaciones, cirugías y eventos adversos. **MATERIAL Y MÉTODOS** Estudio observacional retrospectivo descriptivo de una cohorte histórica de adultos con CU tratados con Anti-TNF desde abril 2010 hasta diciembre 2018 en la ciudad de Rosario. Se analizaron variables demográficas, clínicas, analíticas, endoscópicas, de tratamiento y eventos adversos. Se consideró RESPUESTA CLÍNICA al descenso del Score de Mayo (SM) ≥ 3 puntos y $\geq 30\%$, REMISIÓN SM ≤ 2 y subscores ≤ 1 y REMISIÓN ENDOSCÓPICA SM endoscópico ≤ 1 . RESULTA-

DOS Se analizaron 18 tratamientos; 61% (11/18) con adalimumab, 33% (6/18) con infliximab y 6% (1/18) golimumab. EL 61% masculino con duración media de CU de 51,1 meses ($\pm 45,8$). La edad diagnóstica media fue 31 años ($\pm 15,4$), 67% con enfermedad extensa y SM basal medio de 8,6 puntos ($\pm 2,4$). El 22% presentaba refractariedad previa a Anti-TNF y 67% realizaba corticoides. La respuesta y remisión clínica tras 12 semanas fue 39 y 33%, respectivamente, y la remisión endoscópica 29%, llegando a 45% tras 52 semanas. El 50% estaba libre de corticoides (28% en remisión clínica) alcanzando 45% al año. Hubo 17% y 27% de hospitalización en cada periodo, con 6 y 9% de colectomía. Comparando características basales del grupo con respuesta clínica en semana 12 con aquellos sin respuesta, se observó una tendencia sin significación estadística a mayor frecuencia de sexo masculino (73% vs 43%; $p=0.32$), colitis extensa (73% vs 57%; $p=0.63$), uso previo de Anti-TNF (27% vs 14%; $p=1$), mayor SM global y endoscópico (9.2 ± 2 vs $7.6 \pm 2,6$; $p=0,2$ y $2.6 \pm 0,5$ vs $2.4 \pm 0,8$; $p=0,5$, respectivamente) como PCR y VES más elevados ($31 \pm 41,3$ vs $8.3 \pm 8,7$ mg/l; $p=0,2$ y $53 \pm 50,5$ vs $32 \pm 34,5$ mm/hora; $p=0,4$, respectivamente). El tiempo medio de seguimiento fue 20 meses ($\pm 19,5$), presentando 20% falla primaria, 17% pérdida de respuesta y 17% optimización. Un tratamiento requirió discontinuación por infección severa. No se presentó ningún caso de tuberculosis, neoplasia o muerte. **CONCLUSIONES** Se demuestra un beneficio global del uso de Anti-TNF con perfil de seguridad aceptable. La falta y pérdida de respuesta son problemas considerables.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1505

“ESTADIO DE CÁNCER COLORRECTAL AL DIAGNÓSTICO EN UN CENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD DE BS AS”

Ana Clara Fuentes; María de los Ángeles Daca Alvarez; Javier Vijoditz; Barbara Pardo; Ana Laura Visso; Rafael Escobar Fernandez.

Sanatorio Dr. Julio Mendez - CABA - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.2.Neoplasia

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es uno de los tumores malignos más frecuentes. La prevención secundaria propone a partir de los 50 y hasta los 75 años, realizar estudios según los protocolos para detectar y extirpar los adenomas o lesiones neoplásicas en una etapa temprana. La lenta progresión y el diagnóstico precoz de la secuencia adenoma-carcinoma es una ventana de oportunidad. Según el American Joint Committee on Cancer el 60% de los diagnósticos se realizan en Estadio avanzado (Estadio III y IV), con consecuente reducción de la sobrevida a cinco años. **Objetivo:** Determinar el estadio al diagnóstico de cáncer colorrectal en la población de un centro de salud de capital federal. **Materiales y métodos:** Estudio realizado durante los meses de Enero de 2017 a Enero de 2019. Se incluyeron pacientes mayores a 18 años con diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma colorrectal, con estadificación final según la clasificación del TNM de la Unión Internacional Contra el Cáncer, subdividido en cuatro estadios. Se determinaron las variables demográficas: edad y sexo; características para estadificación: localización tumoral, afectación ganglionar y enfermedad a distancia; método de resección: endoscópico o quirúrgico y método estadificador. **Resultados:** Se diagnosticaron 75 CCR, se excluyeron 19 pacientes. La media de edad fue de 70 años con un 7.14% menores de 50 años. El 44.6% presentó invasión ganglionar. Se registró enfermedad a distancia en el 34%. Las metástasis hepáticas fueron las más frecuentes en el 93% de los casos. En el periodo comprendido, se incluyeron los resultados de dos campañas de pesquisa organizada de CCR que tuvieron como hallazgo positivo dos adenocarcinomas intramucosos. La estadificación de la enfermedad correspondió al 21.4% en Estadio I, 32.1% Estadio II, 10.7% Estadio III y el 35.7% Estadio IV. **Discusión y conclusiones:** Como se mencionó previamente, el porcentaje diagnóstico de CCR tardío supera al 60%. A diferencia de ello, los resultados evidenciaron un 53.5% de diagnóstico de CCR en Estadio temprano. El 6% de CCR diagnosticado en este Estadio fue realizado en contexto de campañas de pesquisa organizada. Esto explica la diferencia con la literatura, reforzando la importancia de dichas intervenciones. El 37.5% se localizaba en colon ascendente. Esta ubicación presenta cuadros clínicos silentes y requiere de una mejor técnica endoscópica para su detección. Estas características distintivas de la localización contribuyen al retraso en su diagnóstico. Los pacientes menores de 50 años presentaban un Estadio avanzado al momento diagnóstico. Hallazgo que se explica por las vías alternativas de progresión de la secuencia adenoma-carcinoma que estipula un periodo de latencia menor. La polipectomía endoscópica en el 100% de los pacientes permitió un diagnóstico en Estadio I. Resultado que refuerza la importancia de la Videocolonoscopia como herramienta diagnóstica y terapéutica en los programas de detección precoz.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1478

CÁNCER COLORRECTAL (CCR): EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DEL PARTIDO DE GENERAL PUEYRREDÓN. RESULTADOS PRELIMINARES

Nora Fuentes; Leticia Gerby; Ignacio Mackinnon; Sebastián Calvo; Gabriela Morán Fainzo; Victoria Sayanes; Eduardo Peralta; Laura Herrera; Miguel Arce.

Fundación DiMe, Zona Sanitaria VIII. Provincia de Buenos Aires Hospital Interzonal General de Agudos Dr Oscar Alendes, - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.2.Neoplasia

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es el 3er cáncer más común a nivel mundial entre los hombres y el 2do entre las mujeres. En América Latina el CCR ha aumentado su incidencia con menor sobrevida con respecto a países desarrollados, probablemente por diferencias en los sistemas de salud. Actualmente, cuando se diagnostica un CCR, en más del 60% de los casos la enfermedad ya se encuentra avanzada. En 2012, la Argentina estableció un programa nacional de tamizaje del CCR. La ciudad de Mar del Plata tiene una población envejecida, con más probabilidad de tener CCR y no contamos con información sobre el sistema de salud del Partido de General Pueyrrredón (PGP) necesarias para planificar la implementación de dicho programa. Objetivo: Describir la situación basal del Sistema de Salud del PGP para implementar estrategias de abordaje al CCR. Materiales y Métodos: Se realizó un Análisis de Situación de Salud (ASIS) del Sistema de Salud del PGP a partir de fuentes secundarias de acceso libre tales como Censo 2010 y estimaciones realizadas por INDEC, del Sistema de Información Sanitaria Argentina y de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo III. ASIS es el proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población que facilita la identificación de necesidades y prioridades en salud, intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto. Se describen la situación geopoblacional y sociodemográfica, de salud y de los sistemas de salud. Los estimadores se describen con su intervalo de confianza del 95%. Resultados: Mar del Plata es la ciudad cabecera del PGP ubicada en el sudeste de la provincia de Buenos Aires, en 2016 residían 610.909 personas. Es una población envejecida (> 65 años un 14.2%). El cáncer es la 2da causa de muerte (18.6%). Presenta alto porcentaje de: actividad física baja (49%), obesidad (28%) y sobrepeso (41%), tabaquismo (28.2%) y bajo consumo de frutas y verduras (7.5%). Las tasas de tamizaje fueron: cáncer de mama (83%), cérvix (80%) y CCR (29%). Hay solo un hospital de adultos provincial y 35 centros de atención primaria que articulan con el centro de 2do nivel ambulatorio a nivel municipal. Además cuenta con 16 establecimientos privados. El mayor número de camas de internación es en estos últimos (953 vs 595). Hay 4.6 médicos /100mil habitantes. Solo el 24% de la población se atiende en la Salud Pública (obras sociales 64% y prepagas 10%). Conclusión: El PGP es uno de los conglomerados más grandes del país con una población envejecida con alta prevalencia de factores de riesgo y baja tasa de tamizaje. Cuenta con solo un hospital provincial y red amplia de centros atención primaria y junto a una alta tasa de cobertura privada. Requiere la reorganización de las estrategias para poder implementar un programa efectivo de atención para CCR. Es fundamental conocer las características locales a fin de poder implementar un programa acorde y sustentable.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1230

CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL EN LA CIUDAD DE SALTA Y SU RELACIÓN CON FACTORES SANITARIOS

José María Sanguinetti; Silvia Alejandra Bogado; Julio César Lotero Polesel.

Instituto de Gastroenterología y Endoscopia Salta - Salta - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.2.Neoplasia

Introducción: La efectividad de un programa de detección precoz de cáncer colorrectal (CCR) depende de la adherencia a recomendaciones, existencia de protocolos, del entrenamiento del equipo de salud y del conocimiento de la población. Objetivo: Determinar el conocimiento sobre prevención de CCR y su relación con el tipo de seguro de salud y el lugar de atención médica. Método: estudio observacional y transversal a través de una encuesta ad-hoc. Se excluyeron no residentes en Salta, < 40 años, familiares directos de los encuestadores, haber tenido CCR, ser trabajador de la salud. La muestra fue no probabilística y se trabajó con un nivel de confianza del 95% y precisión del 5%. Se construyó una variable compleja "conocimiento sobre prevención de CCR" y edad, sexo, cobertura sanitaria, lugar de atención médica y conocimiento sobre prevención del CCR. Análisis estadístico descriptivo y un estudio correlacional entre "conocimiento sobre prevención de CCR"

(suficiente, insuficiente o nulo) y tipo de cobertura sanitaria y lugar habitual de atención médica (Chi Cuadrado para la significación estadística ($p \leq 0.05$). Resultados: Se encuestaron 400 personas. El 51,55% (206) eran mujeres, edad promedio fue 56,97 años (40-88). La mayoría (70,43%) tenía Obra Social (282), el 23,33% (93) no tenía seguro de salud y el 6,24% (25) tenía seguro privado; 196 encuestados (51%) recibían atención en instituciones privadas y los 204 restantes (49%) en el sistema público. El 45,41% contestaron que conocían la existencia de estudios médicos o de laboratorio que permiten prevenir o detectar tempranamente el CCR (182). De los que conocían su existencia (182) el 57,7% afirmó recordar algún estudio (105). Sólo 56 (53,30%) nombraron correctamente uno. El más conocido fue la Colonoscopia (48=45,88%), la SOMF (4=3,84%). En relación con la edad de inicio del screening casi 1/3 de los que recordaban estudios preventivos (32/105) conocían la edad de inicio en la población con riesgo promedio. De los 400 encuestados, sólo el 32,34% (129) respondieron que existe un riesgo familiar. La mayoría de los encuestados (218) tuvo conocimiento nulo, 40 tenían conocimiento suficiente y los restantes insuficiente. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre cobertura sanitaria y conocimiento sobre prevención de CCR. Aquellos con Medicina Prepaga y Obra Social tuvieron mayor conocimiento que los que no tenían cobertura. El lugar habitual de atención médica tuvo relación estadísticamente significativa con el conocimiento, siendo mayor en los individuos que se atienden en el sistema privado. Conclusiones: El conocimiento sobre prevención de CCR en nuestra muestra fue bajo. Sólo un 10% de la muestra tenía conocimiento suficiente con un bajo porcentaje de recuerdo de estudios preventivos. La falta de conocimiento es entendida como una barrera en el acceso a la salud. Las personas sin seguro médico y las que se atienden en el sistema público tienen menores conocimientos.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1603

CRIBADO CÁNCER COLORRECTAL MEDIANTE TEST DE INMUNOENSAYO FECAL. RESULTADOS INICIALES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER COLORRECTAL EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Betiana Pucci; Matias Lafage; Virginia Mouesca; Adrián Sambresqui; Marina Khoury; Ubaldo Gualdrini; Oscar Laudanno.

Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.2.Neoplasia

Introducción En Argentina, el Cáncer Colorrectal (CCR) ocupa el segundo lugar en incidencia entre todos los cánceres para ambos sexos y muestra una tendencia en ascenso. En 2013, el Instituto Nacional del Cáncer crea el "Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal". Desde enero del año 2018, el Servicio de Gastroenterología de la institución se incorporó al programa que utiliza el Test de sangre oculta en materia fecal Inmunoquímico (SOMFi) como test de tamizaje. Objetivo Describir los resultados iniciales del Programa de Cribado de CCR en pacientes que realizan su atención en un hospital universitario. Material y métodos Estudio descriptivo de resultados del Programa de Cribado de CCR. Desde la implementación del programa en la institución, a todos los pacientes derivados al Servicio de Gastroenterología, asintomáticos y de riesgo promedio para CCR, se les propone realizar una determinación de sangre oculta en materia fecal, previa firma de consentimiento informado, seguido de Videocolonoscopia (VCC) en caso de ser positiva. El estudio fue aprobado por los Comité de Ética y de Docencia e Investigación. Se define como riesgo promedio de CCR a mayores de 50 años, asintomáticos, sin antecedentes personales ni familiares de CCR, ni de enfermedad inflamatoria intestinal Los KIT utilizados para SOMFi, donados por el Instituto Nacional del Cáncer, son una prueba de inmunoensayo-cromatografía para la detección cualitativa de niveles bajos de sangre humana oculta en heces. La Sensibilidad es del 93,6% (IC 95% 89,6-96,5) y la Especificidad del 99,1% (IC 95 % 96,9-98,7). Todos los pacientes tamizados se ingresan al Sistema de Información de Tamizaje (SITAM) del Instituto Nacional del Cáncer del Ministerio de Salud de la Nación. Resultados Desde 1 de enero de 2018 hasta el 21 de Junio de 2019, se ingresaron al SITAM los datos de 265 pacientes que realizaron el tamizaje en nuestra institución. El 69,1% eran mujeres, la edad promedio fue de 69,1± 7 años, de los cuales el 20% de los pacientes tenían entre 75-85 años. Sólo un 22,3% habían realizado algún método de tamizaje previo. El 29,8% (n=79) resultaron positivos, a quienes se les indicó VCC. Contando, hasta el momento, con la evaluación definitiva de 41 pacientes; de los cuales el 58% tenían adenomas, 8 fueron adenomas avanzados (mayor a 1cm, histología vellosa y/o con displasia de alto grado), 2 adenomas serratos y 3 carcinomas (2 intramucosos y 1 invasor; Duke A). Conclusiones A pesar de las recomenda-

ciones de cribado de CCR y de ser un centro universitario ubicado en la ciudad de Buenos Aires encontramos una baja tasa de tamizaje previo. Esto, sumado al grupo etario de nuestra población, podría explicar el alto porcentaje de positividad. Además, es interesante remarcar que los 3 tumores hallados fueron en estadios tempranos, teniendo en cuenta que la supervivencia del CCR está relacionada con la etapa en el momento del diagnóstico.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1286

EPIPROCOLON TEST (SEPTINA 9) ESTUDIO COMPARATIVO VS OTROS BIOMARCADORES BIOLÓGICOS (CA19-9 Y CAE) EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO POSITIVO DE CCR Y PACIENTES SANOS AMBOS CON ESTUDIOS DE COLONOSCOPIA PREVIA

Fernando Robledo; Franco Peral; Juan Pablo Del Aguila; Mauro Iantorno; Federico Martínez; Cinthia Choque Vargas; Melvi Cossio; Tatiana Alfonso; Marcelo Ruiz; Carolina Yañez; Silvia Lettieri.

HIGA Dr. Diego Paroissien - NOT APPLICABLE - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.2.Neoplasia

El cáncer colorrectal es uno de los cánceres más comunes en todo el mundo Existen diferentes métodos aprobados para la detección temprana, estos son procedimientos invasivos y no invasivos. Tradicionalmente, y hasta hace pocos años, los métodos no invasivos no demostraron sensibilidad y especificidad adecuada para sustituir a las invasivas, que requieren preparación, anestesia y ser intrusivo. Todas estas características no generan el cumplimiento necesario para difundirse masivamente. En los últimos años, y con la posibilidad de las pruebas moleculares con el aumento de la sensibilidad y especificidad, múltiples moléculas se han estudiado en la sangre para encontrar una técnica para facilitar la detección temprana sin estudios invasivos o complementando a otros. La medición de la metilación del gen Septin 9 ha llegado a desempeñar ese papel en la detección del cáncer colorrectal El objetivo de este estudio es demostrar el rendimiento y la sensibilidad de la Septina para el diagnóstico del CCR y como evaluación vs otros estudios que se utilizan como seguimiento para el CCR en tratamiento. Las variables de estudio incluyen el estadio clínico, localización del tumor y el grado histológico y comparación con otros dos marcadores proteicos El CAE y el CA19-9. La SEPTINA 9 (epiprocolon) se puso a prueba en las muestras de análisis, del plasma de los casos conocidos de CRC, y plasma recogidas de pacientes- sujetos de control sanos con colonoscopia u otros estudios como Colonoscopia Virtual negativos. Resultados La prueba de ADN metilado SEPT9 (Epiiprocolon) fue más sensible que los métodos descritos anteriormente (CA 19/9 y CAE); la prueba mostró una sensibilidad de CRC de 90% y una especificidad del 88% al 95%, la detección de CRC se observó en pacientes con CCR en todas las etapas/estadios. Para el cáncer de estadio temprano (I y II) la prueba fue del 87% (IC del 95% y 95,1%) y. La prueba identificó CRC de todas las regiones, incluyendo el de colon distal (por ejemplo, el ciego) y no tenía tasa de falsos positivos. Es un pequeño estudio prospectivo descriptivo. Conclusiones Una prueba de cribado de CCR basada en análisis de sangre sensibles usando el biomarcador SEPT9 detecta específicamente la mayoría de los CRC de todos los estadios del cáncer colorrectales. La prueba podría ser ofrecido a las personas de riesgo promedio para la CRC que no quieren o no pueden someterse a colonoscopia. También como método de seguimiento en los pacientes tratados para evaluar la aparición de nuevo cáncer o para control de tratamiento.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1372

TASA DE DETECCIÓN ANUAL DE ADENOCARCINOMA COLORRECTAL EN VIDEOCOLONOSCOPIA

Flavia Agustina Fuentes; Lucía Mercedes Campos; María Belen Lopez; Vanina D'Ercole; Pablo Colombo.

Complejo Médico Churruca-Visca - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.2.Neoplasia

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es la neoplasia más frecuente del tracto digestivo. Afecta ambos sexo. En nuestro país, representa el segundo cáncer en incidencia y la segunda causa de muerte por cáncer. Es uno de los cánceres más factibles de prevenir y curar ya que existe lesión precursora de lento crecimiento, cuya detección y resección por colonoscopia permite disminuir su incidencia al detectar y remover adenomas. La mayoría de los casos de CCR (70-75%) son esporádicos. El 15-20% ocurre en individuos con antecedentes familiares de adenomas

y/o de CCR y un 5% de los CCR ocurren en contexto de enfermedad inflamatoria intestinal y de síndromes hereditarios. En Argentina sólo el 37% es diagnosticado en etapa localizada. Objetivos: Describir la tasa de detección de CCR en pacientes que se realizaron VCC programada en el período de un año. Describir la presentación según edad, género, factores de riesgo, localización, histología y estadio al diagnóstico. Materiales y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo en pacientes que se realizaron videocolonoscopia (VCC) programada entre el 1 de junio de 2017 al 1 de junio de 2018 en el servicio de Gastroenterología del Hospital Churruca-Visca. Las VCC se realizan por médicos gastroenterólogos endoscopistas y residentes de la especialidad. Para obtener las VCC programadas se consultó el registro de procedimientos del servicio. Para identificar los casos de CCR se buscó en el sistema informatizado de historias clínicas aquellos pacientes en los que la VCC informó lesión. Se consideró caso cuando la histología informó adenocarcinoma. Recolección de datos: En pacientes en quienes se realizó VCC programada: -Edad -Sexo En pacientes en quienes se diagnosticó CCR: -Edad -Sexo -Motivo del estudio -Tabaquismo -Obesidad -Enolismo -Diabetes II -Realización previa de VCC -Antecedente personal de adenomas y/o CCR -Familiar con adenomas y/o CCR -Ubicación de la lesión -Histología -Estadio tumoral Resultados: Se realizaron 1906 VCC programadas y se detectaron 35 casos de CCR. La tasa anual de detección de CCR fue de 1,84% (IC95%=1,23-2,44). Se observó una tasa de detección anual mayor en el sexo masculino y en mayores de 70 años. En la tabla adjunta se presenta la descripción y características de los 35 casos de CCR detectados. Conclusiones: En nuestra serie de casos prevalece el CCR esporádico y se observó una tasa de detección anual mayor en el sexo masculino y en mayores de 70 años, datos que apoyan la influencia de la edad como principal factor de riesgo. Los resultados ponen de manifiesto que la mayoría de nuestros casos no se habían realizado ningún estudio de pesquisa previamente. Esto nos permite reconocer la deficiencia o la escasa noción que tiene nuestra población acerca del cáncer colorrectal y su posibilidad de prevención, debiendo como profesionales de la salud fortalecer las medidas de promoción en nuestra práctica.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1399

ESTUDIO PILOTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA FUNCIÓN ANORRECTAL EN PACIENTES TRATADOS POR CÁNCER DE RECTO LUEGO DE LA ESTRATEGIA "WATCH AND WAIT" VERSUS CIRUGÍA.

Agostina Pascual Russo; Daniela Milito; Lucila Facio; Marina Furia; Vanina Forestier; Carlos Lumí; Soledad Iseas; Mariana Coraglio; Eduardo Mauriño; Horacio Vazquez.

Hospital de gastroenterología Dr. B. Udaondo - CABA - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.3.Motilidad

La cirugía es la base del tratamiento curativo del cáncer de recto (CR). La resección anterior (RA) con escisión total del mesorrecto (ETM) es la mejor opción quirúrgica, pero se asocia con trastornos funcionales anorrectales. Existe una estrategia terapéutica alternativa no operatoria denominada "watch and wait" (WW), observar y esperar, con un estricto protocolo de vigilancia. Objetivo. Analizar y comparar los resultados funcionales y la calidad de vida en dos cohortes de pacientes: grupo 1 (G1): WW y grupo 2 (G2): neoadyuvancia con RA + ETM. Material y métodos. Pacientes mayores de 18 años tratados por CR no metastásico a partir del 1 de enero de 2013 y al menos con 12 meses de finalizado el tratamiento y libres de enfermedad. La función anorrectal fue analizada con: a) historia clínica, b) diario de continencia anal de 21 días, c) score de continencia anal de Jorge y Wexner, d) cuestionario de calidad de vida de incontinencia anal (FIQL) y e) manometría anorrectal (MAR). Resultados. Se incluyó un total de 31 pacientes; G1 n=20 y G2 n=11; 15 hombres, con una edad mediana de 60 años (rango: 41-79). Diario de continencia: G1: 40% presentó incontinencia fecal (n=8) y 45% urgencia defecatoria; G2: el 64% incontinencia fecal (n=7), 36% urgencia defecatoria (n=4); sin diferencias significativas (p=NS). Score de continencia: G1: fue menos severa y significativamente diferente comparada con G2 [mediana de 6,5 puntos, (rango: 3-14) vs. 13 puntos (rango: 11-18), respectivamente; (p=0,002)]. Calidad de vida: G1: mediana del FIQL fue de 3,6 puntos (rango: 1,4-4), sin diferencias significativas entre los pacientes con (n=8) y sin incontinencia (n=12) (p=NS). G2: la mediana del FIQL fue menor: 2,8 puntos (rango: 1,9-4,0); sin diferencias significativas entre los pacientes con (n=7) y sin incontinencia fecal (n=4) (p=NS). La comparación entre el FIQL de G1 vs. G2 resultó ser significativamente diferente (p=0,0203). MAR: G1 el 50% presentó hipotonía del conducto anal (n=10), el 40% hipersensibilidad rectal (n=8) y el 40% disinergia del piso pelviano (n=9), ningún paciente refirió dificultad evacuatoria. De los 8 pacientes que presentaron incontinencia fecal, 6 presentaron hipotonía esfinteriana y 5 hipersensibilidad rectal. G2: el 64% presentó hipotonía del esfínter anal interno (EAI) (n=7), el 73% hipersensibilidad rectal (n=8) y el 54% disinergia del piso pelviano (n=6), un paciente refirió dificultad evacuatoria. De los 7 pacientes que presentaron incontinencia fecal, 6 presentaron hipotonía del EAI y 6 hipersensibilidad rectal; sin diferencias significativas, (p=NS). Conclusiones. Los pacientes tratados por CR, independientemente de la estrategia terapéutica recibida, presentan alteraciones de la función anorrectal y de la calidad de vida. La severidad de la incontinencia fecal y su impacto en la calidad de vida podría ser significativamente peor en los pacientes tratados mediante neoadyuvancia con RA + ETM comparados con la nueva estrategia WW.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1355**INCONTINENCIA FECAL: ¿ES MÁS FRECUENTE LUEGO DE PARTOS POR VÍA VAGINAL?***Gustavo Cernadas; Ángela González; Daniel Peralta; Guillermo Dima; Luis Soifer; Rafael Moore.*

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.3.Motilidad

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.3.Motilidad

Introducción: El desarrollo de incontinencia fecal (IF) en mujeres con antecedentes de parto por vía vaginal ya ha sido descrito en la literatura, en donde la lesión del esfínter anal es el factor más importante. La lesión esfinteriana puede producirse por diferentes causas, como un desgarro perineal o durante una episiotomía. **Objetivo:** Analizar la presencia de IF en mujeres con partos vaginales en comparación con nulíparas y partos por cesárea. **Pacientes y métodos:** Fueron analizados los antecedentes gineco-obstétricos en mujeres derivadas a nuestro centro para efectuar estudio manométrico ano rectal por presentar trastornos del piso pelviano. **Resultados:** De 69 mujeres estudiadas, edad promedio 64 años, 12 fueron nulíparas y 57 tuvieron al menos un parto (41 por vía vaginal y 16 por cesárea). De los partos vaginales, 25 (61%) presentaron IF. En el grupo de mujeres sin parto vaginal, 15 (53%) presentaron IF. Mediante test de Chi cuadrado no se evidenciaron diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0.71$ – Yates, $p=0.54$ – Pearson). Además, se analizaron los grupos por separado (parto vaginal vs nulíparas y parto vaginal vs cesárea) obteniendo resultados similares. **Conclusiones:** Se observó que la incontinencia fecal fue más frecuente en las mujeres con antecedentes de partos vaginales en comparación con nulíparas y partos por cesárea, sin embargo, no pudimos demostrar diferencias significativas entre ambos grupos.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1261**INFLUENCIA DE LA COLECISTECTOMÍA EN LOS TRASTORNOS DEL PISO PELVIANO***Gustavo Cernadas; Ángela González; Daniel Peralta; Guillermo Dima; Luis Soifer; Rafael Moore.*

CEMIC (Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas) - CABA - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.3.Motilidad

Introducción: En Buenos Aires, Argentina se estima una prevalencia de colecistectomía en la población general de 6.5%. Es frecuente observar en la práctica clínica gastroenterológica la presencia de diarrea en sujetos a los cuales se les ha practicado una colecistectomía. Esta entidad ya conocida se produce debido a la malabsorción de sales biliares que condicionaría la presencia de diarrea asociada o no a episodios de incontinencia fecal. **Objetivo:** Analizar la presencia de colecistectomía en sujetos con incontinencia fecal (IF) o síndrome de obstrucción al tracto de salida (OTS). **Pacientes y métodos:** Fueron analizados los antecedentes quirúrgicos de 100 pacientes con IF y con OTS derivados a nuestro centro para efectuar estudio manométrico ano rectal. **Resultados:** De 100 pacientes, 69 fueron mujeres, edad promedio 64 años. 58 presentaron IF y 42 OTS. Sobre el total de pacientes, 16 (16%) habían sido colecistectomizados: 10 pacientes con IF (17%) y 6 con OTS (14%). Mediante test de Chi cuadrado se pudo comprobar que no existieron diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0.92$ – Yates, $p=0.68$ – Pearson). **Conclusiones:** Se evidenció una prevalencia significativa de colecistectomía en sujetos con trastornos del piso pelviano, siendo más frecuente en sujetos con IF respecto a aquellos con OTS, sin embargo, esta diferencia no resultó estadísticamente significativa.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1412**INFLUENCIA DE LOS ESTÍMULOS EMOCIONALES EN LAS VARIACIONES DEL TONO RECTAL***Ángela González; Luis Soifer.*

CEMIC (Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas) - CABA - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.3.Motilidad

Introducción: La reactividad del tono rectal ante las experiencias emocionales continúa siendo pobremente comprendida. Se cree que la función motora del tracto gastrointestinal es influenciada por estados psicológicos. **Objetivo:** Analizar la posible vinculación entre los estímulos emocionales y las variaciones del tono rectal. **Pacientes y métodos:** En un estudio prospectivo, experimental y aleatorizado, fueron evaluados 20 pacientes que concurrieron a nuestro centro para efectuar manometría

ano rectal mediante sonda de perfusión por incontinencia fecal (IF) u obstrucción al tracto de salida (OTS). Se excluyeron pacientes con alteraciones anatómicas secundarias a cirugías o compromiso medular o cognitivo. Dos tipos de estímulos sonoros fueron empleados: tranquilizador (Canon en re mayor de Pachelbel) y estresante (fuerte llanto de un bebé). Los sujetos se dividieron aleatoriamente en dos grupos: secuencia 1, aquellos que iniciaron con estímulo tranquilizador y luego estresante; y secuencia 2, primero estresante y luego tranquilizador. Fueron efectuadas mediciones de amplitud, duración y coeficiente (producto de amplitud por duración) de la contracción rectal inducida por la insuflación de un balón con volúmenes de 60 y 80 ml primero en forma basal y luego para ambos estímulos. Se evaluó la presencia de síndrome de intestino irritable (SII), depresión y ansiedad. Estadística aplicada: Test-T con dos colas para datos apareados y test de Chi cuadrado o Fischer según corresponda (Vassarstats). **Resultados:** 20 pacientes, 10 en cada grupo, edad promedio de 70.9 en secuencia 1 y 54.5 en secuencia 2. 3 hombres y 7 mujeres en cada grupo. 5 presentaban OTS y 5 IF en cada grupo. El SII estuvo presente en 5 sujetos de cada grupo. No hubo diferencias significativas en la amplitud, duración y coeficiente basal entre ambos grupos. El estímulo tranquilizador disminuyó la amplitud, duración y coeficiente de contracción (28.14 +/- 18.55 vs 46.09 +/- 15.4, $p=0.05$). El estímulo estresante incrementó la amplitud, duración y coeficiente de contracción (83.22 vs 55.21, CI95% +/- 32.66, $p=0.04$), este incremento no logró reducirse con un estímulo posterior tranquilizador (94.02 vs 28.14, CI95% +/- 71.27, $p=0.05$). Los pacientes con SII presentaron un coeficiente basal mayor que los sujetos sin SII (65.30 vs 36.0, CI95% +/- 36.9, $p=0.05$). No se encontraron diferencias significativas del coeficiente basal según la edad, sexo, IF, OTS, ansiedad y depresión. **Conclusiones:** Pudimos evidenciar que la respuesta de la pared rectal a la insuflación de un balón está influenciada por estímulos auditivos estresantes y tranquilizadores. Un estímulo estresante incrementa la amplitud, duración y coeficiente de contracción del tono de la pared rectal y un estímulo tranquilizador reduce la respuesta rectal siempre y cuando no exista previamente un estímulo estresante.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1353**SITUACIONES TRAUMÁTICAS EN LA DISINERGIA DEL PISO PELVIANO***Gustavo Cernadas; Ángela González; Daniel Peralta; Guillermo Dima; Luis Soifer; Rafael Moore.*

CEMIC (Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas) - CABA - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.3.Motilidad

Introducción: La disinergia del piso pelviano consiste en una incoordinación o una contracción paradójica del esfínter anal externo y/o del músculo puborectal durante el pujo evacuatorio. La presencia de disinergia puede estar asociada a sujetos que han sufrido situaciones traumáticas físicas y/o emocionales como abusos físicos o sexuales. **Objetivo:** Analizar la presencia de situaciones traumáticas físicas y/o emocionales en sujetos que presentan disinergia del piso pelviano. **Pacientes y métodos:** Se realizó una encuesta a un total de 100 pacientes consecutivos que fueron derivados a nuestro centro para efectuar estudio manométrico ano rectal por presentar trastornos de la defecación. De las preguntas a los sujetos encuestados, se indagó sobre posibles antecedentes que los pacientes pudieran reconocer como traumáticos en su vida (físicos y/o emocionales) en relación al motivo de consulta. El diagnóstico de disinergia se realizó mediante el uso de tres métodos: manometría anorectal de perfusión, electromiografía endoanal de superficie y test de expulsión del balón. Se consideró disinergia cuando 2 de los 3 estudios fueron positivos. Se comparó la presencia de antecedentes traumáticos entre sujetos con o sin disinergia. **Resultados:** De 100 pacientes analizados, 69 fueron mujeres, edad promedio 64 años. Sobre el total de sujetos, 34 (34%) presentaron disinergia del piso pelviano. De ellos, 12 (35%) refirieron algún antecedente traumático físico o emocional y 22 (65%) no lo refirieron. En el grupo sin disinergia (66%), 29 (44%) refirieron el mismo antecedente. Mediante test de Chi cuadrado no se evidenciaron diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0.53$ – Yates, $p=0.40$ – Pearson). **Conclusiones:** No se pudo demostrar una mayor presencia de antecedentes traumáticos físicos y/o emocionales en pacientes con disinergia del piso pelviano.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1349**SITUACIONES TRAUMÁTICAS EN LOS TRASTORNOS DEL PISO PELVIANO***Gustavo Cernadas; Ángela González; Daniel Peralta; Guillermo Dima; Luis Soifer; Rafael Moore.*

CEMIC (Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas) - CABA - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.3.Motilidad

Introducción: Algunas situaciones traumáticas físicas y/o emocionales como abusos físicos o sexuales han sido reportadas en sujetos con trastornos del piso pelviano tales como síndrome de obstrucción al tracto de salida (OTS) e incontinencia fecal (IF), siendo reportada una mayor asociación con OTS. **Objetivo:** Analizar la presen-

cia de situaciones traumáticas físicas y/o emocionales en sujetos que presentan OTS o IF. Pacientes y métodos: Se realizó una encuesta a un total de 100 pacientes consecutivos que fueron derivados a nuestro centro para efectuar estudio manométrico ano rectal por OTS o IF. De las preguntas a los sujetos encuestados, se indagó sobre posibles antecedentes que los pacientes pudieran reconocer como traumáticos en su vida (físicos y/o emocionales) en relación al motivo de consulta (OTS o IF). Resultados: De los 100 pacientes analizados, 69 fueron mujeres, edad promedio 64 años. 58 presentaron IF y 42 OTS. Del total de sujetos, 41 (41%) refirieron algún antecedente traumático físico o emocional. De ellos, 18 presentaron OTS (44%) y 23 IF (56%). Mediante test de Chi cuadrado se pudo comprobar que no existieron diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0.92$ – Yates, $p=0.75$ – Pearson). Conclusiones: Se constató una elevada presencia de situaciones traumáticas físicas y/o emocionales en sujetos con trastornos del piso pelviano, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre sujetos con OTS o con IF.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1648

UTILIDAD DE LA MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA GUIAR EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE LA MOTILIDAD GASTROINTESTINAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG Y MALFORMACIONES ANORECTALES EN PEDIATRÍA: ESTUDIO PROSPECTIVO

María Alejandra Mortarini; Daniela Neder; Ana Rocca.

Hospital de Pediatría J.P Garrahan - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.3.Motilidad

Introducción: En los últimos años el estudio del colon y la función anorectal ha experimentado un gran avance tecnológico, mejorando la comprensión de la fisiopatología de los trastornos defecatorios. La manometría anorectal es una herramienta diagnóstica que ayuda a guiar el tratamiento de niños con constipación intratable, así como con incontinencia fecal, siendo especialmente útil en los que requirieron una intervención quirúrgica. Objetivo: Determinar la utilidad de la Manometría de alta resolución (HRM) para guiar el diagnóstico y tratamiento de los síntomas persistentes en pacientes con Enfermedad de Hirschsprung (EH) y Malformaciones anorrectales (MAR) luego de la cirugía correctora. Materiales y Métodos Estudio observacional prospectivo de una práctica médica habitual en pacientes que concurren a las clínicas interdisciplinarias de Enfermedad de Hirschsprung y Malformaciones anorrectales en un hospital pediátrico de alta complejidad. Resultados En la muestra se evaluaron 20 pacientes (7 EH y 13 MAR). En cuanto a los pacientes con EH, el 100% fue de sexo masculino. Media de edad al momento de la manometría 103 meses. Contaban con cirugía de Duhamel (1, 16,7%), Soave (1, 16,7%), Georgeson (4, 57%), De la Torre (1, 16,7%) Previo a la cirugía el 100% de los pacientes presentaba antecedentes de constipación y 85% habían tenido episodios de enterocolitis. El diagnóstico clínico por el que se solicitó la manometría fue enterocolitis (3, 42,9%), e incontinencia fecal (4, 57,1%). El estudio fue patológico en 5/7 pacientes (71,4%). Los hallazgos fueron obstrucción del tracto de salida en 3 (60,0%), hipotonía del esfínter en 2 (40,0%) y en 2 no mostró otras alteraciones salvo ausencia de RAIR. En todos los pacientes se realizaron cambios terapéuticos luego de la HRM. Toxina botulínica (2, 50,0%), enemas y formadores de masa (1, 25,0%) y biofeedback (1, 25,0%). Tres pacientes respondieron al tratamiento. En los pacientes con MAR la edad media al momento de la consulta fue 102 meses. 54.5% presentaban diagnóstico de Cloaca. La realización de HRM se debía a constipación (9, 69,2%), incontinencia fecal (4, 30,8%). El estudio fue patológico en todos los casos siendo los hallazgos más frecuentes esfínter hipotensivo y alteración de la sensorialidad (9/ 81% y 3/27% respectivamente). En todos se cambió tratamiento siendo la indicación más frecuente la irrigación transanal (7/13). De los pacientes que concurren a control (11/13) el 82% (9) presentó buena respuesta. En los dos grupos la HRM logró cambiar el diagnóstico inicial en 6 pacientes. Conclusión En este grupo de pacientes la realización de HRM modificó el diagnóstico clínico inicial permitiendo optimizar el tratamiento y mejorar los resultados funcionales de los pacientes.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1537

HALLAZGOS HISTOLÓGICOS EN BIOPSIAS DE COLON DE PACIENTES CON DIARREA CRÓNICA Y VIDEOCOLONOSCOPIA NORMAL

Nicolás Inchauspe; Nicolás Pagliere; María Daca Alvarez; Javier Vijoditz; Ana Laura Visso; Barbara Pardo; Rafael Escobar Fernandez.

Sanatorio Dr Julio Mendez - Bs. As. - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.4.Miscelánea

Introducción: La diarrea crónica es una patología frecuente en la consulta médica. Se estima que entre el 1% y el 5% de los adultos la padecen. Se define como una

alteración en la consistencia fecal (Bristol 5 a 7) y aumento en la frecuencia, con una duración de 4 semanas. Los pacientes con estudios de materia fecal negativos son candidatos para realización de videocolonoscopía con biopsias escalonadas. En caso de no presentar alteración de la mucosa colónica las tasas de hallazgos histológicos varían entre 2 a 32,1%. Objetivo: Describir los hallazgos histológicos de biopsias escalonadas de pacientes con diarrea crónica y videocolonoscopía normal. Materiales y métodos: Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de diarrea crónica para realización de videocolonoscopía con toma biopsias durante los meses de Octubre de 2016 a Febrero 2019, derivados al Servicio de Gastroenterología de un centro de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que atiende pacientes provenientes del Área Metropolitana de Buenos Aires. Se determinaron las siguientes variables: edad y sexo, hallazgos histológicos de biopsias escalonadas de colon. Intubación y compromiso histológico del ileon. Resultados: Se realizaron videocolonoscopias sin hallazgos macroscópicos a 48 pacientes con diarrea crónica. Un 79.1% de las videocolonoscopias realizadas fueron en mujeres, con edad promedio 59.6 ± 14.3 años. Se observaron cambios histológicos en 45.8% del total. De estos, 77.2% presentaron signos inflamatorios inespecíficos, 18.1% Colitis leve inespecífica y 4.5% cambios compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal. Discusión: La diarrea crónica es una patología frecuente en la consulta médica con gran impacto en la calidad de vida. El presente estudio evidenció cambios histológicos en 45.8% de los casos, la mayoría de los cuales correspondieron a inflamación inespecífica. Los hallazgos microscópicos específicos son infrecuentes en los estudios normales. Coincidentemente un 4.5% de los diagnósticos correspondió a una patología específica, la enfermedad inflamatoria intestinal. La importancia de la realización de biopsias escalonadas de colon en estudios sin evidencia de patología tiene por objetivo brindar el tratamiento adecuado a la patología en cuestión y de lo contrario, habiendo descartado la organicidad por completo, poder realizar el diagnóstico de patología funcional. La debilidad de este trabajo reside en un número escaso de pacientes para el estudio de una patología poco prevalente como las colopatías microscópicas. Por este motivo se requiere la realización de estudios prospectivos con mayor número de pacientes y respetando un protocolo uniforme de biopsias para poder obtener resultados de mayor significancia estadística.

TC - COLON Y RECTO

Código: 1357

UTILIZACIÓN DEL CO2 EN LAS COLONOSCOPIAS DIGESTIVAS EXPERIENCIA CON UN INSUFLADOR DE FIBRILACIÓN NACIONAL

Franco Peral; Fernando Robledo; Federico Martinez; Juan Pablo Del Aguila; Cinthia Choque Vargas; Matias Garriga; Silvia Lettieri; Marcelo Ruiz; Daiana Yañez Chavez.

HIGA Dr. Diego Paroissien - NOT APPLICABLE - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.4.Miscelánea

INTRODUCCIÓN La colonoscopia es una herramienta diagnóstica y terapéutica esencial para muchas enfermedades del aparato digestivo. Es además una pieza clave para la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer de colon. A su vez, ambos también influyen de manera crucial en la expectativa y aceptación por parte del paciente del estudio diagnóstico. MATERIALES Y MÉTODOS Se analizaron 20 pacientes a los que se les realizó una VCC según pedido médico. Ésta fue realizada con equipo Olympus 160. Todos los pacientes llevaron a cabo una preparación colónica el día anterior al estudio, que consistió en una dieta baja en residuos e ingesta de catárticos a base de fosfatos La distensión colónica se realizó con aire ambiental en forma manual en 10 pacientes y con CO2, utilizando una bomba de insuflado automática, en 10 pacientes. Una vez finalizado el estudio, los pacientes completaron un cuestionario referente al grado de discomfort percibido durante el procedimiento. Se utilizó una escala de 0 a 3: 0- sin discomfort (ausencia de molestias durante todo el procedimiento); 1- discomfort leve (sensación de distensión con dolor leve durante algún momento del examen); 2- discomfort moderado (sensación de distensión con dolor moderado durante más del 50% de la duración del examen); 3- discomfort severo (dolor severo durante todo el examen). Se midió además el grado de distensión del intestino causado por la insuflación de gas durante la colonoscopia mediante radiografía simple de abdomen. La radiografía se realizó una 30/45 minutos después de la colonoscopia y mediante una escala de 5 puntos se comparó la cantidad de gas presente tanto en el intestino delgado como en el intestino grueso entre ambos grupos. Hasta un 70% de los pacientes en los que la insuflación se había hecho con aire ambiente tuvieron una distensión colónica mayor de 6 cm a la hora del procedimiento en comparación con solo un 4% de pacientes en los que se había utilizado CO2 para la insuflación RESULTADOS No se registraron complicaciones en los estudios de VCC en ambos grupos de estudio. El tiempo total del procedimiento fue de $30,5 \pm 17$ minutos para los realizados con insuflado automático con CO2 y 20 minutos para los efectuados con insuflado manual con aire ambiental. La diferencia fue de 3 minutos En lo que respecta a la valoración del discomfort, en el grupo con insuflado con aire ambiental, el 54% de los pacientes manifestó un grado de discomfort moderado, mientras que, en el grupo con CO2, el 76% manifestó ausencia de discomfort. CONCLUSIONES La VCC realizada con insuflación de CO2 permitió disminuir en forma parcial el tiempo total del examen, pero fundamentalmente permitió reducir de modo significativo el discomfort durante y después del examen. Esto hizo que el procedimiento fuese mejor aceptado y tolerado por los pacientes No se observaron complicaciones respiratorias ni de otro tipo con la insuflación con CO2 ni con aire ambiental

TC - VESÍCULA Y VÍAS BILIARES

Código: 1360**EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CONSENSO PARA LA COLEDOCOLITIASIS: ¿SON ÚTILES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA?**

Yolanda Vargas; Martín Sciarretta; Francisco Tufare; Fernando Baldoni; Martín Yantorno; Gustavo Correa; Nadia Perron; Alejandro Talani; Victoria Fasano; Estefanía Ojeda; Luicina Vitale; Augusto Villaverde.

Hospital San Martín de la Plata - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 5.Vesícula y Vías Biliares 5.1.Litiasis Biliar

INTRODUCCIÓN La litiasis vesicular afecta cerca del 15% de la población en Europa y Norteamérica. En el 10-15% de los casos es complicada por la presencia de litiasis coledociana, la cual es sospechada en los escenarios de colelitiasis sintomática y pancreatitis biliar aguda. En Argentina, la prevalencia de coledocolitiasis en pacientes sometidos a colecistectomía con o sin sospecha de la misma es del 15,1%. Su presencia se asocia a complicaciones severas tales como colangitis y pancreatitis aguda. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es el método de elección para el tratamiento de litiasis coledociana, con un riesgo del 5-10% de complicaciones. Por lo tanto, una selección precisa de pacientes que tienen alta probabilidad de tener coledocolitiasis es fundamental en el manejo de estos pacientes. La Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) propuso criterios de estratificación dentro de bajo, intermedio y alto riesgo para coledocolitiasis. El objetivo del presente estudio fue establecer la precisión diagnóstica de estos criterios, así como evaluar la existencia de variables adicionales que se asocien a la presencia de coledocolitiasis. **MATERIALES Y MÉTODOS** Se realizó un estudio de cohorte transversal en el Hospital San Martín de La Plata entre los años 2017 y 2019. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 15 años referidos para la realización de CPRE por sospecha de coledocolitiasis que cumplieron con los criterios de riesgo alto e intermedio de coledocolitiasis. La evidencia de litiasis durante la CPRE fue el criterio estándar. **RESULTADOS** Se incluyeron 653 pacientes. De los 645 pacientes de alto riesgo, 451 tenían cálculos en la CPRE (69.9%, IC 95% 66.3-73.4). De los 8 pacientes de riesgo intermedio, 5 tenían cálculos en la CPRE (62,5%); P-valor para la diferencia entre grupos=0,703. La presencia de coledocolitiasis en el estudio por imagen previo a la CPRE fue el predictor más fuerte de coledocolitiasis que se encontró en nuestro estudio (OR: 2,49; IC 95% 1,49-4,16). En el análisis de regresión logística multivariable se halló como variable adicional relacionada a la presencia de coledocolitiasis en la CPRE, al aumento de la fosfatasa alcalina (FAL) (OR:2,09; IC 95% 1,32-3,34). El tiempo transcurrido desde el estudio por imágenes con evidencia de coledocolitiasis y la realización de la CPRE fue de 9 días (5-19) en los pacientes que se halló lito en la CPRE, y de 12 días (7-21) en los pacientes con ausencia de lito por CPRE (p=0,0423). **CONCLUSIONES** La aplicación de los criterios de la ASGE son útiles para predecir probabilidad de coledocolitiasis en los pacientes de alto riesgo con un valor predictivo positivo del 70% y pueden ser utilizados en la práctica diaria. La evidencia de coledocolitiasis en el estudio por imagen fue el predictor más fuerte asociado con la presencia de litiasis coledociana por CPRE y el aumento de la FAL fue un factor adicional relacionado a la presencia de litiasis en la CPRE.

TC - PÁNCREAS

Código: 1422**¿ES LA ECOENDOSCOPIA UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA LA DETECCIÓN Y LOCALIZACIÓN DE INSULINOMAS?**

Agustina Redondo; Tatiana Noemi Uehara; Enzo Rey; Carlos Waldbaum; Solange Barrio Lower Daniele; Adriana Graciela Díaz; Juan Sordá.

Hospital de Clínicas "José de San Martín" - CABA - Argentina

Área Temática: 6.Páncreas 6.3.Neoplasia

Introducción y objetivo Los insulinomas son las neoplasias neuroendócrinas pancreáticas funcionales más frecuentes. La incidencia es de 1 a 4 casos por millón de habitantes. Clínicamente se manifiestan por reiterados episodios de hipoglucemia que revierten con la administración de glucosa. La mayoría de los insulinomas son tumores únicos y benignos, por lo que el tratamiento quirúrgico es de elección, siendo la localización preoperatoria útil para un mejor abordaje terapéutico. La ecoendoscopia (USE) es utilizada para el diagnóstico y localización del insulinoma por ser un método mínimamente invasivo y de alta eficacia diagnóstica. Nuestro objetivo fue describir la utilidad de la USE en la localización de los insulinomas y compararla con otros métodos de imágenes. **Materiales y métodos** En este estudio descriptivo tipo serie de casos, se incluyeron pacientes evaluados por sospecha clínica y bioquímica de insulinoma, derivados por la División de Endocrinología al Servicio de Gastroenterología, Sección Endoscopia para realización de USE. Las USE fueron realizadas con equipo lineal Pentax Avius, por un mismo operador entrenado. Se realizó punción con aguja de citología de 22g con técnico citólogo en sala en aquellos pacientes en los que se localizaba la lesión, utilizando técnica de "fanning" y

aspiración seca. Todos los procedimientos fueron realizados bajo sedoanalgesia asistida por anestesiólogo. Todos los pacientes se realizaron TC multislice, PET-TC, RMN de abdomen con gadolinio con cortes para páncreas y cateterismo selectivo de arterias pancreáticas con estímulo de calcio (CaStim). Resultados Durante junio del 2018 a marzo del 2019 se evaluaron 6 pacientes, 2 mujeres y 4 hombres entre 22 y 55 años. En 3 pacientes se detectó una lesión entre 7 y 20 mm por USE. Solo uno de ellos presentó localización por RMN, otro por PET-TC y todos por CaStim. La citología fue negativa en las 3 punciones. Estos pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente, confirmandose el insulinoma luego de la enucleación del tumor en dos de ellos. La USE resultó negativa en los 3 pacientes restantes. Ninguno de ellos presentó localización por TC multislice o RMN de abdomen con gadolinio con cortes para páncreas. Solo un paciente presentó localización por CaStim, actualmente en espera de resolución quirúrgica. **Conclusiones:** En nuestra experiencia, la USE resultó un método diagnóstico útil para la localización de estas lesiones pancreáticas superando a la TC y a la RMN. Si bien faltan desarrollar estudios prospectivos comparativos, es prometedor el rol de USE para estudio de insulinomas.

TC - PÁNCREAS

Código: 1391**COMPARACIÓN ENTRE LA RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA CON COLANGIOPANCREATOGRFÍA Y LA ECOENDOSCOPIA EN LA CARACTERIZACIÓN DE LESIONES QUISTICAS PANCREÁTICAS**

María Rosario Rodríguez Ortiz de Rozas; Mariana Licciardello; Silvina Maruelli; Carlos Perez Esparza; Santiago Caruso; Pablo Colombo.

Hospital Churrucá-Visca - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 6.Páncreas 6.4.Miscelánea

COMPARACIÓN ENTRE LA RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA CON COLANGIOPANCREATOGRFÍA Y LA ECOENDOSCOPIA EN LA CARACTERIZACIÓN DE LESIONES QUISTICAS PANCREÁTICAS **INTRODUCCIÓN** Como resultado del uso extendido de imágenes de corte transversal, los quistes pancreáticos son diagnosticados con mayor frecuencia. Debido a que cada quiste tiene un potencial de malignidad diferente, es importante poder diferenciar quistes potencialmente malignos o malignos de los quistes benignos. **OBJETIVOS** Evaluar la concordancia de la resonancia nuclear magnética (RNM) con la ecoendoscopia (EUS) para identificar diferentes tipos de quistes neoplásicos en pacientes con diagnóstico incidental de quistes pancreáticos. **MATERIALES Y MÉTODOS** Diseño Se llevó a cabo un estudio retrospectivo observacional en el servicio de Gastroenterología del Complejo Médico de la Policía Federal Argentina Churrucá-Visca, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina, en todos los pacientes que se realizaron una EUS entre enero de 2017 y enero de 2019 por diagnóstico incidental de lesiones pancreáticas en RNM. Se tuvieron en cuenta la edad, el sexo, los factores de riesgo: tabaquismo, consumo de alcohol, litiasis biliar y antecedentes familiares de cáncer de páncreas. Fueron evaluadas las características morfológicas de los quistes, su comunicación con el conducto pancreático principal (CPP), la presencia de predictores de malignidad y se comparó la caracterización y diferenciación de las lesiones quísticas del páncreas entre la RNM y la EUS. **RESULTADOS** Se incluyeron un total de 25 pacientes, con una edad media de 66,32 (±11) años, 8 (32 %) fueron de sexo masculino, 6 (24%) tenían antecedentes de tabaquismo de los cuales 4 (16 %) eran ex tabaquistas, 8 (32%) tenían antecedentes de litiasis biliar y 4 (16%) antecedentes familiares de cáncer de páncreas. Se identificaron 21 neoplasias intraductales papilares mucinosas (IPMN) tipo II (84%), 2 IPMN tipo III y 2 cistoadenomas mucinosos tanto por RNM como por EUS. La concordancia absoluta entre ambos métodos fue del 100%. **CONCLUSION** En este estudio no hubo diferencia en la caracterización y diferenciación de las lesiones quísticas del páncreas entre la RNM con colangiopancreatografía y la EUS, habiendo concordancia entre la bibliografía y nuestra casuística. Considerando la no invasividad de la RNM, podría utilizarse en primera instancia para la evaluación de las lesiones quísticas, mientras que la EUS se podría reservar para casos en los que se requiera el complemento de la PAAF (punción aspiración con aguja fina). Sin embargo, teniendo en cuenta que nuestra muestra fue de 25 pacientes, quizás debería ampliarse, antes de poder realizar una recomendación generalizada. Por el momento nuestros resultados podrían ser de utilidad para aquellos casos en los que no se cuenta con la EUS.

TC - PÁNCREAS

Código: 1296**¿CUÁL ES EL CONOCIMIENTO ACTUAL DE LOS MÉDICOS EN ARGENTINA SOBRE LA INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXÓCRINA?**

Lucila Petruzzi; Hi Jer Hwang; Silvina Gutierrez.

Fundación Favalaro - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 6.Páncreas 6.Páncreas

Introducción La insuficiencia pancreática exócrina (IPE) es una enfermedad prevalente que puede ser causada por patologías pancreáticas o extrapancreáticas. Esta patología es subdiagnosticada por múltiples motivos, manifestaciones subclínicas y síntomas no patognomónicas, poca accesibilidad a métodos de diagnóstico, baja asociación de IPE como consecuencia de diversas patologías. Objetivos Evaluar el estado actual del conocimiento de IPE de los médicos en la Argentina a través de una encuesta. Materiales y métodos Entre agosto y noviembre de 2018 se realizó una encuesta anónima a nivel nacional, dirigida a médicos de distintas especialidades, enviada por correo electrónico de una base de datos del Club de Páncreas. La encuesta consistió en 10 preguntas con respuesta de opción múltiple y a completar. Se preguntó sobre datos demográficos, especialidad, número de pacientes con IPE atendidos por mes, etiología de IPE, manifestaciones clínicas, métodos de diagnóstico, tratamiento farmacológico y nutrición, métodos de control de la respuesta al tratamiento y la utilización de guías clínicas publicadas de IPE. Se diseñó la encuesta con la plataforma de formularios de Google. Resultados Contestaron 447 profesionales, de los cuales el 54% de sexo masculino, edad 40,7 ± 10,1 años. Especialidad: gastroenterólogos 43%, cirujanos 28%, médicos clínicos 15%, otros 14%. Un tercio contestó que no atiende habitualmente pacientes con IPE, la mitad menos de 5 pacientes/mes, y sólo 3% más de 20/mes. Con respecto a la etiología, pancreatitis crónica fue la más elegida (86%) seguida por DPC (73%), cáncer de páncreas (66%) y FQ (62%), la menos elegida fue pancreatitis aguda (34%). Esteatorrea (96%) y pérdida de peso (85%) fueron las manifestaciones clínicas más seleccionadas. En relación al diagnóstico, los síntomas digestivos (61%) y la elastasa (59%) fueron los más elegidos, segunda el esteatoacroto y prueba terapéutica con enzimas pancreáticas (40%). El test de Van de Kamer fue seleccionado sólo en 26%. Con respecto a la forma de tomar las cápsulas de enzimas pancreáticas, el 60% las indican durante la ingesta de comida, 33% antes y 4% después. En cuanto a la dosis, 48% respondieron correctamente y el resto seleccionó dosis subóptimas. En relación a la dieta, 40% respondieron dieta variada y sin restricción de grasa, otro 40% derivan a nutricionista y el resto indican dieta no recomendada. La mayoría de los encuestados controlan la respuesta al tratamiento farmacológico mediante la mejoría de los síntomas (87%), parámetros antropométricos (60%) y laboratorio (53%). Sólo 22% de los encuestados respondieron que utilizan alguna guía de práctica clínica o revisión del tema de IPE. En resumen, el estudio nos brindó un panorama sobre el conocimiento de los médicos sobre IPE. Una proporción importante de los encuestados desconoce aspectos fundamentales sobre la etiología, diagnóstico y tratamiento. Esta información permitirá planificar proyectos de educación médica.

TC - ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Código: 1611

ESTUDIO PRELIMINAR DE DETECCIÓN TEMPRANA DE DISPLASIA ANAL CON CITOLOGÍA (PAP) Y ANOSCOPIA DE ALTA RESOLUCIÓN (AAR) EN POBLACIÓN DE RIEGO

Lucia Ortiz; Claudia Capandegui; Daniel Matos; Jorge Salvi; Graciela Dascanio.

HOSPITAL GUTIERREZ DE LA PLATA - BUENOS AIRES - ARGENTINA

Área Temática: 7. Enfermedades Infecciosas

Introducción: La neoplasia intraepitelial anal (NIA) es una lesión precancerosa que puede evolucionar hacia un cáncer escamoso de margen y/o canal anal. La incidencia de NIA ha aumentado en la última década. Se han identificado como grupos de riesgo a los hombres que tiene sexo con hombres (HSH), HIV positivo, pacientes con antecedentes de condilomas anogenitales y mujeres con displasia cervical, vaginal o vulvar por virus del papiloma humano (VPH). Hoy en día se considera como Gold standard para el diagnóstico de NIA a la citología de canal anal (PAP anal) junto con la AAR. Es de gran importancia reconocer este tipo de lesiones ya que presentan síntomas inespecíficos. Una exploración minuciosa permite detectar de maneras precoz este tipo de lesiones y poder brindarle tratamiento oportuno. Objetivo: Determinar la prevalencia de NIA en pacientes de alto riesgo. Material y métodos: Diseño: Prospectivo, trasversal, observacional, analítico. Se realizó PAP anal y AAR en grupo de riesgo desde Noviembre 2018 hasta Junio 2019. Resultados preliminares: 37 pacientes (16 hombres, 12 mujeres, 9 Trans). 2 HIV positivo, 13 HSH, 2 con antecedentes lesiones por HPV, 6 HSH con HIV, 3 HIV mas antecedentes de lesiones por HPV, 7 HSH y antecedentes de lesiones por HPV y 4 HSH con HIV y antecedentes de lesiones por HPV. Resultados del PAP anal: 24 NILM (negativo para lesión intraepitelial), 2 ASCUS (Células escamosas atípicas de significado in-determinado), 5 LASIL (Lesión intraepitelial escamosa anal de bajo grado) y 6 muestras insatisfactorias. Resultados de AAR: el resultado histológico mostro 6 condilomas, 4 NIA tipo I y 4 origen inflamatorio. Conclusión: La prevalencia de SIL anal fue evaluada en pacientes de alto riesgo. De la pesquisa con PAP anal el 13,51% detecto SIL de bajo grado que se correlaciono con histología para condiloma y NIA tipo I. La detección de este tipo de lesión es de gran importancia para evitar la progresión a carcinoma escamoso anal.

TC - ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Código: 1712

GEOLOCALIZACIÓN Y PREVALENCIA DE PROTOZOARIOS EN NIÑOS CON SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES: ES SEGURA EL AGUA POTABLE?

Gisela, Soledad Gruber; Florencia Gala Vismara; Natalia Monica Paganini; Maria Victoria Sola; Lorena Cuellar Burgos; Dario Dopico; Maria Jose Mellado; Lucio Nicolas Gonzalez.

Hospital del Niño de San Justo - BUENOS AIRES - Argentina

Área Temática: 7. Enfermedades Infecciosas

Introducción Durante el año 2018, un total de 598 niños consultaron al hospital del niño de San Justo por diversos síntomas gastrointestinales y con pesos por debajo del percentilo 5 para talla y edad. Teniendo en cuenta que el común denominador de infecciones parasitarias mas prevalentes suele ser la ingestión de agua contaminada, se elaboró una encuesta social para detectar factores probables de transmisión y así poder evitar la diseminación en dicho grupo poblacional. Se tuvieron en cuenta factores propios de la vivienda. Con respecto a este último ítem, resultó francamente notorio el hecho que 70% de los encuestados tuvieron acceso a agua potable y 85% de ellos vivían en zonas con red cloacal. Objetivo principal: Determinar si en la población estudiada hay un factor de riesgo predominante, relacionado al consumo de agua contaminada y eliminación de excretas que pueda de algún modo ser evitado. Material y métodos: Se trata de un estudio transversal, estudio de prevalencia o estudio vertical. Registro de historias clínicas de pacientes atendidos durante el año 2018 en el consultorio externo del Hospital del Niño de San Justo, con los siguientes síntomas gastrointestinales: Diarrea prolongada (duración mayor a 14 días) con o sin disenteria; dolor abdominal crónico, vómitos, distensión abdominal, asociados o no a pérdida de peso. Realización de parasitológico seriado. Residencia real durante el período en estudio en el partido de la Matanza. Elaboración de encuesta social y validación de la misma. Utilización de software para geolocalización y confrontación de datos. Resultados y conclusiones Durante 2018, un total de 598 pacientes presentaron síntomas compatibles con sospecha de parasitosis, y fueron estudiados, 233 fueron positivos (39%), la mayor prevalencia estuvo dada por Enterobius vermicularis: 136 Pacientes (58,36%). Acreditaron domicilio real en el Partido de la Matanza 47 pacientes y fueron encuestados: el factor de riesgo prevalente fue el hacinamiento, 18 pacientes (38%), 4 pacientes no tienen red cloacal (8,5%) y 33 pacientes tienen agua potable (70,21%). Tomados los datos de registro domiciliario, se estableció en aquellos con infección por protozoos localización espacial a través de geolocalización satelital. Se confrontaron estos datos con provisión de agua potable por la empresa AySA y redes cloacales del Municipio de Matanza.

TC - ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Código: 1713

GEOLOCALIZACIÓN Y PREVALENCIA DE PROTOZOARIOS EN NIÑOS CON SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES: ES SEGURA EL AGUA POTABLE?

Gisela Gruber; Lucio Gonzalez; Maria Victoria Sola; Florencia Vismara; Lorena Cuellar Burgos; Maria Jose Mellado; Natalia Paganini; Dario Dorico.

Hospital del Niño de San Justo - BUENOS AIRES - Argentina

Área Temática: 7. Enfermedades Infecciosas

Introducción Durante el año 2018, un total de 598 niños consultaron al hospital del niño de San Justo por diversos síntomas gastrointestinales y con pesos por debajo del percentilo 5 para talla y edad. Teniendo en cuenta que el común denominador de infecciones parasitarias mas prevalentes suele ser la ingestión de agua contaminada, se elaboró una encuesta social para detectar factores probables de transmisión y así poder evitar la diseminación en dicho grupo poblacional. Se tuvieron en cuenta factores propios de la vivienda. Con respecto a este último ítem, resultó francamente notorio el hecho que 70% de los encuestados tuvieron acceso a agua potable y 85% de ellos vivían en zonas con red cloacal. Objetivo principal: Determinar si en la población estudiada hay un factor de riesgo predominante, relacionado al consumo de agua contaminada y eliminación de excretas que pueda de algún modo ser evitado. Material y métodos: Se trata de un estudio transversal, estudio de prevalencia o estudio vertical. Registro de historias clínicas de pacientes atendidos durante el año 2018 en el consultorio externo del Hospital del Niño de San Justo, con los siguientes síntomas gastrointestinales: Diarrea prolongada (duración mayor a 14 días) con o sin disenteria; dolor abdominal crónico, vómitos, distensión abdominal, asociados o no a pérdida de peso. Realización de parasitológico seriado. Residencia real durante el período en estudio en el partido de la Matanza. Elaboración de encuesta social y validación de la misma. Utilización de software para geolocalización y confrontación de datos. Resultados y conclusiones Durante 2018, un total de 598 pacientes presentaron síntomas compatibles con sospecha de parasitosis, y fueron estudiados, 233 fueron positivos (39%), la mayor prevalencia estuvo dada por Enterobius vermicularis: 136 Pacientes (58,36%). Acreditaron domicilio real en el Partido de la Matanza 47 pacientes y fueron encuestados: el factor de riesgo prevalente fue el hacinamiento, 18 pacientes (38%), 4 pacientes no tienen red cloacal (8,5%) y 33 pacientes tienen agua potable (70,21%). Tomados los datos de registro domiciliario, se estableció en aquellos con infección por protozoos localización espacial a través de geolocalización satelital. Se confrontaron estos datos con provisión de agua potable por la empresa AySA y redes cloacales del Municipio de Matanza.

TC - ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Código: 1341

TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL EN LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE GRAVE REFRACTARIA: INFORME PRELIMINAR

Carlos Waldbaum; Pablo Antelo; Fabiana López Mingorance; Juan Sorda.

División Gastroenterología del Hospital de Clínicas José de San Martín. Programa: Microbiota intestinal en la Salud y en la Enfermedad – Banco de Microbiota Intestinal del Hospital de Clínicas José de San Martín. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 7. Enfermedades Infecciosas

Introducción La infección por *Clostridium difficile* (ICD) es la causa más importante de diarrea nosocomial y su incidencia, gravedad y mortalidad han aumentando. El metronidazol y la vancomicina son el tratamiento de primera línea, pero tienen una tasa de fracaso variable y pueden ocasionar alteraciones de la microbiota y así predisponer recurrencias. En los pacientes con formas severas o recurrentes refractarias la mortalidad es elevada y las opciones terapéuticas limitadas. El trasplante de microbiota fecal (TMF) es una alternativa aceptada para revertir la disbiosis y tratar exitosamente la ICD. Material y métodos Veinte pacientes con ICD refractarias, con una edad media 69 años (33-92) fueron tratados con un TMF entre enero de 2016 y Abril de 2019. Todos padecían múltiples morbilidades asociadas. La ICD fue severa en 18 casos y 2 presentaron una forma grave complicada. En 10 casos la ICD fue su primer episodio y los otros tenían el antecedente de entre 1 a 4 recurrencias previas. Todos habían recibido inicialmente metronidazol y vancomicina sin respuesta. A 19 pacientes se les efectuó el trasplante a través de una sonda enteral y a uno por enema. El seguimiento posterior fue de 8 semanas. Criterios de selección de los receptores: Todos tuvieron diagnóstico confirmado de ICD por laboratorio y/o endoscopia, presentaron persistencia de los síntomas tras ≥ 5 días de tratamiento con ATB, los que se suspendieron 24 Hs previas al TMF y prestaron su consentimiento para este tratamiento. Criterios de exclusión del donante: Ser portador del HIV, hepatitis B o C, CMV, HTLV y sífilis o cursar una hepatitis A. Antecedentes de uso de drogas ilícitas, encarcelamiento, comportamientos sexuales de riesgo, uso de inmunosupresores o quimioterapia, ingesta de antibióticos, tatuajes / piercings o viaje a lugares donde prevalece la enfermedad diarreica dentro de los 6 meses, malignidad digestiva o enfermedad inflamatoria intestinal, pólipos o poliposis colónica, obesidad mórbida o depresión severa. Los donantes fueron evaluados clínicamente y con pruebas serológicas; sus heces fueron examinadas buscando parásitos (examen directo y PCR), *Clostridium difficile* y bacterias enteropatógenas. Las heces para el TMF fueron procesadas y almacenadas en el Banco de Microbiota Intestinal de nuestra División. Resultados El 95% (19/20) de los pacientes tuvieron una resolución de los síntomas después del TMF, y no presentaron recurrencias. El único fracaso se dio en el contexto de seguir recibiendo antibióticos por presentar el paciente una osteomielitis severa; 7/20 casos presentaron post TMF una diarrea auto limitada (≤ 72 Hs) y uno presentó dolor abdominal leve durante 3 Hs. Conclusión El TMF, en nuestro medio, es una opción terapéutica altamente eficaz, segura y económica para los pacientes con ICD grave o recurrente refractarias.

TC - HÍGADO

Código: 1642

PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIRUS DE HEPATITIS E EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Ricardo Martín Amé; Anabella C. Fantilli; Belén Pisano; Viviana Ré; María Victoria Mulqui; Mathius B. Soruco; Yanina G Carlino; Mariano Antonio Higa; María R. Defago; Domingo C. Balderramo.

1- Servicio de Gastroenterología. Hospital Privado Universitario de Córdoba. 2- Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de Córdoba. 3- Instituto de Virología "J.M. Vanella". Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba 4- Centro M - Córdoba - Argentina

Área Temática: 9. Hígado 9.1. Hepatitis

INTRODUCCIÓN El virus de la Hepatitis E (VHE) es un virus entérico y zoonótico, asociado a hepatitis agudas autolimitadas. Recientemente, se describió la progresión a cronicidad en pacientes inmunosuprimidos. La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC), son enfermedades crónicas de causa desconocida que se desarrollan en personas genéticamente predisuestas sobre la que interactúan factores ambientales y una disregulación del sistema inmune. Brasil y Argentina son los únicos países de Sudamérica que han informado estudios sobre la circulación del VHE en poblaciones inmunocomprometidas. No existen publicaciones de infección por VHE en la po-

blación de pacientes con EII en nuestro medio por lo que es fundamental ampliar el conocimiento en este grupo de individuos. **OBJETIVOS** Objetivo primario: evaluar la prevalencia de infección por VHE en pacientes con EII. Objetivo secundario: detectar posibles formas crónicas de la infección por VHE en este grupo de pacientes. **MATERIALES Y MÉTODOS** Se obtuvieron muestras de suero en el período 2017-2018 de pacientes con EII en 2 centros médicos. El análisis serológico fue realizado mediante técnica de ELISA utilizando kits comerciales disponibles para detección de IgG e IgM específicos contra VHE. Los antígenos utilizados en las placas corresponden a los 4 genotipos más prevalentes (HEV-1, HEV-2, HEV-3 y HEV-4). La especificidad diagnóstica (probabilidad del ensayo de detectar negativos en ausencia del analito reactivo) es mayor o igual al 98% y la sensibilidad diagnóstica (probabilidad del ensayo de detectar positivos en presencia del analito reactivo) es mayor o igual al 98%. En todos los pacientes se analizó la carga viral con ARN-VHE para descartar estadios de cronicidad de la infección. Se comparó la prevalencia de pacientes con EII con la de la población sana general. Se adoptó un nivel de significación igual a 0,05. Se usó el paquete estadístico SPSS versión 21.0. **RESULTADOS** Se incluyeron 51 pacientes con EII con una relación de sexo femenino y masculino (F/M) de 1,55:1 (31 F, 20 M). La mediana de edad fue 37 años (rango 20-77). Se detectó una prevalencia de IgG anti-VHE de 6% en pacientes con EII. La misma fue levemente mayor a la obtenida en la población sana de la zona estudiada (4%). En los pacientes que resultaron IgG anti-VHE [+] se detectó IgM anti-HEV en el 66,7%. Ninguna de las 51 muestras resultó positiva para ARN-VHE. **CONCLUSIONES** Este estudio evidenció una prevalencia de infección por VHE en una población de pacientes con EII ligeramente superior a la población sana de región estudiada según resultados de otros estudios epidemiológicos. No se observaron casos de infección crónica en la población de pacientes con VHE.

TC - HÍGADO

Código: 1486

PREVALENCIA DE SÍNDROME HEPATOPULMONAR EN PACIENTES CIRRÓTICOS EVALUADOS EN UN CENTRO DE COMPLEJIDAD INTERMEDIA (RESULTADOS PRELIMINARES)

Mariano Argüello; Liria Martínez Rejtman; Matías Zanetti; Luciana Grassi; Tania Zutara; Natalia Guerrero; Aldo Tarifa; Lonardo Schiavone; Roberto Perez Ravier; Guillermo Fernandez.

Hospital Teodoro J. Schestakow - Mendoza - Argentina

Área Temática: 9. Hígado 9.2. Hipertensión Portal

INTRODUCCIÓN: El síndrome hepatopulmonar (SHP) es un defecto en la oxigenación arterial inducido por la vasodilatación pulmonar (VDP) secundaria a enfermedad hepática y/o hipertensión portal. La severidad del SHP define mortalidad y tiempo de evaluación para trasplante hepático en la población de pacientes (PS) cirróticos (CS). Por lo que nos parece relevante conocer la prevalencia del mismo en nuestra población de PS CS. **OBJETIVOS:** Primario: describir la prevalencia del SHP en PS CS evaluados en nuestro hospital. Secundarios: 1- Detectar y analizar diferencias clínicas en PS CS con SHP (criterios completos, incompletos) respecto a pacientes sin SHP 2 - Evaluar si existen diferencias de patrón clínico según valor de elastografía o valor de corte en kPa que pueda predecir presencia o ausencia de SHP. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal. Período de estudio: 02/01/18 a 02/01/19. Se incorporan al estudio PS CS. Se consideran criterios de exclusión: patología cardiopulmonar de base, septicemia, ascitis masiva, IRC, enfermedad neoplásica, diabetes o HTA mal controlada. Se solicitan estudios bioquímicos, ecografía abdominal, Rx de tórax, oximetría de pulso, gasometría arterial, ecocardiograma con burbujas transtorácico (VDP) y elastografía. Se definen 3 grupos de estudio: Grupo 1 (SHP completo): Aquellos que reúnen todos los criterios: VPD + criterios gasométricos. Grupo 2 (SHP incompleto): Los que reúnen los criterios de VPD pero no los gasométricos. Grupo 3: no presenten ningún criterio. Se utiliza el test de T para muestras independientes para la comparación de variables continuas los grupos con y sin SHP, y el test χ^2 para la comparación de variables clínicas dicotómicas o categoriales. **RESULTADOS:** N=42 PS. 30,5% mujeres; edad $x \pm 49,95 (\pm 12,58)$ años. Etiología de cirrosis: 62% alcohol, 14% NASH, 4,76% cavernomatosis de la porta. Score de Child: 39,3% A, 30,43% B y 17,4% C. Promedio de valor de MELD $15,82 \pm 4,26$ puntos. Mortalidad durante el año del 13%. Hepatitis alcohólica en 25% de los PS CS por alcohol. Prevalencia de 39,12 % de SHP (9 PS) en los 23 PS CS (54,76%) evaluados para SHP. Al comparar el Grupo 1 (n=9) respecto al Grupo 3 (n=14) se detectaron las siguientes diferencias significativas: El grupo 1 presenta a) mayor etiología alcohólica $p = 0,036$ b) menor edad promedio $p = 0,042$ c) mayor prevalencia de Child B $p = 0,006$ respecto al grupo 3. No se observaron diferencias significativas en: sexo, prevalencia de várices, ascitis o encefalopatía así como tampoco en mortalidad al año, ni en valor de MELD o valores de rigidez hepática por Fibroscan®. **CONCLUSIÓN.** La prevalencia de PS CS con SHP fue del 39,1%. Estos PS son más jóvenes, presentan mayor frecuencia de Child tipo B y más frecuente etiología por alcohol. Estos resultados deben ser considerados preliminares debido al escaso tamaño muestral.

TC - HÍGADO**Código: 1376****ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL TIPO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE INFECCIONES BACTERIANAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS***Sabrina Lucia Barbero; Daniela Nair Chiarella; Lorena Notari; Gimena Fernandez; Juan Cruz Zavalla Yalj; Lucia Campos; Pablo Colombo.*

HOSPITAL CHURRUCA VISCA - CABA - ARGENTINA

Área Temática: 9.Hígado 9.3.Otras Complicaciones de la Cirrosis

Introducción: las infecciones en pacientes con cirrosis hepática constituyen una importante causa de descompensación clínica, hospitalización y muerte. El diagnóstico precoz y el tratamiento apropiado son fundamentales para el manejo de los pacientes con cirrosis descompensada. Las bacterias multirresistentes (BMR) son patógenos resistentes a 3 o más familias de antibióticos, incluidos los β -lactámicos. Los factores de riesgo para este tipo de infecciones incluyen hospitalización actual o reciente, asistencia médica y exposición previa a β -lactámicos o fluoroquinolonas. Objetivos: describir el tipo y características clínicas de infecciones bacterianas en pacientes adultos con cirrosis hospitalizados durante el período transcurrido entre el 15/07/2017 al 31/12/2018. Identificar factores asociados a infecciones por BMR. Materiales y Métodos: se realizó un estudio retrospectivo en pacientes con cirrosis mayores de 18 años con infecciones bacterianas. Ante sospecha clínica de infección, encefalopatía porto sistémica, o hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis se efectuaron cultivos bacterianos; además, en los pacientes con ascitis, se realizó el recuento de leucocitos polimorfonucleares en líquido ascítico. Durante la internación, se reiteraron punciones ante deterioro del sensorio, de la función renal o por sospecha clínica de infección. Resultados: se analizaron los datos de 73 pacientes con cirrosis que se internaron por infecciones bacterianas, o que las desarrollaron durante su estadía en la institución. Se documentó por cultivo positivo la presencia de infecciones bacterianas en 38 (52.05%) de las 73 internaciones, 26 (68.42%) de ellos fueron por bacilos gram negativos y 12 (31.58%) por cocos gram positivos. Según el sitio de adquisición, se detectaron 15 (39.47%) infecciones bacterianas adquiridas de la comunidad, 9 (23.68%) asociada a cuidados de la salud y 14 (36.84%) intrahospitalarias. En 17 (44.73%) internaciones se confirmó el desarrollo de una BMR, siendo el 64.71% de las mismas intrahospitalarias. El 29.41% de estos pacientes estaban recibiendo norfloxacina en forma crónica. Se observó que 57 (78.08%) pacientes obtuvieron el alta hospitalaria, 13 (17.81%) obitaron y 3 (4.11%) fueron derivados a otro centro para trasplante hepático. De los pacientes que fallecieron 6 (46.15%) estaban infectados con bacterias multirresistentes. Conclusiones: es fundamental la evaluación clínica y analítica continua de estos pacientes para tratar de identificar los factores de riesgo de infección por BMR e iniciar un tratamiento antibiótico empírico efectivo. Según nuestros resultados, 11 (64.71%) de las 17 BMR aisladas fueron BLEE, por lo que en nuestro centro ante sospecha de infecciones intrahospitalarias deberíamos iniciar tratamiento empírico con carbapenems.

TC - HÍGADO**Código: 1523****ESTUDIO PROSPECTIVO DE LAS CAUSAS Y LA MORTALIDAD EN LA DESCOMPENSACIÓN DE LA CIRROSIS***Marina Agozino; José Luis Fernández; Silvina Tévez; Cristian Domínguez; Luis Viola.*

Sanatorio Guemes - BUENOS AIRES - Argentina

Área Temática: 9.Hígado 9.3.Otras Complicaciones de la Cirrosis

Introducción. La descompensación de la cirrosis es un evento crítico y se han comunicado cifras de un 11,4% anual, con un significativo aumento de la mortalidad. Objetivo. Estudiar la historia natural de la cirrosis compensada, las características de su descompensación y la mortalidad que esta provoca. Pacientes. De julio de 2018 a junio de 2019, seguimos prospectivamente a todos los pacientes cirróticos atendidos en el consultorio externo de hepatología y en la internación de un centro de alta complejidad de la ciudad de Buenos Aires. Métodos. Pesquisamos la descompensación e internación de los pacientes ambulatorios y la evolución de los internados, considerando la mortalidad en la internación como outcome primario. Analizamos la mortalidad en relación a sexo, edad, Child-Pugh y MELD-Na iniciales, etiología, número de internaciones y tipo de eventos descompensantes. Utilizamos pruebas de χ^2 o Fisher para los datos dicotómicos y de t de Student para los continuos. Resultados. Incluimos 105 pacientes, 69 hombres y 36 mujeres, edad promedio 58,3+/-10,6

años. La etiología fue alcohol en 53 pacientes (50.5%), hepatitis C en 21 (20,0%) y otras en 31 (29,5%). Fueron seguidos en forma ambulatoria 55 pacientes, de los cuales se descompensaron 19 (34,5%). Los eventos descompensantes fueron 36: ascitis 13 (36,1%), infecciones 9 (25,0%), encefalopatía 7 (19,4%), hepatocarcinoma 5 (13,9%) y sangrado variceal 2 (5,6%). Se internaron 69 pacientes, los 19 ambulatorios descompensados y 50 derivados directamente a la internación. Se registraron 152 eventos descompensantes: ascitis 46 (30,3%), infecciones 30 (19,7%), encefalopatía 28 (18,4%), sangrado variceal 26 (17,1%), hepatocarcinoma 13 (8,6%), injuria renal aguda 7 (4,6%) y síndrome hepatorenal 2 (1,3%). Murieron 14 pacientes (13,3% de la población total y 20,3% de los internados). No hubo diferencias en la mortalidad con respecto al sexo [11 hombres (78,6%) vs. 36 (65,5%) (P=0,52)], la edad promedio [58,3+/-14,1 años vs. 58,1+/-10,1 años (P=0,73)] y la etiología alcohólica de la cirrosis [10/38 (26,3%) vs. 4/27 (14,8%) (P=0,23)]. El Child Pugh y el MELD-Na fueron significativamente mayores en los pacientes que murieron [11,5+/-2,0 vs. 9,3+/-2,2 (P=0,002) y 19,7+/-7,4 vs. 15,8+/-5,7 (P=0,03), respectivamente]. Los pacientes con más de una internación tuvieron más mortalidad [8 (40,0%) vs. 6 (14,0%) (P=0,018)]. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad de los principales eventos: sangrado variceal 5/21 (23,8%), ascitis 8/39 (20,5%) e infecciones 4/26 (15,4%). Conclusiones. En nuestros pacientes cirróticos la tasa de descompensación anual y la mortalidad en la internación fueron altas. Esta se relacionó significativamente con el Child-Pugh y el MELD-Na iniciales y con el número de internaciones pero no con la etiología alcohólica ni con ninguno de los principales eventos descompensantes.

TC - HÍGADO**Código: 1645****VALIDACIÓN DEL SCORE CLIF-SOFA EN PACIENTES CIRRÓTICOS COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD A CORTO PLAZO EN DOS HOSPITALES POLIVALENTES DE CÓRDOBA, ARGENTINA***Jessica Rechene; Ricardo Martín Amé; Domingo C Balderramo.*

1- Unidad de Cuidados Intensivos de Adulto. Hospital Privado Universitario de Córdoba. 2- Servicio de Gastroenterología. Hospital Privado Universitario de Córdoba. 3- Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de Córdoba. - Córdoba - Argentina

Área Temática: 9.Hígado 9.3.Otras Complicaciones de la Cirrosis

INTRODUCCIÓN: Se define a la descompensación aguda como (DA) de cirrosis hepática al desarrollo agudo de una o más complicaciones como ascitis, encefalopatía hepática, hemorragia digestiva o infección bacteriana. La DA es una causa frecuente de internación y puede no asociarse a disfunción orgánica. La falla hepática aguda sobre crónica (ACLF, por sus siglas en inglés) se define como una DA asociada a disfunción de uno o varios órganos y se asocia a altas tasas de mortalidad. Sin embargo, la ausencia de una definición precisa ha limitado la aplicación clínica y la investigación relacionada con el concepto de ACLF. La puntuación de CLIF-SOFA y la definición de ACLF propuesta por el Consorcio EASL-CLIF ha mostrado predecir la evolución a corto plazo de pacientes con DA y fallo orgánico en una cohorte europea. No existen estudio de validación de esta puntuación en nuestro país. OBJETIVOS: -Validar la definición de ACLF propuesta por el Consorcio EASL-CLIF y su relación con la mortalidad a 90 días en pacientes internados por DA de cirrosis hepática. -Comparar CLIF-SOFA con otros scores (MELD-Na, MELD, Child Pugh score) empleados en la predicción de mortalidad a los 90 días. MÉTODOS: Se realizó un estudio cohorte prospectivo en el Hospital Privado Universitario de Córdoba y en el Hospital Raúl Freyre. El protocolo fue aprobado por el comité de ética institucional. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de DA internados entre febrero-2017 y julio-2018 en ambas instituciones. Se realizó la evaluación del CLIF-SOFA y la presencia de ACLF dentro de las 48 hs de ingreso y se analizó la evolución clínica durante los 90 días de la admisión. RESULTADOS. Se incluyeron 188 pacientes con DA. Al momento del ingreso 82 pacientes (43.61%) cumplieron con los criterios de ACLF (grados 1, 2 y 3 en 50%, 23,2% y 26,8 % respectivamente). La mortalidad global a los 90 días fue del 23,% y la mortalidad de los pacientes que presentaron ACLF fue de 30% comparado con 18% en los que no presentaron dicha complicación (Log Rank P=0,006). El AUROC para la predicción de la mortalidad a los 30 días fue de 0,715 de CLIF-SOFA, 0,671 para MELD-NA, 0,678 para MELD y 0,489 para Child Pugh score. CONCLUSIÓN. La presencia de ACLF de acuerdo a la definición propuesta por el Consorcio EASL-CLIF al momento del ingreso se asocia a una peor evolución clínica. La puntuación de CLIF-SOFA al momento del ingreso demostró una mejor predicción de la mortalidad a los 30 días comparados a otros scores de predicción.

TC - HÍGADO

Código: 1466

FALLAS EN LA VIGILANCIA DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR EN ARGENTINA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Melisa 1. Dirchwolf; Sebastián 2. Marciano; Margarita 3. Anders; Paola 4. Coisson; Diego 5. Arufe; Manuel 1. Baravalle; Eduardo 6. Fassio; Luis 7,8. Gaité; Claudia 9. D'Amico; Carla 2. Bermudez; Nadia 3. Griguera; Manuel 4. Barbero; Florencia 3. Antinucci; Agustina 2. Martínez Garmendia; Gisela 6. Gualano; Ezequiel 5. Demirdjian; Leila 2. Haddad; Manuel 8. Demonte; Jesica 1. Tomatis; Ana 10. Calabria; Cecilia 11. Haller; Jose 12. Martínez; Federico 13. Orozco Ganem; Alina 14. Zerega; Vanina 15. D'Ercole; María del Valle 16. Aubone; Sebastián 17. Paredes; Silvina 18. Yantorno; María M. 19. Rodríguez Gazari; Yamila 20. Martínez Artola; Natalia 21. Ratusnu; Marcos Marcos; Diego 23. Piombino; Daniela 24. Basso; María E. 25. Pawluk; Pablo M 26. Ruiz; Andres E. 1. Ruf

1.Hospital Privado de Rosario, Rosario, Santa Fe. Argentina 2.Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA, Buenos Aires. Argentina 3.Hospital Alemán, CABA, Buenos Aires. Argentina 4.Hospital El Cruce - Nestor Kirchner, Florencio Varela, Buenos Aires. Argentina - Santa Fe - Argentina

Área Temática: 9.Hígado 9.6.Neoplasia

Introducción: El carcinoma hepatocelular es la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo y la octava en Argentina. El punto crítico más importante para la modificación de la morbimortalidad asociada a esta neoplasia es la vigilancia mediante una ecografía hepática semestral en los grupos de alto riesgo. No se han reportado factores vinculados al fallo en la vigilancia de hepatocarcinoma en Argentina. Objetivos: Estimar la proporción de pacientes con diagnóstico de hepatocarcinoma realizado bajo vigilancia para hepatocarcinoma en Argentina e identificar los factores asociados a la falla en la vigilancia de esta neoplasia. Métodos: Resultados preliminares de un estudio de cohorte multicéntrica de corte transversal. Los datos se recolectaron en una entrevista con el paciente bajo consentimiento informado. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años atendidos en Argentina desde 10/2018 hasta 04/2018 con fibrosis hepática avanzada (F3-F4) o infección crónica por Hepatitis B (score Page-B ≥ 10 puntos) y diagnóstico de hepatocarcinoma. Se consideró bajo vigilancia: pacientes incluidos en un programa de detección para hepatocarcinoma con ecografía (o TAC/RNM) \pm AFP cada 6 \pm 1 meses. Resultados: Se incluyeron 197 pacientes: 89 (45,1%) se encontraban bajo vigilancia al diagnóstico. Las características de los pacientes se detallan en Tabla 1. En el análisis univariado la presencia de vigilancia previa al diagnóstico de hepatocarcinoma se asoció al diagnóstico de tumores más pequeños (dentro de criterios de Milán), a la cirrosis por causa diferente a alcohol, cobertura por obra social/prepaga, seguimiento por hepatólogo de cabecera y residentes en CABA. En el análisis multivariado sólo la cobertura por obra social/prepaga [OR 3 (1-8,3), p 0,03] y seguimiento por un hepatólogo de cabecera [OR 36 (13-102) p \geq 0,001] se asociaron a la presencia de vigilancia para HCC. Conclusiones: Los pacientes bajo vigilancia tuvieron una mayor proporción de diagnóstico de hepatocarcinoma dentro de criterios de Milán. Aquellos pacientes con cobertura por obra social o prepaga y atendidos por un hepatólogo de cabecera tuvieron mayor probabilidad de estar bajo vigilancia para HCC. Se deben aumentar los esfuerzos para proveer vigilancia a pacientes con otro tipo de cobertura así como informar sobre los criterios de vigilancia a otras especialidades médicas a cargo de estos pacientes.

TC - HÍGADO

Código: 1334

RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO POR HEPATOCARCINOMA EN LA ÚLTIMA DÉCADA

María Laura Reyes Toso; Francisco Pattin; Santiago Rubio; Pablo Barros Schelotto; Gabriel Gondolesi; Silvina Yantorno; Valeria Descalzi.

Hospital Unisversitario Fundacion Favalaro - CABA - Argentina

Área Temática: 9.Hígado 9.6.Neoplasia

El trasplante hepático (TH) representa la mejor estrategia terapéutica en pacientes (pac) con hepatocarcinoma (HCC) adecuadamente seleccionados. Recientemente, se ha observado que cambios en la tendencia de las etiologías de HCC podrían provocar cambios en la prevalencia y resultados del TH por esta entidad. Objetivo: Evaluar la prevalencia y resultados del TH por HCC en los últimos diez años en nuestro centro de trasplante. Materiales y métodos: Análisis retrospectivo en adultos > 18 años que recibieron TH por HCC entre 1/2009 y 12/2018. Las variables analizadas fueron: etiología de la enfermedad hepática, scores de Child y MELD, criterios Milan (M), tiempo en lista de espera, tratamiento puente, tasa de recurrencia post TH y supervivencia. Análisis estadístico: Chi-cuadrado, T de Student, Kaplan Meier Log Rank test. Programa SPSS v 20.0. Resultados: La prevalencia de TH por HCC fue 35% (97/280), siendo las principales etiologías de cirrosis que condujeron a HCC: HCV (41%), alcohol (28%), criptogénica (9%), NASH (12%) y otras (10%). El 76% eran hombres con una edad media de 61 \pm 7 años y un seguimiento medio de 59 \pm 39 meses. La incidencia de HCC a través de la década mostró un pico en 2013 y otro en 2018. Si bien la tendencia de TH por HCV fue descendente, el TH por HCV y HCC mostró los mismos picos de incidencia que la curva de TH por HCC global. 33% (22) de los TH por HCC se encontraban fuera de los criterios M (FM). El MELD

medio en pac sin puntaje suplementario fue 17 \pm 9. El tiempo de espera en pac con y sin MELD suplementario fue 51(1-353)días y 118(2-1256) días respectivamente (p=0.0003), 52% de los pac realizaron tratamiento previo al TH, recibiendo quimioembolización el 83%. El análisis del explante de los pac categorizados como M, evidenció que 36% se encontraban por FM. La recurrencia de HCC post TH global, en el grupo M, y FM fue 11%, 8%, y 23% respectivamente, luego de un periodo de seguimiento post TH de 17 \pm 11 m. El 45% de las recurrencias ocurrieron en el 1er año. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad, sexo, etiología, alfa-feto proteína, número de nódulos, tamaño tumoral, invasión vascular, distribución lobar, injerto total/parcial e inmunosupresión entre pac con y sin recurrencia tumoral. La sobrevida global en TH por HCC a 1, 5 y 10 años fue 88%, 77% y 74% y en pac M y FM 89%/ 86% (p=NS), 82% /64%(p=0,004) y 78% / 64%(p=0,02) para iguales periodos Conclusiones: 1) El TH por HCC representó la principal indicación de TH en la última década (35%) y el HCV la principal etiología asociada con dos picos de incidencia en asociados al inicio y desarrollo de tratamiento con antivirales 2) La recurrencia global de HCC fue del 11%, ascendiendo a 23% en pac con HCC FM 3) la supervivencia a 5 años fue significativamente menor en este grupo de pac.

TC - HÍGADO

Código: 1421

COMPARACIÓN DE APRI, AST/ALT, NFS, BARD, FIB-4, FIBROTEST Y ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN POR FIBROSCAN PARA DETECTAR FIBROSIS SIGNIFICATIVA Y AVANZADA EN PACIENTES CON HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO

Fernando Javier Barreyro; Karina Elizondo; Graciela Jorda; Raul Salomon Marucci.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES - Misiones - Argentina

Área Temática: 9.Hígado 9.8.Hígado graso

El hígado graso no alcohólico (HGNA) es actualmente la enfermedad hepática crónica más frecuente. La detección de fibrosis hepática es un objetivo diagnóstico importante en el manejo del HGNA, ya que define el subgrupo de pacientes con pronóstico hepático desfavorable. Nuestro objetivo fue evaluar el rendimiento diagnóstico para la detección de fibrosis significativa (\geq F2) y avanzada (\geq F3) de 7 pruebas no-invasivas en una cohorte de pacientes con HGNA que se sometieron a biopsia hepática (BH). Se realizó un estudio transversal que incluyó 122 pacientes con diagnóstico histológico de HGNA (Kleiner), desde 01/2014 a 12/2018. Al momento de la BH fueron realizados las pruebas: APRI, BARD, NAFLD fibrosis score (NFS) y FIB-4, dentro de los 6 meses previos de la BH se realizó: FibroTest y la medición de la rigidez hepática por elastografía de transición (ET) FibroScan (sonda M, un operador). El rendimiento diagnóstico se evaluó mediante el cálculo del área bajo la curva operativa del receptor (AUROC), la sensibilidad (S), especificidad (E), el valor predictivo positivo (PPV) y valor predictivo negativo (NPV). Los valores de AUROC de los dos test con mejor AUROC se compararon por el método pareado de Zhou. Para identificar el valor de corte de \geq F2 y \geq F3 se utilizó el índice de Youden. Las características demográficas fueron las siguientes: edad media 54 años (IC 95% 51-57), 51% sexo masculino, IMC 30,8 (IC 95% 30,1-31,5), IMC \geq 35 16%, diabetes 21%, AST elevada 39%, estadio de Fibrosis: F0: 19 (16%), F1: 42 (35%), F2: 30 (25%), F3: 15 (12%), F4:15 (12%). Resultados: ver tabla 1, las AUROC \geq F2 fueron los siguientes (IC95%): FibroScan: 0,973 (0,925-1,000), FIB-4: 0,783 (0,670-0,896), NFS: 0,778 (0,665-0,892), FibroTest: 0,723 (0,594-0,844), APRI 0,703 (0,572-0,834), AST/ALT 0,681 (0,549-0,814), BARD 0,674 (0,541-0,806). Las AUROC \geq F3 fueron los siguientes (IC95%): FibroScan: 0,989 (0,966-1,000), FibroTest: 0,797 (0,653-0,940), FIB-4: 0,790 (0,664-0,915), NFS: 0,786 (0,667-0,904), APRI 0,712 (0,623-0,791), BARD 0,699 (0,608-0,779), AST/ALT 0,677 (0,533-0,821). Se determinó que FibroScan presentó el mejor rendimiento diagnóstico para \geq F2 y \geq F3 en forma significativa (\geq F2 FibroScan Vs FIB-4 p $<$ 0,0001; \geq F3 Fibroscan Vs FibroTest p 0,001), esta diferencia se mantuvo al analizar a la población con IMC \geq 35 y con NAS \geq 4. Se determinó que el valor de corte de Fibroscan para F \geq 2 fue de 7,6 kPa (S: 96,5, E: 98,2, PPV: 98,2, NPV: 96,6) y para F \geq 3 fue de 9 kPa (S: 96,7, E: 97,6, PPV: 93,5, NPV: 99,4). En el análisis multivariado, la ET FibroScan fue el único predictor independiente de fibrosis significativa (OR: 2,02 p $<$ 0,0001) y avanzada (OR: 11,5 p 0,003). En conclusión en esta cohorte de pacientes con HGNA la ET FibroScan fue el método más preciso de los 7 test evaluados para el diagnóstico no-invasivo de fibrosis hepática significativa y avanzada. Esta información permitiría identificar de forma no invasiva a los pacientes con pronóstico hepático desfavorable.

CC - ESÓFAGO

Código: 1460

CAMINANDO A LA PAR

María Milena Llera Sosa; Diego Sartori; Diego Royg Jara; Giovanna Porfilio Gularte.

Hospital Escuela de Agudos Ramon Madariaga - Misiones - Argentina

Área Temática: 1.Esófago 1.2.Trastornos Motores

Introducción: El síndrome de Down es la anomalía cromosómica más común encontrándose asociado hasta en un 77 % de los casos con anomalías gastrointestinales que pueden ser de naturaleza estructural o funcional. Objetivos: Determinar la relación entre Síndrome de Down y Acalasia. Materiales y Métodos: Masculino de 45

años con diagnóstico de Síndrome de Down, Hipotiroidismo, Psicosis, Hiperuricemia medicada con levotiroxina, pantoprazol, ketiapina, allopurinol. Iniciando hace 36 meses con movimientos anormales corporales durante las comidas, hiperextensión del cuello, elevación de miembros superiores acompañado de irritabilidad y episodios de regurgitaciones y sialorrea con pérdida de peso mayor de 10 kg en los últimos 3 meses. Tránsito esofágico: mega esófago con codo distal, signo de la cola de ratón presente. Videoesoscopia alta: esófago dilatado con disminución del calibre a nivel del esfínter esofágico inferior, se transpone el instrumental con dificultad. Score de Eckardt de 7 puntos. Chagas negativo. Manometría esofágica convencional con anestesia según protocolo de Universidad de Chicago para pacientes pediátricos. Durante el procedimiento se logró un plano anestésico superficial para no interferir en la motilidad esofágica. En el periodo de disminución de la concentración plasmática del propofol, el paciente presentaba una sedación aún más superficial por lo cual recuperaba el reflejo de la deglución y en dicho momento se realizaba las degluciones correspondientes. Se realizó el plano de anestesia correcto para lograr las degluciones con éxito. Resultados: Se obtuvo un trazado manométrico en donde se constata 100% de ondas simultáneas, EEI hipertónico, con relajación incompleta. Conclusión: Se realizó una sesión de dilatación neumática como puente al tratamiento definitivo. Se propone Miotomía endoscópica peroral, con disminución del score de Eckardt, con aumento de peso de 8 kg en estos últimos dos meses. Observación: Debido a su baja incidencia sugiere una relación única entre dos entidades poco comunes y la similitud clínica con otras patologías más frecuentes como ser ERGE lo cual, dificulta y retrasa el correcto diagnóstico y el tratamiento adecuado. -Llera Sosa María Milena (Residente de 2 año de Gastroenterología). -Sartori, Diego Eloy (Jefe de Residentes de Gastroenterología). -Porfilio Gularte, Giovanna (Jefa de Servicio de Gastroenterología).

CC - ESÓFAGO

Código: 1411

MANOMETRIA DE ALTA RESOLUCION EN PACIENTES CON DIVERTICULO DE ZENKER

María Victoria García Mercader; Vanina Forestier; Andres Rodolfo Lucia; Cecilia Curvale; Raul Matano; Rosa Ramos.

Hospital de Alta Complejidad El Cruce - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 1.Esofago 1.2.Trastornos Motores

INTRODUCCIÓN: El esfínter esofágico superior (EES) es una zona del tracto gastrointestinal que separa la faringe del esófago. Tiene como función prevenir la aspiración del contenido esofágico, mantener un flujo anterógrado y retrogrado y como barrera funcional que previene la entrada de aire al esófago El divertículo de Zenker (DZ) se produce en la pared posterior de la hipofaringe por encima del EES, representado por el músculo cricofaríngeo Se plantea la hipótesis de que una alteración a nivel del tejido neuromuscular del cricofaríngeo generaría la alteración de la apertura, permitiendo la aparición del divertículo. Esta patología se evidencia generalmente en pacientes de tercera edad y se manifiesta principalmente por disfagia orofaríngea, halitosis y pérdida de peso. El método gold estándar para el diagnóstico es la Videodeglución. **Objetivo:** demostrar la presión del aparato esfinteriano en reposo y en la deglución en pacientes con DZ y el control del mismo post tratamiento, independientemente del método de la Miotomía (endoscópica o quirúrgica). **PRESENTACIÓN CASOS CLÍNICOS:** Se presentan dos casos de mujeres de similar edad (77 – 80 años) que presentaban diagnóstico de DZ. Una de las pacientes presentaba un divertículo grado III de Lahey, con un tabique corto, lo que no permitía una resolución endoscópica. Es por esto que se realiza diverticulotomía con una cricomiotomía quirúrgica. La segunda paciente presentaba un divertículo grado II de Lahey y fue resuelta de forma endoscópica. Las pacientes fueron estudiadas con Videodeglución y MAR. En ambas manometrías observamos un aumento de la presión en reposo del EES y de la presión faríngea con relajación completa en ambos casos, pre tto. Ambas pacientes evolucionaron de forma favorable, sin complicaciones. A los 3 meses de los procedimientos las pacientes no presentaban sintomatología y habían recuperado el peso perdido. Se realiza MAR control. En ambas se evidencia un descenso de la presión en un 50%, tanto del EES y de la presión faríngea, en comparación con la realizada previo a la miotomía. **CONCLUSIÓN:** Con este trabajo evaluamos mediante MAR que la presión del EES y la presión faríngea están aumentadas en reposo y como ambas descienden posterior a la miotomía, independiente del abordaje de la patología. La MAR permite la evaluación diferenciada de la faringe y del EES siendo el método adecuado de evaluación La miotomía, de cualquiera de los abordajes, ayuda a disminuir la presión del aparato esfinteriano superior, y consecuentemente mejora la clínica del paciente.

CC - ESÓFAGO

Código: 1474

CARCINOSARCOMA ESOFÁGICO PRESENTACIÓN DE UN CASO

Limbert Padilla; Javier Valentini; Guadalupe Rodriguez; Eugenia Saller; Deborah Seimah.

HOSPITAL NAC. PROF. ALEJANDRO POSADAS - BUENOS AIRES - ARGENTINA

Área Temática: 1.Esofago 1.3.Neoplasia

INTRODUCCIÓN El carcinosarcoma (CE) de esófago es un tumor raro compuesto por tejido mixto de células epiteliales y elementos sarcomatosos. Su forma de presentación más frecuente es la de una masa polipoidea localizada en el tercio medio del esófago con escasa sintomatología clínica al inicio de la enfermedad. Es un tumor maligno que representa 0,1-0,5% de todos los tumores del esófago, tiende a ser superficial e invadir lentamente la pared del órgano en comparación con el carcinoma típico. Hoy en día es escasa la literatura referente a esta patología. **CASO CLÍNICO** Paciente de 53 años, ex-tabaquista, enolista. Consulta por cuadro de 6 meses de evolución caracterizado por pérdida de peso (aprox. 20 Kg) asociado a disfagia progresiva, hasta la afagia en las últimas 24 hs. y deterioro del estado general. El laboratorio presento leucocitosis, PRC elevada, anemia, serologías negativas (HIV, HCV, HBV, CHAGAS). TC Tórax: Dilatación del tercio superior del esófago asociado a la presencia de una imagen de densidad de tejidos blandos endoluminal, que impresiona pedículo a nivel del tercio medio que se extiende hasta tercio distal del esófago. Mide 110x37x25mm. A nivel del fondo gástrico, engrosamiento focal de aspecto nodular. Ecografía abdominal sin lesiones focales a nivel hepático. VEDA desde los 25 cm hasta los 40 cm de la arcada dentaria superior se observa mucosa irregular, mamelonada, friable, de fácil sangrado al contacto con el instrumental, que compromete toda la circunferencia del órgano dificultando el paso pero sin impedirlo, con restos sólidos que dificultan la visión, se toman múltiples biopsias. Se inicia alimentación enteral por sonda K 108. Esofagograma mostró en el tercio medio imagen de falta de relleno en la luz del órgano con pasaje irregular del contraste y retención del mismo por encima de dicho nivel. Se interpreta el cuadro como Estenosis Esofágica secundaria a proceso proliferativo. La anatomía patológica informó Carcinoma Sarcomatoide con Inmunohistoquímica positiva para citoqueratina y vimentina. Actualmente en seguimiento por cirugía tórax y oncología iniciando quimioterapia Neodyuvante (Adriamicina –cisplatino) y revaloración en 3 meses. **OBSERVACIONES** Se presenta este caso clínico dado que es una patología de baja incidencia, rara presentación y rápido crecimiento dentro de los tumores malignos del esófago, suelen crecer hacia el lumen por lo que provocan síntomas precoces lo que permite su diagnóstico en etapas más tempranas. Actualmente existen controversias en cuanto a la terapia y pronóstico de la enfermedad.

CC - ESÓFAGO

Código: 1229

RARO TUMOR DE ESOFAGO

José María Sanguinetti; Silvia Alejandra Bogado; Gerardo Vides Almonacid; Julio César Lotero Polesel.

Instituto de Gastroenterología y Endoscopia Salta. Instituto de Patología y Citodiagnóstico de Salta - Salta - Argentina

Área Temática: 1.Esofago 1.3.Neoplasia

Caso: Varón de 59 años de edad con enfermedad poliúística, referido por disfagia progresiva de 6 meses de evolución y pérdida de 10 kg de peso. Laboratorio: dentro de VN. Se realiza EDA que muestra una lesión exofítica irregular por debajo del cambio mucoso extendiéndose hacia el fundus y región superior de la curvatura menor. La histopatología (HE) informó tumor maligno sólido pobremente diferenciado. Inmunohistoquímica (IHQ): positividad para Keratina AE1/AE3, cromogranina y sinaptofisina. Tomografía Computada (TC): engrosamiento concéntrico de la mucosa esofágica en el tercio inferior sin otras lesiones regionales o a distancia; poliquistosis hepática y renal. Con el diagnóstico de carcinoma neuroendocrino infiltrante de células pequeñas primitivo de esófago, se decidió realizar tratamiento quirúrgico resecando pieza de 8cm que infiltraba hasta la serosa, con dos ganglios positivos y bordes libres: p T3 p N1. Oncología decide esquema etopósido-carboplatino. En control con PET TC múltiples lesiones a distancia (ganglionares, hepáticas y en sutura esófago-gástrica). Actualmente en tratamiento paliativo. **Conclusión:** Los tumores neuroendocrinos (TNE) de células pequeñas de esófago son extremadamente raros, desde el primer reporte por McKeown en 1952, no más de 300 casos fueron descriptos. Representan del 0.04 a 4.6% de todos los TNE gastrointestinales y el 1 al 2.8% de las neoplasias de esófago. Son más frecuentes en hombres en la quinta década de la vida. No se encontró relación el esófago de Barrett ni exposición a químicos. Se encuentran frecuentemente como lesiones únicas en el tercio medio o inferior del esófago, ulceradas y mayores a 1cm. Las características anatomopatológicas fundamentales para el diagnóstico incluyen la identificación de células pequeñas carcinomatosas y marcación IHQ de diferenciación epitelial. En nuestro caso la negatividad para Vimentina descarta histogénesis mesenquimática, la positividad para Keratina AE1/AE3 ratifica su origen epitelial, así como la negatividad para TTF1 y P63 lo hacen para un origen pulmonar y neoplasia epidermoide. La negatividad para Keratina 7 y 20 con positividad para Cromogranina y Sinaptofisina indican origen neuroendocrino, con elevado índice de proliferación evaluado con la técnica de Ki67.La TC de alta resolución es actualmente el estándar para la evaluación de compromiso extra-esofágico. El PET-TC puede ser de utilidad para la evaluación del estado y la reevaluación post tratamiento. Al momento del diagnóstico suele haber metástasis a distancia y la sobrevida no supera el año. El tratamiento es controversial debido a la baja frecuencia y rápida progresión y se basa en el de los TNE extrapulmonares.

CC - ESÓFAGO**Código: 1607****ESOFAGITIS VIRAL AGUDA COMO FACTOR DESENCADENANTE DE ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA. REPORTE DE UN CASO***Romina Malvarez; Micaela Bertero.*

Bockus Centro de Salud Digestiva - Córdoba - Argentina

Área Temática: 1.Esófago 1.4.Miscelánea

Introducción: La esofagitis eosinofílica es una enfermedad inmunoalérgica caracterizada por infiltración de la mucosa esofágica por eosinófilos, desencadenada por reacciones de hipersensibilidad frente a componentes de la dieta o alérgenos. Objetivos: Descripción de una forma atípica de presentación de la enfermedad. Caso Clínico: Paciente masculino de 17 años sin antecedentes que consulta por fiebre, dolor retroesternal y odinofagia de 3 días de evolución. Laboratorio: leucocitos 7930, vsg 28 mm/hr, pcr 15. Se realiza videoendoscopia digestiva alta constatándose en esófago, tercio medio, entre los 30 y 34 cm múltiples úlceras aftoides de 3 mm con halo periférico congestivo. Desde los 34 cm hasta la unión esofagogástrica erosiones confluentes de borde congestivo cubiertas por exudado, compromiso circunferencial del órgano y friabilidad de la mucosa. La anatomía patológica tomada de los bordes de las úlceras informa mucosa esofágica ulcerada con material fibrinoleucocitario en superficie y tejido de granulación compatible con úlcera activa. Técnica de PAS negativa. Ausencia de cambios citopáticos virales. ELISA para HIV (no reactivo), IgM para Herpes Simplex tipo I positivo, IgM anticápside Virus Epstein Barr reactivo. Sospechándose esofagitis aguda viral se indica Aciclovir 400mg/5 hs por 7 días y Dexlansoprazol 30 mg 2 veces/día mostrando rápida resolución sintomática. El control endoscópico a 60 días revela en tercio superior y medio esofágico anillos concéntricos (traquealización esofágica) y surcos longitudinales, aspecto reticulado del órgano y erosiones en tercio inferior. Consistencia de la mucosa aumentada al contacto con la pinza de biopsia. La anatomía patológica presenta vasos papilares congestivos, espongirosis y frecuentes eosinófilos (más de 15 por CGA) que migran a la superficie del epitelio conformando microabcesos, en los tres tercios esofágicos. Biopsias gástricas y duodenales con edema y vasocongestión. Laboratorio: eosinofilia relativa periférica, elevación de niveles de IgE. Diagnóstico presuntivo de Esfagitis eosinofílica. Se realiza interconsulta con Inmunología descartándose inmunodeficiencias (IgM, IgG, IgA totales, IgA sérica, Linfocitos CD3, CD4, CD8 normales). Se indican inmunoglobulinas endovenosas mensualmente en 3 series e IBP en dosis doble. Paciente que evoluciona asintomático, sin embargo, sin resolución endoscópica de las lesiones por lo que se inicia tratamiento con fluticasona en aerosol deglutida 1600mcg/ día y Montelukast 10 mg/día con total respuesta endoscópica e histopatológica 3 meses después. Paciente que continúa con corticoides a dosis de mantenimiento. Conclusión: Este caso sugiere que la esofagitis infecciosa inicial puede haberse comportado como factor desencadenante de la esofagitis eosinofílica subsecuente. Observaciones: Presentación inusual de una esofagitis aguda viral inmediatamente seguida de una esofagitis eosinofílica, sugiriendo a la primera como gatillo de la segunda enfermedad.

CC - ESÓFAGO**Código: 1489****HEMORRAGIA DIGESTIVA Y HALLAZGO ESOFÁGICO INFRECUENTE***Maria Victoria Sayanes; Eduardo Peralta; Miguel Arce; Laura Herrera; Sebastian Calvo; Gabriela Moran; Oscar Gadea.*

HIGA Dr Oscar Alende - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 1.Esófago 1.4.Miscelánea

INTRODUCCION: Los divertículos esofágicos son cavidades anormales en forma de bolsa. Se pueden dividir en congénitos o adquiridos y en ocasiones puede ser difícil determinar su origen. Los puentes mucosos esofágicos son bandas de músculo liso cubiertas por mucosa que conectan la luz, poco frecuentes y en general secundarias a inflamación. Las membranas esofágicas son anomalías congénitas en tercio superior o medio cubiertas por mucosa de epitelio escamoso estratificado. OBJETIVO: Describir la evolución y tratamiento de un paciente con hemorragia digestiva donde se encuentra como hallazgo un divertículo, puente mucoso y membrana esofágica. PACIENTE: Paciente masculino de 39 años sin antecedentes de relevancia que presenta entre 2011 y 2016, 4 internaciones por melena y caída de hematócrito. Se realiza VEDA en varias oportunidades sin evidencia de sangrado con hallazgo: a 22cm de arcada dentaria divertículo con puente mucoso que disminuye la luz y membrana a 25cm ambos con resalto al paso. Dos VCC normales. EnteroTAC: malformación arteriovenosa en yeyuno proximal. Arteriografía confirma malformación vascular y se decide resección de primer asa yeyunal con buena evolución. A los meses progresión de disfagia a sólidos, síntoma que recuerda desde niño con adquisición de maniobras posturales para la ingesta de carne. Se rescata el antecedente a los 6 años de haber ingerido la golosina "mielcita" con regurgitación del envoltorio a las 3-4 semanas. Esofagograma: divertículo superior con acumulación de contraste. Se niega a realizar manometría. Se decide septotomía endoscópica con papiótomo de punta y se dilata con balón de 20mm la membrana esofágica. Se coloca un clip en la

base de la septotomía. Presenta neumomediastino a las 12 hs con buena evolución con tto médico y alta a los 6 días. Franca mejoría de la disfagia. Esofagograma al año (26/06/19) vaciamiento rápido del saco diverticular remanente. VEDA sin dificultad en el paso, con el puente en la base del saco remanente. Dada la mejoría se decide no seccionar el puente. RESULTADO/CONCLUSION: En el estudio de una hemorragia digestiva de etiología infrecuente en un paciente joven se observa un divertículo con puente mucoso y una membrana esofágica. Se ha descrito un caso en la literatura de fistula esofagorespiratoria secundaria al plástico de la mielcita. Interpretamos que el envoltorio produjo reacción inflamatoria con estenosis cicatrizal tipo membrana y el divertículo por tracción proximal con un puente en la base. No encontramos bibliografía que asocie la malformación vascular intestinal con las lesiones esofágicas. OBSERVACIONES: Paciente joven que se presenta con hemorragia digestiva por malformación vascular intestinal y como hallazgo presenta lesiones esofágicas infrecuentes. El antecedente de la regurgitación del sachet de la mielcita apoya la hipótesis de haber sido la causa de las lesiones esofágicas.

CC - ESÓFAGO**Código: 1580****HISTOPLASMOSIS ESOFÁGICA***Sebastián Lozano; Rosario Cafure; Exequiel Bori; Santiago Ojeda; Silvana Lucero; Adriana Idoeta.*

Hospital San Roque - Córdoba - Argentina

Área Temática: 1.Esófago 1.4.Miscelánea

Histoplasmosis esofágica. Lozano S, Cafure R, Bori E, Ojeda S, Lucero S, Idoeta A., Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva – Hospital San Roque – Córdoba. INTRODUCCION La histoplasmosis es una micosis producida por Histoplasma Capsulatum que compromete frecuentemente al pulmón, pero también puede generar enfermedad diseminada. En Argentina la tasa de incidencia anual oscila entre 6-7%. Predominantemente en zona rural y urbanizadas como jardines. Se adquiere por vía inhalatoria. En su forma diseminada, los síntomas gastrointestinales pueden estar presentes en el 70-90% de los casos. Afecta principalmente al ciego y colon ascendente, orofaringe e intestino delgado. OBJETIVO Reportar un caso de manifestación infrecuente de histoplasmosis con compromiso esofágico. Revisión de la literatura. MATERIAL Y METODOS Paciente femenina, de 42 años, sin antecedentes patológicos, consulta por cuadro de 10 meses de evolución caracterizado por disfagia baja, progresiva, primero a sólidos y luego a líquidos, odinofagia, pérdida de peso de 30kg, vómitos postprandiales, plenitud postprandial y saciedad precoz. Registros febriles. Examen físico: Signos vitales conservados. Muget oral. Lesiones costrosas en rostro. Máculas amarillentas múltiples en miembros inferiores. Lesión única violácea, de aspecto vascular en cara interna de muslo derecho que desapareció espontáneamente. Disminución del pániculo adiposo, con hipotrofia muscular marcada. Sin adenomagalias ni visceromegalias. Laboratorio: Anemia microcítica hipocrómica, leucopenia. HIV(+), CD4: 413 Carga viral; 413.537 copias/ml. Resto de serología viral negativa. Video endoscopia digestiva alta: Esófago: Candidiasis esofágica en tercio superior. Desde tercio medio hasta unión esofago-gástrica se observa disminución del calibre, úlceras superficiales con friabilidad al roce y lesión nodular, de aspecto vascular. Estómago y duodeno sin particularidades. Biopsias esofágicas: Acumulo de histiocitos epiteloides con inclusiones citoplasmáticas rodeadas por halo claro. Coloración de PAS (+) donde se observan elementos de aspecto micótico intra y extracelulares compatibles con Histoplasma Capsulatum. Coloración Ziel Neelsen negativa para BAAR. No se observan inclusiones citomegálicas. Tratamiento: Anfotericina B 0.7 mg/kg 14 días EV. Se rota a Itraconazol 200 mg cada 8 hs tres días, luego cada 12 hs hasta cumplir los 12 meses. Inicia terapia con antirretrovirales. Paciente evoluciona favorablemente, con aumento del peso, asintomática y tolerancia a dieta. CONCLUSION La Histoplasmosis diseminada es una enfermedad grave en los pacientes con VIH/SIDA. El compromiso esofágico es excepcional, con disfagia, odinofagia, dolor retroesternal, pérdida de peso y fiebre. Comprometiendo principalmente al tercio distal, con erosiones, úlceras y estenosis.

CC - ESÓFAGO**Código: 1595****SÍNDROME DE PLUMMER-VINSON. REPORTE DE UN CASO SÍNDROME DE PLUMMER-VINSON. REPORTE DE UN CASO***Daniela Orellana; Federico Tielli; Gabriela Vecchio; Fernanda Alsina; Humberto Mimura; Marcela Ladux.*

HIGA P FIORITO - buenos aires - Argentina

Área Temática: 1.Esófago 1.4.Miscelánea

SÍNDROME DE PLUMMER-VINSON. REPORTE DE UN CASO Autores Orellana Daniela A. ; Tielli Federico; Vecchio Gabriela; Alsina Fernanda S.; Mimura Humberto; Ladux Marcela. Introducción El Síndrome de Plummer-Vinson es una entidad poco frecuente, caracterizado por anemia ferropénica, disfagia y membrana esofá-

ca. Su patogenia no ha sido esclarecida, aunque se asocia al déficit férrico. Predomina en mujeres, entre los 40 y 70 años. El diagnóstico es clínico, endoscópico y radiológico. La terapéutica se basa en la administración de hierro, asociada a tratamiento endoscópico, mediante dilataciones, terapia electro incisional o argón plasma. Objetivos Describir un caso clínico de una enfermedad de baja frecuencia. Caso clínico Paciente femenino, de 42 años, ex tabaquista, consulta por disfagia progresiva para sólidos de 3 años de evolución, asociada a pérdida de peso, astenia, adinamia y disnea. Al examen físico, paciente adelgazada (IMC:16kg/m²), palidez mucocutánea, lengua depapilada y coiloniquia. Laboratorio: Hto 19,4%; Hb 5,1g/dL; VCM 48fL; HCM 12,6pg; Fe 20 µg/dL; Ferritina 478 ng/mL; saturación de transferrina 3,96%. Se realiza tránsito esofágico y duodeno. Se evidencia falta de distensibilidad de tercio medio. Se efectúa endoscopia digestiva alta (VEDA), la cual presenta en tercio superior de esófago membrana anular, concéntrica, que impide el pasaje del instrumental, se toman biopsias compatibles con esofagitis crónica reagudizada. Por tomografía, se evidencia estrechez de la luz esofágica a nivel del músculo cricofaríngeo, resto sin alteraciones. Ecografía transvaginal normal. Serología para enfermedad celíaca y perfil tiroideo normales. Se interpreta cuadro como SPV. Se realizan dilataciones endoscópicas con bujías asociadas a inyección de triamcinolona por reestenosis. Se efectúa VEDA completa, con biopsias esofágicas y duodenales, que informan esofagitis crónica inespecífica y duodenitis crónica. Inicia terapia con hierro, con evolución favorable, tolerando alimentos sólidos, aumento de peso y mejoría analítica; última VEDA con pasaje del instrumental sin resalto. Continúa bajo seguimiento. Observaciones El SPV es una afección rara, en la cual el déficit de hierro es el elemento clave en su patogénesis, sin embargo intervienen además factores genéticos, nutricionales y autoinmunes. Entre el 3-16% de los pacientes con anemia y déficit de hierro desarrollan algún tipo de neoplasia del tracto gastrointestinal, principalmente el carcinoma epidermoide de esófago. En la actualidad no existen guías para su vigilancia endoscópica. No obstante se sugiere un seguimiento anual. Conclusión A pesar de que el SPV es una entidad de baja frecuencia, su sospecha clínica asociada a escasos exámenes complementarios, permiten arribar al diagnóstico y realizar un tratamiento oportuno fin de disminuir el riesgo del riesgo de neoplasia.

CC - ESÓFAGO

Código: 1691

CIERRE DE FISTULAS Y PERFORACIONES POR METODOS ENDOSCÓPICOS

Giovanna Porfilio Gularte; Federico Congost; Joaquin Heredia; Santiago Arostegui; Estela Parra Wirth; Sebastian De Olivera; Milena Llera Sosa; Diego Sartori.

Servicio de Gastroenterología, Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga - Misiones - Argentina

Área Temática: 1.Esófago 1.Esófago

Introducción:Las perforaciones y fistulas del tubo digestivo son de difícil manejo debido a las comorbilidades. Objetivo:Describir la experiencia en nuestra institución con el uso del clip Ovesco y stent esofágico en el cierre de perforaciones y fistulas. Paciente 1:Masculino de 38 años.Presenta disfagia a sólidos y líquidos de 7 meses de evolución asociado a dolor retroesternal y pérdida de peso. Tomografía computada se evidencia engrosamiento parietal difuso del tercio medio/distal del esófago con endoscopia que se observa lesión ulcerada que abarca 50% de la luz con anatomía patológica compatible con Carcinoma Epidermoide infiltrante.Se realiza de Esofagectomía con anastomosis esófago gástrica evolucionando de manera desfavorable con necesidad de ARM y drogas inotrópicas. En exploración endoscópica se evidencia anastomosis esofagogástrica a 25 cm ADS con ulcera en cara posterior y prueba neumática con oscilación en tubo de avamiento pleural a través de orificio fistulosos procedimiento al cierre endoscópico con clips y control radiológico sin fuga.A los 14 días a través de TAP se evidencia oscilación repitiéndose exploración endoscópica que visualiza a nivel de cierre con clips, desprendimiento de un instilándose azul de metileno con pasaje a través del TAP y perdida peritubo. Se coloca Stent Esófago totalmente recubierto con instilación de contraste con buen pasaje. Paciente 2:Masculino de 56 años con proctorragia y oclusión intestinal realizando laparotomía más hemicolectomía por Adenocarcinoma de Colon evolucionando con múltiples interurrencias infecciosas, laparotomías exploradoras por colecciones abdominales y fistulas entero cutánea de alto debito. Realiza Quimioterapia y enterectomía más entero-enteroanastomosis con reconstrucción del tránsito colonico y cierre de pared con malla.Por dolor abdominal leve se realiza TC de abdomen evidenciando fistula lateral sobre anastomosis colo-colónica con fuga de contraste. Se realiza VCC con cierre de fistula con OVESCO con control radiográfico sin evidencia de fuga. Paciente 3:Femenina de 55 años de edad consulta por sensación de cuerpo extraño, sialorrea realizando TC evidenciándose neumodiastino y cuerpo extraño punzante en angulo esplénico evolucionando con hematemesis y melena, shock hipovolémico.Se realiza endoscopia evidenciando a 25 cm de ADS sangrado activo por orificio fistuloso se realiza estudio hemodinámico con visualización de fistula aorta subclavia izquierda se procede a colocación de stent vascular con mala evolución se procede a toracotomía izquierda y ligadura de exclusión de subclavia proximal y distal a la perforación intercurriendo nuevamente con sangrado activo. En VEDA se observa sangrado en orificio fistuloso decidiéndose colocación de sistema OVESCO con alta hospitalaria a las 48 hs. Conclusión:Es un método efectivo y seguro para el manejo de perforaciones agudas y fistulas del tubo digestivo con recuperación inmediata evitando nuevas intervenciones quirúrgicas.

CC - NEUROGASTROENTEROLOGÍA

Código: 1566

GANGLIONITIS INTESTINAL AUTOINMUNE. A PROPOSITO DE UN CASO

Cecilia Irene Haller; Gonzalo Martin Souto; Valeria Taire; Horacio Pecci; Marcos Fabian Mendez; Alejandro Larriera.

HOSPITAL ISOLA DE PUERTO MADRYN - CHUBUT - ARGENTINA

Área Temática: 1.Esófago 1.1.Enfermedad por Reflujo

Área Temática: 11.Neurogastroenterología

Paciente de 17 años, con antecedentes de SINDROME DE SJOGREN PRIMARIA CON GANGLIONITIS INTESTINAL AUTOINMUNE (con compromiso de colon e intestino delgado) de 10 años de evolución, múltiples internaciones por pseudo obstrucción intestinal, múltiples cirugías con colostomía e ileostomía. En tratamiento con Azatioprina 50mg/d. Debido a su patología, presentaba baja talla, bajo peso, raquitismo, síndrome anémico, alteraciones de la coagulación, hipoproteinemia, desnutrición crónica grado I. Síntomas de distensión y dolor abdominal, que se interpreta como causal íleo funcional con mala absorción secundaria que conlleva a la desnutrición del paciente. Se inicia tratamiento con Rituximab cada 6 meses, con excelente evolución de su cuadro clínico, que se ve afectado por episodios de sobrecrecimiento bacteriano que mejoran con el tratamiento antibiótico. Mejoría franca de parámetros de laboratorio. Actualmente cumple 2 años con este tratamiento, aparición de síntomas de diarrea y distensión abdominal cada 2-3meses, que mejoran con el tratamiento antibiótico, y presenta anemia megaloblástica asociada a falta de Vitamina B12, que revierte con la reposición de la misma.

CC - ESTÓMAGO - DUODENO

Código: 1608

OBSTRUCCIÓN AL TRACTO DE SALIDA GÁSTRICA EN LA ERA DE LOS INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES

Yolanda Vargas; Ivanna Candel; Pablo Cura; Sebastian Carrica; Leonardo Garavento; Nadia Perron; Andres Sánchez; Fernando Baldoni; Mauricio Guzman; Francisco Tufare.

Hospital San Martín de la Plata - BUENOS AIRES - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.3.Enfermedad Ácida Péptica

INTRODUCCIÓN La obstrucción al tracto de la salida gástrica (OTSG) puede deberse a causas benignas o malignas. Previo al uso de inhibidores de bomba de protones (IBP), la estenosis péptica fue la etiología más prevalente. El tratamiento con IBP y de erradicación para Helicobacter Pylori disminuyó drásticamente la incidencia de úlcera péptica como sus complicaciones. La dilatación con balón de la OTSG benigna fue descrita por primera vez en 1981 y sigue siendo una técnica asequible por sus costos y disponibilidad con altas tasas de respuesta clínica del 75 al 100% OBJETIVOS Actualizar una de las formas de presentación benigna de la OTSG junto con sus opciones terapéuticas PACIENTES Y MÉTODOS Paciente masculino de 21 años, tabaquista que refiere al interrogatorio dirigido exposición a antiinflamatorios no esteroideos (AINES) previo al inicio de los síntomas. Presenta internación por dispepsia de 45 días de evolución asociada a vómitos de contenido alimenticio junto con síndrome de repercusión general sin respuesta a tratamiento médico. En el examen físico presenta moderada palidez mucocutánea generalizada y sarcopenia. Abdomen: plano, ruidos hidroáereos presentes, con leve dolor a la palpación en epigastrio sin signos de irritación peritoneal. En el laboratorio presentó anemia ferropénica y se descartó infección por virus de inmunodeficiencia humana. Se realiza Tomografía Computada de abdomen con contraste que evidencia engrosamiento parietal a expensa del bulbo duodenal con dilatación de cámara gástrica. Videoesofoscopia digestiva alta (VEDA): Estómago de retención con restos líquidos aspirables. En el canal pilórico se objetiva úlcera profunda mayor a 3 cm con bordes sobrelevados y fondo sucio, que condiciona estenosis puntiforme infranqueable al paso del gastroscopio. Se realiza abordaje multidisciplinario y se decide iniciar tratamiento con ayuno y sonda nasogástrica a descarga, nutrición parenteral, IBP a dosis doble y erradicación para Helicobacter Pylori. RESULTADOS: Informe de anatomía patológica negativo para atipia. Se realiza VEDA control evidenciando en región prepilórica cicatriz de úlcera que condiciona retracción del píloro y estenosis de bulbo, continua siendo infranqueable. Se decide iniciar dilataciones seriadas hasta 13 mm con balón hidrostático bajo guía fluoroscópica junto con IBP dosis doble con respuesta clínica y endoscópica. CONCLUSIONES La OTSG es una entidad poco frecuente, que se puede presentar de forma secundaria a entidades malignas y benignas. En este contexto, es importante realizar la distinción entre las mismas para definir su mejor abordaje y opción terapéutica. En nuestro caso, posterior a descartar todas las causas malignas junto con un interrogatorio dirigido, se logró determinar la naturaleza péptica de la estenosis. El tratamiento endoscópico es una herramienta de baja morbilidad, fácil acceso y bajos costos en contraposición a la terapéutica quirúrgica.

CC - ESTÓMAGO - DUODENO

Código: 1542

ADENOCARCINOMA GÁSTRICO HEPATOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Wanda Elena; Nicolás Cattaneo; Gonzalo Gomez Perdiguero; Pablo Calzetta; Ana Martínez; Alfredo Curras.

Fernandez - Bs As - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.4.Neoplasia

INTRODUCCIÓN: Las neoplasias gástricas se dividen histológicamente en tumores epiteliales, no epiteliales y secundarios. De los tumores epiteliales, el adenocarcinoma es el más frecuente a nivel mundial. El 1.5 al 15% de la totalidad de los adenocarcinomas gástricos son productores de alfa-fetoproteína (AFP) y la mayoría muestra características histológicas que semejan al carcinoma hepatocelular. El adenocarcinoma hepatoide es una neoplasia rara, predomina en el sexo masculino y en la séptima década de la vida. Histológicamente son semejantes al carcinoma hepatocelular con producción de AFP en el 64% de los casos y bilis en el 5.9%. Su diagnóstico se basa en el patrón histológico complementándose con el perfil de inmunohistoquímica, como la AFP, seguido de α 1-antitripsina y α 1-antitriptasa. **OBJETIVO:** Presentar un caso clínico con diagnóstico de neoplasia gástrica poco frecuente. **CASO CLÍNICO:** Masculino de 68 años con antecedentes de tabaquismo. Consulta por 4 meses de evolución de saciedad precoz, dolor epigástrico y pérdida de peso progresivo. Examen físico: paciente adelgazado, masa palpable duro elástica en epigastrio y ambos hipocondrios. TAC de tórax, abdomen y pelvis: ascitis, secundarismo peritoneal. Imágenes hipodensas con realce heterogéneo en segmento I, V y VI hepático (secundarismo) e imagen mal definida en techo gástrico que impresiona comprometer su pared y cola del páncreas. Laboratorio: aumento en el dosaje de alfa-fetoproteína (4263 ng/ml). VEDA: en cuerpo alto sobre cara anterior hacia curvatura mayor y UGE lesión de aspecto infiltrante con mucosa con patrón en mosaico, friable al roce con la pinza de biopsia. Biopsias (con anatomía patológica no categórica). A nivel de canal pilórico imagen deformada de compresión extrínseca con mucosa sana. Posteriormente se realiza PAAF de lesiones hepáticas por vía percutánea, donde se obtiene resultado positivo para células neoplásicas, el cuadro citológico y el perfil inmunohistoquímico (positivo para alfa-1 antitripsina) sugieren adenocarcinoma de origen gástrico tipo hepatoide. Posteriormente, nueva videoendoscopia digestiva alta con biopsias positivas para adenocarcinoma. El paciente inicia ciclos de quimioterapia con leucovorina, fluorouracilo y oxaplatino. Actualmente se encuentra con mejoría clínica e imagenológica. **CONCLUSIÓN:** El adenocarcinoma gástrico de tipo hepatoide es una neoplasia rara y altamente agresiva, con mortalidad a corto plazo, que ante su baja frecuencia y escaso conocimiento de la misma implica una mayor dificultad diagnóstica. La detección temprana y tratamiento mejoran el pronóstico, siendo el tratamiento curativo la cirugía con resección tumoral. Desafortunadamente, como a nuestro paciente, la aparición de síntomas evidencia una enfermedad avanzada con metástasis en hígado, ganglios linfáticos y/o peritoneo.

CC - ESTÓMAGO - DUODENO

Código: 1384

GASTRITIS AUTOINMUNE Y TUMORES CARCINOIDES GÁSTRICOS EN PACIENTE PUÉRPERA CON ANEMIA FERROPÉNICA

Georgina Don; Jhonny Espinoza; Juan Pablo Santilli; Roberto Beresten; Christian Kozura.

SANATORIO TRINIDAD - BUENOS AIRES - ARGENTINA

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.4.Neoplasia

Introducción La gastritis autoinmune (GA), se caracteriza por destrucción de células parietales y el factor intrínseco (FI) por autoanticuerpos llevando a largo plazo a gastritis atrófica corporo-fúndica, aclorhidia, hipergastrinemia y anemia perniciososa (AP) por déficit de absorción de vitamina B12. Aumenta la incidencia de tumores neuroendocrinos y adenocarcinoma. **Objetivos** Presentar un caso de gastritis autoinmune y tumor carcinóide gástrico sin anemia megaloblástica como presentación infrecuente. **Materiales y métodos** Paciente de 33 años puérpera de dos meses con anemia, constipación y proctorragia intermitente. Peso en descenso post parto. Laboratorio Hto 31% Hb 9.8 g/dl Ferritina 23 ug/dl, ferritina 3.4 ng/dl, anticuerpos de enfermedad celiaca negativos. **Resultados** VEDA: disminución altura de pliegues gástricos y dos pólipos blanquecinos sésiles de 6 mm en cuerpo gástrico que se secan. VCC hasta ciego sin lesiones mucosas con hemorroides internas. Anatomía patológica: tumor neuroendocrino bien diferenciado G1, Ki67 menor de 1% asociado a gastritis crónica atrófica en cuerpo y techo. **Dosaje en sangre:** Cromogranina A (CagA) positiva: 130 pg/dl, Ac. 5hidroxiindolacetico positivo: 1400 U/ml, Ac. Anti células parietales positiva: 1/40 U/ml, Ac anti factor intrínseco negativo, vitamina B12 2000 pg/ml Se inicia tratamiento con hierro vía oral. **Tomografía Toracoabdominopelviánica** con contraste: no se evidencian lesiones. VEDA (6 meses posterior a la resección mucosa): disminución altura pliegues sin lesiones. Laboratorio control con resolución de la anemia y negativización de CagA y Ac. 5Hidroxiindolacetico. **Conclusiones** La GA está asociada con mayor riesgo de desarrollo de adenocarcinoma y carcinóide gástrico tipo I. Hay tres tipos de carcinoides: el tipo I en GA, el tipo II presente en pacientes con MEN I y síndrome de Zollinger-Ellison y tipo III, la

variante más agresiva, de aparición esporádica. La detección de pólipos corporales en GA debe hacer sospechar esta patología y reseccarlos. En los carcinoides tipo I y II menores a 20 mm sin invasión de la muscular propia, la resección endoscópica suele ser el único tratamiento requerido. La GA puede conducir a malabsorción de VitB12 por déficit de FI y en grados muy avanzados desarrollar AP. En el caso de esta paciente no presenta anticuerpos contra FI, y el diagnóstico fue temprano por lo que se interpreta que no desarrolla AP por dicha causa. **Observaciones** La paciente continúa con controles clínicos, de marcadores y endoscópicos cada 6 meses. Sin requerimiento de hierro.

CC - ESTÓMAGO - DUODENO

Código: 1500

HEMORRAGIA DIGESTIVA POR TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) EN PACIENTE JOVEN

Diana Davila; Lorena Perna; Cecilia Garbe; Laura Marchi; Ana Oviedo; Rafael Garcia.

HOSPITAL NACIONAL A. POSADAS - BUENOS AIRES - ARGENTINA

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.4.Neoplasia

Introducción Los GIST son las lesiones subepiteliales malignas más comunes de todos los tumores mesenquimales. Se presentan con mayor frecuencia en el estómago (51%), intestino delgado (30%). Se pueden presentar con sangrados gastrointestinales y dolor abdominal, un 30% suele ser asintomático y su hallazgo incidental. La resección quirúrgica es el enfoque primario para manejo de los GIST. **Caso clínico** Paciente masculino de 40 años con antecedentes de consumo de analgésicos. Consulta por cuadro clínico de 5 días de evolución por episodios de melenas, astenia, y disnea. Laboratorio: anemia y falla renal. Se interpreta como hemorragia digestiva alta. **Requirió** transfusión de glóbulos rojos. **Endoscopia digestiva alta (VEDA) 1/11/2018:** Ulceras duodenales Forrest IIB y IIC. A los 4 meses consulta por astenia. Laboratorio: anemia. **VEDA 17/4/19:** a nivel de segunda duodenal se observa lesión redondeada, con ángulos obtusos, cubierta por mucosa congestiva erosionada, friable, que afecta más del 75% de la luz, podría corresponder lesión submucosa vs compresión extrínseca. **Ecoendoscopia 25/4/19:** en área papilar se observa formación heterogénea, hipocóica de contornos irregulares, con vascularización periférica de 60x70mm, la cual no permite diferenciar arquitectura de la pared duodenal. **TC de abdomen 26/4/19:** Voluminosa formación sólida, heterogénea de contornos netos y polilobulados retroperitoneal a nivel de compas aorto - mesentérico, impresiona relación con cara antero-medial de segunda y tercera porción duodenal sin poder definir adecuadamente planos de clivaje con el mismo, así tampoco con órganos adyacentes como proceso uncinado de páncreas, de 128mm DL x 73mm DAP X 137 MM DT con realce, observándose áreas que no captan vinculables a necrobiosis. Se realiza Duodenopancreatectomía cefálica más colectomía derecha, por tumor en segunda porción duodenal que infiltra pared y mesocolon. **Anatomía patológica:** TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL LOCALIZADO EN DUODENO Y PANCREAS DE ALTO RIESGO DOG-1 y CD117: positivos. Actualmente paciente en seguimiento por servicio de oncología en plan de realizar tratamiento con IMATINIB. **Discusión** Los GIST tumores poco frecuentes, con incidencia de 1/100.000 al año, con ligera prevalencia en sexo masculino. La edad media es de 60-65 años. El 70% causa sangrado gastrointestinal. El diagnóstico es histológico: morfología e inmunohistoquímica (KIT y/o DOG1). Se estratifican por riesgo clínico de malignidad: muy bajo, bajo, intermedio o alto. La principal estrategia de tratamiento para los GIST, es la resección quirúrgica, y administración de inhibidores de la tirosina, como en el imatinib. **Conclusión** Los GIST son causa de sangrado intestinal, se consideran actualmente como tumores potencialmente malignos. El pronóstico de esta enfermedad se asocia con el tamaño y el índice mitótico tumoral. El objetivo del tratamiento es el diagnóstico precoz y la extirpación completa.

CC - ESTÓMAGO - DUODENO

Código: 1381

HEMORRAGIA DIGESTIVA RECURRENTE SECUNDARIA A GIST DUODENAL

Maria Florencia Melano; Gabriela Miriam Castillo; Fabián Eduardo Zarate; Micaela Bertero; Ignacio Bechetti; Laura Marisa Di Bartolo; Juan Couto.

Hospital Córdoba - Córdoba - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.4.Neoplasia

a) **Introducción:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son de origen mesenquimatoso, a partir de las células de Cajal. Expresan la proteína c-kit, reaccionan a tinción inmunohistoquímica: CD117. Representan el 2% de neoplasias gastrointestinales, constituyen el tumor mesenquimatoso más común del tracto. Más frecuentes en estómago 70% (yeyuno-íleon 30%, colon-recto-apéndice 10% y esfago 1%). b) **Objetivo:** Presentar un caso de hemorragia digestiva recurrente y revisión de literatura. c) **Material y métodos:** Paciente masculino, 59 años, ingesta de AAS 100mg/día, AINES 3 veces por semana. Derivado de otro hospital por melena, sin descompensación hemodinámica. Laboratorio: hb:6.5 hto:19.4 APP:75%. VEDA: úlcera de bulbo duodenal de 15 mm de diámetro de bordes regulares, en cara posterior Forrest III. **Tratamiento:** IBP(80mg bolo ev y mantenimiento 40mg/12HS)+1UGRS.

A las 48h repite melena, con descompensación hemodinámica que responde a volumen. Laboratorio:hb:4.4, hto:14.3. Transfusión:2UGRS. VEDA:en 3ra porción duodenal, lesión sobrelevada submucosa con alteración vascular central sangrante en napa (Forrest IB). Escleroterapia:Adrenalina(1/10000)+AET2%. Enteroscopia proximal anterógrada: hasta 3ra porción duodenal. Lesión submucosa de 3 cm de diámetro con ulceración central cubierta de hematina; se tatúa región contralateral. TAC:cte ev tórax-abdomen-pelvis:lesión redondeada de bordes regulares y densidad inhomogénea con realce luego de administración de contraste ev, crecimiento exofítico submucoso sobre la pared lateral de 4ta porción duodenal, de 29mm de diámetro. Leve realce de grasa mesentérica adyacente, adenopatías infracentimétricas. Aorta y vena cava inferior s/p. Marcadores tumorales:negativos. Conducta quirúrgica: resección segmentaria de 3ra-4ta porción duodenal con duodeno-yeyuno anastomosis latero-lateral. Anatomía patológica:segmento 3 y 4 duodenal con neoplasia fusocelular mesenquimal, infiltrante hasta serosa de 3x2.5x2.5cm, índice mitótico:6 mitosis/50 CGA. Límites quirúrgicos libres. Inmunoistoquímica:CD117(+). Oncología:Imatinib 400mg diarios. d)Resultados:Diagnóstico de GIST duodenal, 3ra porción y hemorragia digestiva recurrente por ulceración del mismo. Conclusiones: Los GIST duodenales son infrecuentes(prevalencia 5-7%). La 2da porción es la más afectada(64%), 3ra(42%), 4ta(25%) y 1ra(21%). La mayor información sobre ellos son reportes de casos. Asintomáticos en general, en ocasiones, hemorragia digestiva. Los principales factores pronósticos respecto a enfermedad y supervivencia son recuento mitótico y tamaño tumoral. Es difícil predecir su comportamiento biológico, se catalogan según el riesgo asociado a metástasis. La resección quirúrgica completa, es el único tratamiento curativo, no hay lineamientos quirúrgicos bien delimitados; la mayoría son susceptibles de pancreatoduodenectomía. Tratamiento oncológico con Imatinib de forma neoadyuvante y adyuvante. e)Observaciones:comunicación simple de un caso infrecuente.

CC - ESTÓMAGO - DUODENO

Código: 1432
LESIÓN CUTÁNEA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

Romina Paganelli; Nahuel Encina; Ivana Azcurra; Pablo Barbieri; Yair Atum; Valentino Buseghin; Claudio Guerrina; Ariel Gamba; Natalia Poles.

HECA - SANTA FE - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.4.Neoplasia

Introducción: El adenocarcinoma gástrico es un tumor con una mortalidad elevada y una sobrevida media de 10 meses. Suele manifestarse con síntomas inespecíficos como dolor epigástrico, astenia y anemia, lo que contribuye al retraso en el diagnóstico. Las metástasis cutáneas son poco frecuentes, y sólo en el 0,8% aparecen como primera manifestación de la enfermedad. Estas lesiones representan un reto diagnóstico ya que carecen de morfología característica y/o específica. Caso Clínico: Mujer de 25 años de edad con antecedentes de anemia ferropénica que consulta por la presencia de nódulos subcutáneos en cuero cabelludo, cara, tronco y miembros superiores con eritema, hipoestesia, indoloros. Anatomía patológica: Infiltración dérmica por regueros de células neoplásicas indiferenciadas de núcleos redondos. Infiltrando todo el espesor dérmico. Inmunoistoquímica: Vimentina, citoqueratina AE1-AE3, Citoqueratina 7 positivos. Sugiriendo origen mamario vs gástrico. VEDA: Lesiones sobrelevadas, induradas, con edema, eritema y fibrina en superficie a predominio de antro y cuerpo gástrico. Anatomía patológica: Mucosa gástrica infiltrada por neoplasia poco diferenciada de configuración difusa, vinculable a carcinoma poco diferenciado. Ante el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico metastático, la paciente inició tratamiento quimioterápico con cisplatino y 5-fluorouracilo. Tras el tercer ciclo presentó buena respuesta clínica con disminución en tamaño de nódulos subcutáneos. Discusión: El cáncer gástrico es la 2ª causa de muerte por cáncer en el mundo, en ambos sexos. Alta letalidad con una supervivencia a 5 años inferior al 10%. La incidencia de metástasis cutáneas se consideran <1%, aunque en ocasiones pueden ser el signo de presentación. La forma clínica más frecuente es la nodular, localizándose sobre todo a nivel torácico y abdominal. El pronóstico de los pacientes con metástasis cutáneas es muy desfavorable, siendo la supervivencia de entre 3 a 6 meses. En casos excepcionales se han descrito supervivencias prolongadas. Se ha demostrado que la quimioterapia mejora la calidad de vida y prolonga la supervivencia. Conclusión: Presentamos este caso clínico ya que las metástasis cutáneas no son una manifestación frecuente de adenocarcinoma gástrico. Su presencia como primera manifestación nos obliga a establecer un protocolo de estudio para tratar de detectar el cáncer primario. La biopsia de piel es un procedimiento sencillo, accesible y rápido que puede ayudar a determinar el origen.

CC - ESTÓMAGO - DUODENO

Código: 1634
LINFOMA BURKITT DE LOCALIZACIÓN INFRECUENTE

Melina Man; Marcela Arias; Ignacio Brichta; Cecilia Carraro; Nadia Kujta; Mauricio Paterno; Rodolfo Corti; Ana Cavanne; Osvaldo Zerbo; Horacio Vazquez.

Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.4.Neoplasia

INTRODUCCIÓN: La localización gástrica del linfoma no Hodgkin, si bien es rara, es la más frecuente dentro de los sitios extra nodales. El linfoma Burkitt es una forma agresiva de linfoma de células B de presentación endémica en África, esporádica en el resto del mundo o asociado a inmunodeficiencias. La variedad primaria gástrica es extremadamente rara y solo hay descriptos menos de 200 casos en el mundo. La localización en el cuerpo y el antro gástrico es la más frecuente. Se considera un tumor de alto grado, de rápida progresión y con un índice de proliferación de hasta 100%, con predominio en el sexo masculino (2,5 a 6,3/1) y en menores de 35 años. OBJETIVO: Presentación de un caso clínico CASO CLÍNICO: Masculino, 39 años, caucásico. Sin antecedentes personales ni hereditarios de relevancia. Motivo de consulta: náuseas, vómitos alimentarios, plenitud postprandial, saciedad precoz, epigastralgia y pérdida de peso no cuantificada. Examen físico: Hemodinámicamente estable. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio. Exámenes complementarios: Laboratorio: HIV negativo. EBV IgM negativo, IgG positivo. VEDA: en el cuerpo y antro gástrico se observa un proceso neoplásico, mamelonado, que abarca todas las caras y altera la configuración del órgano con disminución franca de su calibre. Píloro céntrico, permeable. Resto sin particularidades. AP: mucosa gástrica infiltrada por proliferación neoplásica de células linfocitos con moderado citoplasma y núcleos redondeados con ligera anisocariosis, cromatina fina y nucléolos evidentes. Alto índice mitótico y macrófagos con cuerpo tingibles. IHQ: CD20, bcl6, CD10, MUM, c-myc positivo. Ki 67 índice de proliferación del 100%. Compatible con linfoma Burkitt. Tomografía computada: engrosamiento tumoral del antro, extendido a curvatura menor de aspecto circunferencial con contorno mucoso mamelonado, que desplaza el marco duodenal y el parénquima pancreático con conservación de la atenuación del meso. Aisladas imágenes ganglionares confluentes en topografía subcardial. ID: tumor gástrico con adenopatías locoregionales, sin evidencia de compromiso a distancia. Evolución: Inicia tratamiento con quimioterapia con buena respuesta inicial al esquema Hyper-Cvad (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y dexametasona). CONCLUSIÓN: El linfoma Burkitt primario gástrico es muy infrecuente y de comportamiento agresivo. Su tratamiento se basa en esquemas de quimioterapia que incluyen la profilaxis del SNC. Con diagnóstico temprano y tratamiento adecuado, se logran tasas de supervivencia del 70-80% a largo plazo (años).

CC - ESTÓMAGO - DUODENO

Código: 1401
NEOPLASIA MALIGNA PRIMARIA MULTIPLE. ADENOCARCINOMA SINCRONICO

Victoria Trevizan; Sofia Bulaty; Fernanda Jaureguizar; Alceo Galimberti; Juana Pascual; Antonela Ferrari; Gisela Piñero; Maria Virginia Reggiardo; Orlando Ruffinengo; Fernando Bessone.

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO - SANTA FE - ARGENTINA

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.4.Neoplasia

INTRODUCCION: Se denomina neoplasias malignas primarias múltiples (NMMP) a dos o más tumores malignos distintos, que se generan en el mismo paciente. Según los criterios de Warren, se requieren varias condiciones para calificarlas: 1) que los tumores diagnosticados sean confirmados como de naturaleza maligna; 2) que sean histológicamente distintos, y 3) que se excluya que uno sea metástasis del otro. CASO CLINICO: Paciente de 62 años que consulta por cuadro de dos meses de evolución caracterizado por dolor abdominal localizado en epigastrio, de intensidad 7/10, que no irradia. Refiere episodios de proctorragia posterior a la defecación del mismo tiempo de evolución. Examen físico: TA 120/70, FC 75. Abdomen blando depresible indoloro, sin visceromegalias. Tacto rectal: sin lesiones. Laboratorio HB 10 5,7 g/dl con ferropenia y VES 27 mm/hs. Se realiza VEDA: En cuerpo, sobre cara posterior, lesión sobrelevada, subpediculada, con base de implantación ancha, de 2 cm x 3 cm. VCC: Se visualiza en recto lesión vegetante, que inicia inmediatamente por encima de línea pectínea. Se biopsia. Informe de biopsia: Lesión de cuerpo gástrico, adenocarcinoma intramucoso de tipo intestinal, desarrollado en un adenoma tubular de cuerpo gástrico. Tumor de recto bajo: adenocarcinoma moderadamente diferenciado tipo tubular y cribiforme invasor desarrollado de un adenoma vellosos. Lesión a 25 cm del margen anal: Adenocarcinoma in situ desarrollado a partir de un adenoma tubular con displasia epitelial de alto grado. Marcadores tumorales: CEA 3.25ng/ml CA19.9: 11.18. TAC de abdomen y pelvis con cte lesión vegetante rectal endoluminal casi completa, que mide aproximadamente 40mm ap. x 45 mm, que crece a expensas de la pared lateral derecha, con refuerzo tras la administración de contraste EV, asociado a discreta reticulación de la grasa mesorectal. En la unión recto sigma, se observa un engrosamiento circunferencial parietal de aspecto regular con una extensión de 40 mm, espesor parietal de 6 mm. Evolución: Se discute en comité de tumores y se define realizar gastrectomía subtotal por video laparoscópica y gastroyeyunoanastomosis. Se programa neoadyuvancia para cáncer de recto y poster cirugía. Actualmente a la espera de inicio de quimioterapia. DISCUSION: Las NMMP pueden clasificarse según la temporalidad: Sincrónicas, si se detectan simultáneamente o hasta 6 meses del diagnóstico del primer tumor primario, o Metacrónicas, si se detectan después de 6 meses. Presentan una frecuencia de 0,7 a 11%. El estómago y el colon es la asociación mas frecuente. Ocuren con mayor frecuencia en hombres, de más de 65 años y a mayor edad que los canceres colónicos esporádicos. Hay casos esporádicos, como en nuestro paciente. Los mecanismos de generación tumoral son desconocidos aunque se postula mayormente la inestabilidad microsatelital. CONCLUSION: Se decide presentar este caso dada la baja incidencia de NMMP en pacientes sin antecedentes familiares.

CC - ESTÓMAGO - DUODENO

Código: 1615

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LINFOMA GÁSTRICO

Estefanía Ojeda; Cecilia Bergna; Florencia Jamaro Fernandez; Alejandra Echejo-yen; Guillermo Molins; Valeria Gonzalez.

Hospital San Juan de Dios de La Plata - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.4.Neoplasia

Introducción: los tumores de la unión gastroesofágica son aquellos que tienen su epicentro dentro de los 5 cm de la unión esófago-gástrica, siendo en su gran mayoría Adenocarcinomas. Sin embargo, debe considerarse al Linfoma gástrico como diagnóstico diferencial, sobre todo en población inmunocomprometida. Paciente: Paciente masculino de 59 años con diagnóstico de virus de la Inmunodeficiencia humana (HIV) hace 6 años sin tratamiento antirretroviral, tabaquista y enolista que se interna en nuestro hospital para estudio de síndrome de repercusión general con pérdida de 30 kg de peso, anorexia y dolor abdominal con requerimientos de opioides. En el laboratorio presenta anemia microcítica e hipocrómica, GB 4000, LDH normal, marcadores tumorales negativos (CEA, CA-19.9, CA-125) y ERS >100. Se solicita tomografía de tórax, abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso donde se constatan adenopatías axilares y retroperitoneales, junto con un engrosamiento gástrico. Se realiza VEDA que evidencia a nivel de tercio inferior de esófago lesión sobreelevada, de 10 mm, cubierta por mucosa normal. Distal a la misma presenta lesión mamelonada y friable, que comienza 1 cm proximal a la unión esófago-gástrica, y se extiende 2 cm por debajo de la misma, que se biopsia. Resto de la mucosa gástrica sin alteraciones. Se solicita Ecoendoscopia radial con minisonda de 20 Mhz donde se observa en fondo gástrico engrosamiento parietal hipoecoico que genera fusión de capas y está en contacto con la capa muscular (cuarta capa), asociado a adenopatías perilesionales de aspecto infiltrativo. En esófago distal, se observa formación anecoica intramural, de 16 mm con refuerzo posterior y bordes redondeados sugestiva de quiste de duplicación esofágico. Resultados y conclusiones: Se recibe informe de anatomía patológica que describe infiltrado linfóide difuso sugestivo de proceso linfoproliferativo. Se realizan técnicas de Inmunohistoquímica (IHQ) resultando: CD20, CD3, CD138, CD79a, PAX 5 y CD45RO negativos, Ki67 90%, y MUM1, CD30 y CD43 positivos. Se interpretan hallazgos compatibles con Linfoma T anaplásico de células grandes. Presenta también IHQ negativa para ALK (CD246) que implica mal pronóstico. El paciente realizó tratamiento citoreductor con corticoides a la espera de inicio de tratamiento quimioterápico específico. Es importante resaltar que la incidencia de Linfoma no Hodgkin (LNH) y Hodgkin es mayor en pacientes HIV positivos que en la población general. Los LNH son fundamentalmente de estirpe B (Linfoma B de células grandes y menos frecuentemente Linfoma de Burkitt), siendo los de estirpe T muy infrecuentes. Observaciones: se presenta este caso clínico como ejemplo de diagnóstico diferencial poco frecuente de los tumores de la unión esófago-gástrica en paciente HIV positivos.

CC - ESTÓMAGO - DUODENO

Código: 1428

TÍTULO: ¿CONOCEMOS TODOS LOS SARCOMAS GÁSTRICOS? A PROPÓSITO DE UN CASO

Gloria Mila Vega Ibarra; Fernando Ignacio Gimenez; Mariano Marcolongo; Victor Abecia.

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES - CAPITAL FEDERAL - ARGENTINA

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.4.Neoplasia

RESUMEN Introducción: Los sarcomas representan el 1 a 2% de los tumores malignos gastrointestinales, constituyendo el sarcoma sinovial una entidad con reportes aislados. Los sarcomas sinoviales gástricos se diferencian fundamentalmente de los GIST, por técnicas de inmunohistoquímica, la hibridación in situ con fluorescencia tiene una especificidad del 95% al detectar la translocación cromosómica específica (X,18). La actividad mitótica, ha mostrado ser el indicador aislado más importante en el pronóstico de la enfermedad y la cirugía continúa siendo el pilar del tratamiento. Caso clínico: Paciente masculino de 41 años, sin antecedentes de relevancia, consulta por cuadro de dos meses de evolución, que se exacerba en los últimos días, caracterizado por disnea, vómitos aislados y epigastralgia. En el laboratorio se evidencia anemia ferropénica con hematocrito de 24 para previos normales. Se interna por anemia sintomática, se transfunde una unidad de glóbulos rojos y se realiza VCC sin particularidades y VEDA en la que se evidencia pólipo gástrico pediculado ulcerado de 3 cm en la región antroplórica sobre curvatura mayor. Se realiza polipectomía y se colocan dos clips hemostáticos. La anatomía patológica informa sarcoma fusocelular, descartándose por inmunohistoquímica otros diagnósticos (GIST, leiomiomas, schwannoma, pólipo fibroide inflamatorio), motivo por el cual se utiliza la hibridación in situ con fluorescencia en la que se interpreta la lesión como sarcoma sinovial monofásico con reordenamiento del gen SS18 en 18q11.2. Se estadifica el sarcoma sin evidencia de metástasis, se realiza tratamiento quirúrgico con gastrectomía subtotal laparoscópica, sin lesión residual. El paciente evoluciona sin complicaciones, se realiza control a los 6 meses con nuevo laboratorio que no presenta anemia y nueva tomografía sin observaciones de importancia. Al año se realiza VEDA de control, la cual no presenta particularidades. Observaciones: El re-

porte de este caso de un paciente con sarcoma sinovial gástrico es extremadamente raro, constituye de 0.1 a 0.5% de las neoplasias gástricas y la literatura disponible al respecto consiste en reporte de casos. Se necesitan enfoques terapéuticos novedosos donde la translocación específica del mismo, así como los receptores implicados (EGFR y HER-2/neu), pueden ser objeto de nuevos agentes moleculares y el desarrollo de ensayos para acelerar los estudios biológicos.

CC - ESTÓMAGO - DUODENO

Código: 1493

ÚLCERA GIGANTE GÁSTRICA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LINFOMA GÁSTRICO PRIMARIO

Liria Martínez Rejtman; Mariano Argüello; Guillermo Fernández; Matías Zanetti; Mariana Francisco; Paula Valdemoros; Jorge Gomila.

Hospital Teodoro J. Schestakow - Mendoza - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.4.Neoplasia

INTRODUCCIÓN: Ante el hallazgo endoscópico de una lesión ulcerada gigante en estómago o duodeno, se produce un conflicto en el profesional tratante que lleva a cuestionar la etiología de esta, su asociación con otras entidades, su pronóstico y finalmente las alternativas sobre la conducta terapéutica a seguir. **OBJETIVO:** Presentación infrecuente de patología digestiva. **MATERIAL:** Presentamos el caso de un paciente masculino de 44 años, sin antecedentes patológicos ni heredo-familiares. Refiere ingesta de ibuprofeno 600 mg/d + AAS 500 mg con cafeína 40 mg durante al menos 3 meses de evolución, requiriendo internación por hematemesis y melena con repercusión hemodinámica. VEDA 1° 3 úlceras gástricas con fondo de fibrina y bordes regulares. Una de 4.5 cm de diámetro en curvatura mayor hacia techo sobre cara posterior, adyacente a esta, úlcera de 1 cm de diámetro y en curvatura menor, úlcera de 1,5 cm de diámetro. **ANATOMÍA PATOLÓGICA** Gastritis crónica intersticial H. pylori positivo y úlcera péptica. **LABORATORIO AL INGRESO** Hto 35 %; Hb 11,5 g/dl; Gb 16.600/mm3; Urea 0,84 g/L, Creatinina 1,18 mg/dL; BT 0,45 mg % TP 98 % GOT 20 U/L; GPT 14 U/L; FAL 94 U/L. **LABORATORIO CONTROL** Hto 28 % Hb 9,2g/dl; Gb 13.400/mm3; Urea 0,76 g/L; Creatinina 0,74 mg/dL. TP 75 % PlaQ 220000. VEDA 2° Úlcera descrita en estudio previo de mayor tamaño, con extensión hasta ángulo, fondo de fibrina y bordes sobre elevados. **ANATOMÍA PATOLÓGICA** Gastritis crónica inactiva H. pylori negativo. Úlcera de cuerpo gástrico. Tumor redondo celular a determinar por inmunohistoquímica. **TAC TORAX-ABDON-PELVIS C/CTE ORAL Y EV:** Engrosamiento de las paredes del estómago. **ECOENDOSCOPIA GÁSTRICA:** Lesión ulcerada con disminución de la elasticidad a nivel del cuerpo. Imagen hipoecoica que ocupa toda la pared la engrosa 15 mm como máximo y no se extiende más allá de la pared. Presenta ocho imágenes ganglionares de hasta 11 mm peri gástricos y peri pancreáticos) **BIOPSIA DE MEDULA OSEA:** Médula ósea hipocelular para la edad. **DIAGNOSTICO:** LINFOMA GASTRICO (PRIMARIO) DE CELULAS GRANDES B EXTRANODAL: Estadio II E1 (Tumor confinado a la pared gástrica con compromiso ganglionar local: Ganglios perigástricos y peri pancreáticos). **METODO:** Observacional. Descriptivo. **CONCLUSIÓN:** El paciente descrito por nuestro grupo, debuta con episodio de hemorragia digestiva secundaria a úlcera gigante gástrica, que finalmente es originada por un linfoma gástrico primario extra nodal B de células grandes de alto recambio celular. El cual se encuentra asociado a H pylori y se localiza en la región media del estómago sobre cara posterior. Considerar a la úlcera gigante gástrica como una forma atípica e infrecuente de presentación clínica de los linfomas gástricos para luego tener en cuenta al linfoma gástrico primario cuando se observa una úlcera gigante gástrica.

CC - ESTÓMAGO - DUODENO

Código: 1385

DISPEPSIA Y PANCITOPENIA DE ETIOLOGIA INFRECUENTE

Cecilia Gabriela Panno; Ignacio Federico Caldo; Diana Mabel Lombardo; Alejandro Andrés Dutack; Hernán Andrés Iannicillo.

SAGE - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.6.Dispepsia

Introducción: La gastritis autoinmune crónica atrófica es una enfermedad órgano específica. Se caracteriza por la presencia de auto anticuerpos contra las células parietales (Ac CP) y el Factor Intrínseco (AC FI), produciendo inflamación crónica y su destrucción. Esto lleva a atrofia gástrica, metaplasia intestinal, déficit de vitamina B 12 y anemia perniciososa. Hay una disminución en la secreción de ácido clorhídrico necesario para la absorción micronutrientes. Existirían factores genéticos y medioambientales en el desarrollo de la enfermedad. El Helicobacter Pylori (HP.) puede producir gastritis atrófica no autoinmune. La infección HP. es frecuente, existirían antígenos de la bacteria con similitud a los de las células parietales con reacción cruzada autoinmune, contribuyendo en la evolución de la enfermedad. Hay mayor incidencia de neoplasias, los factores asociados son: metaplasia intestinal, infección por HP. Las neoplasias más frecuentes son el cáncer gástrico de tipo intestinal y el carcinóide gástrico. El cuadro clínico tiene manifestaciones de amplio espectro, la anemia perniciososa con frecuencia está presente, puede haber anemia ferropénica,

pancitopenia, hemólisis y déficit de micronutrientes. Diagnóstico mediante test serológicos, VEDA e histología. El tratamiento se realiza en función del cuadro clínico, hallazgos de laboratorio e imágenes. Se utilizan vitamina B12, ácido fólico, hierro. Erradicación de HP, y tratamiento dirigido a las complicaciones neoplásicas. Objetivos: Presentación de un caso clínico infrecuente en la literatura. Paciente: Hombre de 57 años de edad con antecedentes de tabaquismo, consulta por epigastralgia, saciedad precoz, hiporexia y pérdida de peso (10kg en 3 meses- BMI: 31). Presenta anemia de reciente diagnóstico. Presenta dolor a la palpación profunda en epigastrio. Se solicita laboratorio (ver tabla), videoendoscopia digestiva alta (VEDA) y videocolonoscopia (VCC). VEDA: Fundus y cuerpo, mucosa con disminución de pliegues y vasos por transparencia. Se toman biopsias. VCC a ciego, sin hallazgos patológicos. El paciente consulta por disnea y adinamia. Se interna por anemia sintomática y pancitopenia. Recibió transfusión de glóbulos rojos, tratamiento con corticoides y complejo Vitaminico B. Punción Aspiración de Médula Ósea: hiperplasia megaloblastosis. Anatomía patológica mucosa gástrica: gastritis atrófica con metaplasia intestinal; HP. Negativo. Ac. Anti cel. parietales gástricas: positivo 1/160, Ac. Anti Factor intrínseco: 2 UI/ml (negativo). Diagnóstico: Pancitopenia por déficit de vit. B12 asociada a Anemia Perniciosa por Gastritis Autoinmune. Conclusión: La gastritis autoinmune es una patología infrecuente y debe realizarse diagnóstico diferencial en pacientes con anemia, dado que una enfermedad subdiagnosticada debido a la frecuencia del tratamiento de las anemias sin estudiar su etiología. Observaciones: Presentar un caso clínico de una patología infrecuente.

CC - ESTÓMAGO - DUODENO

Código: 1665

SARCOIDOSIS GÁSTRICA, UNA CAUSA INFRECUENTE DE GASTRITIS GRANULOMATOSA

Jonathan Roberto Vargas Pino; Fernando Ignacio Giménez; Juan Pablo Santino; Diego Andresik; Victor Abecia; María Laura Gonzalez; Mariano Marcolongo.

Hospital Italiano de Buenos Aires - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.7.Miscelánea

Introducción: La Gastritis Granulomatosa es una entidad rara, representa el 0.2-0.3% del total de las gastritis crónicas. Se la puede subclasificar de acuerdo a su etiología: idiopática, infecciosa (tuberculosis, sífilis o fúngicas) y no infecciosa (Enfermedad de Crohn, Sarcoidosis y Neoplasias). Dentro de las causas no infecciosas encontramos a la sarcoidosis con compromiso gástrico, siendo este el órgano más afectado en el tracto digestivo en esta enfermedad. El diagnóstico del mismo es de exclusión y se basa en la evidencia de granulomas no caseificantes con presencia de mucosa normal alrededor de los mismos en la anatomía patológica. Ante la presencia de síntomas el tratamiento inicial se basa en inhibidores de bomba de protones y corticoides sistémicos. **Caso Clínico** Paciente de sexo masculino de 70 años, oriundo de Tierra del fuego que se interna para estudio de tricitemia. Posteriormente se realiza tomografía de cuello, tórax, abdomen y pelvis que evidencian adenomegalias supraclaviculares derecha, mediastinales y retroperitoneales y esplenomegalia leve. Se procede a realizar punción aspiración de médula ósea nivel esta normal. Por anemia ferropénica se realiza VEDA donde se observa a nivel de la unión del antro con el cuerpo gástrico, úlcera de 12 mm de bordes congestivos y mucosa de cuerpo y antro con signos de gastropatía crónica. Las biopsias de la úlcera, cuerpo y antro evidencia gastritis crónica activa granulomatosa sin necrosis. Tinciones PAS y Ziehl Neelsen negativas y *Helicobacter pylori* (H.P.) positivo. VCC normal. Con estos resultados se realiza Enterotomografía donde se observan poliadenomegalias abdominales, esplenomegalia y úlcera gástrica con cambios inflamatorios asociados. Como parte de la evaluación de compromiso sistémico, se biopsian los ganglios mediastinales mencionados donde se observa escasos granulomas pequeños sin necrosis ni atipias con cultivos (TBC) negativos. Con sospecha de sarcoidosis se completaron evaluaciones específicas para descartar compromiso pulmonar, ocular y dermatológico. Con la fuerte sospecha de sarcoidosis gástrica se inicia tratamiento con corticoides orales y erradicación de H.P. presentado una buena evolución. **Discusión** En nuestro caso, la sarcoidosis gástrica se presentó como parte de una afección sistémica con compromiso ganglionar. Los hallazgos clínicos y endoscópicos no fueron específicos y al igual que en los casos reportados en la literatura médica, la confirmación diagnóstica se realizó por el estudio histopatológico, excluyendo las causas más frecuentes.

CC - ESTÓMAGO - DUODENO

Código: 1646

AMILOIDOSIS GASTROINTESTINAL

Valeria Porto.

Hospital Bonorino Udaondo - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.7.Miscelánea

AUTORES: Porto, Valeria; Llanquiman Emanuel; Tapia Doris; Arias Marcela; Brichta Ignacio; Kujta Nadia; Corti Rodolfo; Cabanne Ana; Zerbo Osvaldo; Vázquez Horacio; Mauriño Eduardo **OBJETIVO:** Presentación de un caso clínico **Introducción.** La amiloidosis es una enfermedad de etiología desconocida caracterizada por el

depósito de una proteína amiloide en el espacio extracelular y como consecuencia produce la falla del órgano comprometido. La amiloidosis primaria es el tipo más común de amiloidosis sistémica, constituida por el depósito de cadenas ligeras de inmunoglobulina clonal producidas por las células plasmáticas en la médula ósea. El 50% presenta componente M en el suero. Su incidencia anual en nuestro país es de 6,13 casos por millón de habitantes y la edad media de presentación es a los 65 años. Los órganos más afectados son los riñones, el corazón, los nervios periféricos y con menos frecuencia el tracto gastrointestinal. **Caso clínico.** Paciente de sexo masculino de 53 años. Motivo de consulta: 3 meses de evolución de dolor abdominal generalizado, tipo cólico, de intensidad 6/10, asociado a astenia, adinamia y pérdida de peso (8,5% del peso corporal total) y deposiciones líquidas, dos por día, escasas, normo coloreadas. Examen físico: adelgazado, hipoventilación en base pulmonar izquierda, matítez abdominal desplazable y edemas en miembros inferiores. Laboratorio: anemia de los trastornos crónicos, hipokalemia, coagulopatía, hipoalbuminemia, hipogammaglobulinemia, hipocolesterolemia, anticuerpos específicos para enfermedad celíaca negativos. Orina de 24 horas: proteinuria en rango no nefrótico. Líquido pleural compatible con trasudado; líquido ascítico con GASA < 1,1; proteínas < 2,5 g%. TC de abdomen y pelvis: derrame pleural bilateral, ascitis moderada, esteatosis hepática. VEDA: esófago con múltiples placas blanquecinas, > 2mm que ocupan más del 50% de la mucosa del órgano. Estómago: cuerpo y antro con patrón en mosaico, petequiado difuso y erosiones. Biopsias de cuerpo y antro. ID: candidiasis esofágica grado II; gastropatía crónica con componente erosivo. AP: gastropatía crónica activa y amiloidosis. VCC: se progresa hasta ciego, friabilidad de la mucosa en todo el trayecto evaluado con sangrado al roce, aisladas lesiones violáceas sobre elevadas. Se toman biopsias seriadas y de las lesiones. AP: amiloidosis. Evolución: intercurrió con insuficiencia respiratoria secundaria a una neumonía aspirativa, pasa a terapia intensiva y luego de 20 días fallece por interurrencias y progresión de la enfermedad de base. **Conclusión.** La amiloidosis sistémica es una enfermedad rara, con baja incidencia, que se presenta con síntomas inespecíficos que retardan su diagnóstico. La sospecha clínica se debe tener siempre presente, ya que el tratamiento precoz (quimioterapia y/o trasplante autólogo de células madre) produce mejoría clínica y prolonga la sobrevida comparado con pacientes no tratados.

CC - ESTÓMAGO - DUODENO

Código: 1470

COLECISTITIS EOSINOFÍLICA ASOCIADA A GASTROENTERITIS EOSINOFÍLICA

María Florencia Tarabolino; Diego Di Domenico; Juan Pablo Santilli; Roberto Bersten; Christian Koziura.

Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejia - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.7.Miscelánea

INTRODUCCIÓN: La Gastroenteritis Eosinofílica (GE) y la Colecistitis Eosinofílica (CE) son entidades infrecuentes, de etiopatogenia poco conocida, asociadas a mecanismo de hipersensibilidad (antecedentes de alergia, intolerancia alimentaria, atopia y asma). En la GE, las manifestaciones clínicas dependen de la profundidad de infiltración de eosinófilos dentro de las diferentes capas de la pared gastrointestinal y pueden ir desde dolor abdominal, vómitos y diarrea, hasta cuadros obstructivos y ascitis. Mayor incidencia: 3° y 5° década de la vida, leve predominio masculino. Hallazgos endoscópicos: edema, eritema, erosiones, úlceras, nódulos, pólipos y estenosis. Criterios diagnósticos GE: síntomas gastrointestinales, demostración histológica de infiltración eosinofílica en 1 o más áreas gástricas y/o intestinales (patológico >30 eosinófilos/campo de gran aumento (HPF) en estómago y >20-25 en intestino), y exclusión de otras causas de eosinofilia. El diagnóstico de la CE es histológico (análisis de la pieza quirúrgica). El tratamiento consiste en dietas de eliminación y corticoides orales por 6-8 semanas, con alta respuesta (90 %) en las dos primeras. En la CE, colecistectomía. **OBJETIVO:** Presentar una patología de baja frecuencia y remarcar la importancia de su sospecha, diagnóstico y tratamiento temprano evitando futuras complicaciones. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina, 43 años, antecedentes de sinusitis crónica, pólipos nasales, asma bronquial, alergia a fármacos (ácido acetil salicílico, ibuprofeno, diclofenac, ampicilina). Consulta por cuadro intermitente de meses de evolución de epigastralgia, náuseas e intolerancia digestiva, con escasa respuesta a tratamiento sintomático. Exámenes complementarios: Leucocitos 6400/mm3 (14,3 % eosinófilos). Autoanticuerpos y serología para enfermedad celíaca negativos. IgE aumentada: 110 UI/ml. Coprocultivo y parasitológico seriado negativos. Ecografía abdominal y RNM de abdomen y pelvis con vesícula de paredes engrosadas. Se realiza colecistectomía, persistiendo igual sintomatología. Se realiza gastroscopia: antroduodenopatía congestivo-erosiva y pólipos gástricos. Videocolonoscopia hasta ciego sin particularidades. Biopsias gástricas y duodenales: >30 eosinófilos/HPF con infiltración hasta la muscularis mucosae, compatible con gastroenteritis eosinofílica. Anatomía patológica de vesícula: colecistitis eosinofílica. La paciente comienza con meprednisona 40mg/día, con descenso gradual y dieta baja en alérgenos en períodos sintomáticos con buena respuesta clínica. Se repite gastroscopia con biopsias confirmando curación mucosa. **CONCLUSIONES:** La GE es una entidad de diagnóstico poco frecuente, manifestada por sintomatología habitual en la consulta diaria. Debe sospecharse en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad, para su diagnóstico y tratamiento temprano, evitando así futuras complicaciones; y recordarse que la GE puede estar asociada a la infiltración de eosinófilos en otros órganos, como en este caso la CE.

CC - ESTÓMAGO - DUODENO**Código: 1689****ESTENOSIS INTESTINALES MÚLTIPLES SECUELAES Y COCAÍNA?***Matías Alejandro Cioffi; Juan Andres De Paula; Mariano Martin Marcolongo; Eduar-do De Santibañes.*

Hospital Italiano - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.7.Miscelánea

Introducción: Los usuarios de la cocaína no sólo están más expuestos a sufrir muerte violenta producto de accidentes sino también enfermedades cardiovasculares, psiquiátricas y neurológicas. El daño gastrointestinal es menos frecuente y poco conocido, pero su consumo puede ocasionar isquemia intestinal y perforación. El objetivo es aportar a la literatura un caso de afectación gastrointestinal por consumo de cocaína. Caso Clínico: Se presenta el caso de un paciente de sexo femenino de 34 años que consulta por vómitos post prandiales de 40 días de evolución y pérdida de peso. Al inicio, fue interpretado como cólico biliar y se realizó colecistectomía laparoscópica. Frente a la persistencia de los síntomas se efectuó VEDA que informó estenosis duodenal infranqueable. Acude a nuestro centro con síndrome pilórico por estenosis duodenal en estudio. Se realizó nueva Tc en donde se evidenció engrosamiento parietal inespecífico a nivel duodenal y nueva VEDA con estenosis a nivel de la rodilla duodenal infranqueable con endoscopio de 24Fr. Por persistir con síntomas se decidió dilatación endoscópica con balón. La paciente evolucionó favorablemente y tolerando dieta oral. Al mes requirió nueva dilatación con buena respuesta inmediata pero antes del mes volvió a presentar síntomas por lo que se decidió nueva internación durante la cual se realizó laparoscopia exploradora + estricturoplastia duodenal. Se tomó material histológico en el cual se evidenció bulboduodenitis crónica con metaplasia foveolar y cambios epiteliales reactivos. Luego de un año de buena evolución, presentó dolor abdominal y diarrea, por lo que se decidió realizar una VCC en donde se evidenciaron dos áreas de estenosis anulares estrechas en colon transverso y ángulo hepático cuya anatomía patológica no mostró ni atipias ni cambios inflamatorios. También se realizó una enteroRNM que resultó normal. Al interrogatorio dirigido refirió consumo de cocaína desde los 16 a los 19 años. También refirió ingesta ocasional de AINES por trastornos ginecológicos. Actualmente la paciente se encuentra mejor sintomáticamente luego de haber recibido tratamiento con rifaximina. Conclusión: Los trastornos gastrointestinales asociados al consumo de cocaína son poco frecuentes y en general son consecuencia de isquemia debido a su potente efecto vasoconstrictor. Si bien este diagnóstico se establece habiendo descartado otras causas, es importante que esta eventualidad sea tenida en cuenta ante la presencia de isquemia intestinal de origen no claro. Si bien la toma de AINES también puede causar úlceras y estenosis intestinales, la distribución y gravedad de las lesiones en presencia del consumo de cocaína hace altamente improbable que los AINES sean la causa de las lesiones de esta paciente. También resulta interesante destacar el prolongado tiempo de latencia entre la ingesta de cocaína y la presentación de los síntomas, probablemente explicado por la naturaleza secular de las lesiones.

CC - ESTÓMAGO - DUODENO**Código: 1402****ESTENOSIS INTESTINALES MÚLTIPLES SECUELAES Y COCAÍNA?***Matías Alejandro Cioffi; Juan Andres De Paula.*

Hospital Italiano - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.7.Miscelánea

Introducción: Los usuarios de la cocaína no sólo están más expuestos a sufrir muerte violenta producto de accidentes sino también enfermedades cardiovasculares, psiquiátricas y neurológicas. El daño gastrointestinal es menos frecuente y poco conocido, pero su consumo puede ocasionar isquemia intestinal y perforación. El objetivo es aportar a la literatura un caso de afectación gastrointestinal por consumo de cocaína. Caso Clínico: Se presenta el caso de un paciente de sexo femenino de 34 años que consulta por vómitos post prandiales de 40 días de evolución y pérdida de peso. Al inicio, fue interpretado como cólico biliar y se realizó colecistectomía laparoscópica. Frente a la persistencia de los síntomas se efectuó VEDA que informó estenosis duodenal infranqueable. Acude a nuestro centro con síndrome pilórico por estenosis duodenal en estudio. Se realizó nueva Tc en donde se evidenció engrosamiento parietal inespecífico a nivel duodenal y nueva VEDA con estenosis a nivel de la rodilla duodenal infranqueable con endoscopio de 24Fr. Por persistir con síntomas se decidió dilatación endoscópica con balón. La paciente evolucionó favorablemente y tolerando dieta oral. Al mes requirió nueva dilatación con buena respuesta inmediata pero antes del mes volvió a presentar síntomas por lo que se decidió nueva internación durante la cual se realizó laparoscopia exploradora + estricturoplastia duodenal. Se tomó material histológico en el cual se evidenció bulboduodenitis crónica con metaplasia foveolar y cambios epiteliales reactivos. Luego de un año de buena evolución, presentó dolor abdominal y diarrea, por lo que se decidió realizar una VCC en donde se evidenciaron dos áreas de estenosis anulares estrechas en colon transverso y ángulo hepático cuya anatomía patológica no mostró ni atipias

ni cambios inflamatorios. También se realizó una enteroRNM que resultó normal. Al interrogatorio dirigido refirió consumo de cocaína desde los 16 a los 19 años. También refirió ingesta ocasional de AINES por trastornos ginecológicos. Actualmente la paciente se encuentra mejor sintomáticamente luego de haber recibido tratamiento con rifaximina. Conclusión: Los trastornos gastrointestinales asociados al consumo de cocaína son poco frecuentes y en general son consecuencia de isquemia debido a su potente efecto vasoconstrictor. Si bien este diagnóstico se establece habiendo descartado otras causas, es importante que esta eventualidad sea tenida en cuenta ante la presencia de isquemia intestinal de origen no claro. Si bien la toma de AINES también puede causar úlceras y estenosis intestinales, la distribución y gravedad de las lesiones en presencia del consumo de cocaína hace altamente improbable que los AINES sean la causa de las lesiones de esta paciente. También resulta interesante destacar el prolongado tiempo de latencia entre la ingesta de cocaína y la presentación de los síntomas, probablemente explicado por la naturaleza secular de las lesiones.

CC - ESTÓMAGO - DUODENO**Código: 1539****ESTENOSIS PILÓRICA TARDÍA, REPORTE DE UN CASO***María Alejandra Maidana; María Laura Daruich; Raquel Furnes.*

Hospital Privado de Córdoba - Córdoba - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.7.Miscelánea

Introducción: La obstrucción del vaciamiento gástrico en el niño puede ser producida por patologías congénitas o adquiridas. La etiología congénita más común es la estenosis hipertrófica de píloro, con una incidencia de 1,5 a 3 por cada 1.000 nacidos vivos. Suele presentarse entre la tercera y sexta semana de vida. Su presentación tardía es excepcional, siendo multifactorial tanto hereditaria como ambiental, considerándose adquirida. Objetivo: Presentar una niña con hipertrofia de píloro tardía, a los fines de destacar la importancia de su sospecha diagnóstica ante una obstrucción del vaciamiento gástrico en un paciente de segunda infancia. Descripción del caso clínico: Niña de 6 años de edad, sana previa. Consulta por presentar vómitos alimenticios recurrentes desde los 3 años de edad, distensión abdominal y un peso/edad en percentilo <3. El estudio de laboratorio es normal salvo una alcalosis hipokalemia. La ecografía abdominal no muestra imágenes patológicas, y el tránsito esófago-gastro-duodenal contrastado evidencia dolicogastria "en cascada posterior" con abundantes restos alimenticios y píloro filiforme-anfractuoso que permite mínimo pasaje de contraste hacia duodeno. Se realiza una endoscopia digestiva alta donde se observan abundantes restos de alimentos en estómago pese al ayuno de 12 horas y píloro puntiforme, edematoso e infranqueable con ondas de lucha. La biopsia describe una mucosa gástrica con inflamación crónica e hipertrofia de la capa muscular. Se decide tratar con dilatación endoscópica con balón logrando mejoría de la permeabilidad pilórica. La paciente se encuentra asintomática y en recuperación nutricional. Se han llevado a cabo hasta el momento tres dilataciones endoscópicas con balones CRE de 10 -11 y 14 mm. Discusión y Conclusiones: La obstrucción del vaciamiento gástrico se produce por lesiones obstructivas antropilóricas o duodenales proximales, es rara su presentación en la infancia (1/100.000). Inicialmente el diagnóstico dependía de la palpación de la "oliva" pilórica. En la actualidad se recomienda la ecografía como método de elección. En el niño mayor se debe realizar un tránsito gastrointestinal contrastado. Respecto al tratamiento, no hay experiencia suficiente sobre el uso de la dilatación endoscópica en la estenosis pilórica tardía en niños. Nuestra paciente responde favorablemente a la dilatación con balón CRE. La cirugía es la única opción si la dilatación con balón falla o los síntomas se repiten después más de 3 dilataciones exitosas. Observaciones: Se presenta un caso clínico poco frecuente de hipertrofia pilórica tardía, destacamos la importancia de su sospecha diagnóstica, para un estudio adecuado a través del tránsito esófago-gastro-duodenal y la endoscopia digestiva alta. Implementamos un tratamiento con dilatación endoscópica, evitando la terapéutica quirúrgica.

CC - ESTÓMAGO - DUODENO**Código: 1509****LESIONES POR CÁUSTICOS. INGESTA DE ÁCIDO MURIÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO***Darío Nicolás Flores; Eduardo Antonio Guzmán; Erica Micaela Valdiviezo; Facundo Ruiz Soría; Martín Nieva Gómez; Rubén Salvadores Romano; Pablo García Bes; Lucas Patron Costas; Mario Ariel Castillo; Gustavo Patron Costas.*

Hospital San Bernardo - Salta - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.7.Miscelánea

INTRODUCCION: Las intoxicaciones agudas por cáusticos causan lesiones graves en el tracto gastrointestinal superior siendo el esófago y el estómago los sitios más afectados. Pueden ser causados por álcalis o ácidos y la gravedad está determinada

por las propiedades corrosivas de la sustancia ingerida, la cantidad, forma física (sólido o líquido) y la duración del contacto con la mucosa. Si el paciente sobrevive a la fase aguda de la intoxicación la respuesta regenerativa dará lugar a complicaciones, entre ellas la estenosis. CASO CLINICO Paciente femenina de 37 años consultó en nuestro hospital por un episodio de hematemesis moderada cantidad asociado a dolor en epigastrio de carácter quemante intensidad 8/10, luego de haber ingerido horas previas en forma accidental ácido muriático en razón de 30 ml. Examen físico al ingreso TA: 110/60 FC: 85 lpm, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, con ruidos hidroaéreos presentes, además sialorrea y disfonía, sin otro hallazgo patológico. Laboratorio GB: 15.100 x10⁹/L (87 % neutrófilos) HB: 12,8 g/dl HTO: 37,8 % PLT: 185.000 mm, se realizó VEDA dentro de las 12 horas de ocurrido la ingesta: informaba eritema con múltiples erosiones en aritenoides y receso aritenopigloticos, mucosa esofágica congestiva con erosiones y exudados fibrinosos con necrosis en parche, mucosa gástrica con extensas zonas de necrosis de predominio antral y mucosa duodenal congestiva con múltiples erosiones (clasificación de Zargar IIIB). Se inició alimentación parenteral. En nueva VEDA de control a los 21 días se evidencia inmediatamente por debajo de cricofaríngeo estenosis circunferencial de 2cm cubierta de mucosa friable, a los 30cm de arcada dentaria superior se observa otra estenosis de 2- 3 cm de largo, estómago poco distensible, mucosa con aspecto de empedrado, friable, sangrante al roce con erosiones. Píloro cicatrizal, bulbo deformado con mucosa cicatrizal circunferencial, resto de mucosa duodenal friable con ulceraciones sangrantes al roce. Fue derivada a Servicio de Gastroenterología del Hospital Udaondo. Donde se realizó yeyunostomía para alimentación, se constató por endoscopia estenosis infranqueable de antró y en esófago estenosis antes descritas, se le realizaron sesiones de dilataciones de estenosis esofágicas y posteriormente al año gastrectomía total con esófago-yeyuno anastomosis. Actualmente la paciente con dieta vía oral. DISCUSIÓN: Hoy en día debido a un mejor enfoque en el manejo de las lesiones por cáusticos la mortalidad a disminuido considerablemente, sin embargo, es fundamental considerar casos severos ya que reportan una mortalidad del 65 %, el ácido muriático (clorhídrico) sigue siendo el agente ácido más común. Observaciones: motiva la presentación del caso, la severidad de la lesión producida por el ácido muriático, siendo una sustancia de uso doméstico importante.

CC - ESTÓMAGO - DUODENO

Código: 1565

LINFOMA GÁSTRICO CON FALSO COMPROMISO PULMONAR

Maria Eugenia Romero; Maria Fernanda Dorado; Javier Perez Tapia.

Sanatorio Dupuytren - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.7.Miscelánea

El Linfoma Gástrico Primario es una entidad infrecuente dentro de las neoplasias que afectan el estómago. Representa el 5% de las neoplasias gástricas. El 90% de ellas se asocia a la infección por *Helicobacter Pylori* (HP) siendo infrecuente su presentación en personas no infectadas. El compromiso extranodal es un raro subtipo, pero ante la presencia de lesiones secundarias es fundamental para definir el tratamiento. Presentamos un caso de Linfoma MALT asociado a un nódulo pulmonar. Paciente de 62. Tabaquista de larga data. Sin antecedentes. Acude a la consulta por epigastralgia, saciedad precoz y síndrome de impregnación. Rx torax con imagen nodular de bordes definidos en vértice derecho. Por síndrome de impregnación y síntomas digestivos se solicita endoscopias digestivas. VEDA: en la unión del techo con el cuerpo 4 lesiones ulceradas, enfrentadas, friables, con depresión central, sangrantes al roce con el instrumental. VCC: a ciego. Sin lesiones endoluminales. Escala de Boston 7/9. AP: proliferación linfoides intersticial con plasmocitos y polimorfonucleares, focos de lesión linfocitálica. *Helicobacter pylori* (negativo) Inmunoquímica: CD 20 +, keratina 18 +, CD3 (-), Bcl-2 +, Ciclina D1 (-), CD5 (-), CD30 (-), MUM-1 (-) CD23 (-). Perfil inmunológico compatible con Linfoma MALT. Test de aire espirado para HP negativo. TC de torax: Masa de contornos espiculados y amplio contacto pleural en el segmento apical del Lobulo superior derecho. TC abdomen y pelvis: engrosamiento parietal en la curvatura menor del estómago, con estructuras ganglionares regionales. Ecoendoscopia: engrosamiento hipocóico de la pared del estómago con fusión de las capas gástricas. Sin adenopatías perigástricas. PET TC: Formación nodular hipermetabólica, de contornos espiculados con amplio contacto pleural localizado en segmento apical del lóbulo superior derecho compatible con primario pulmonar. Engrosamiento mural hipermetabólico que compromete principalmente la curvatura menor de la cámara gástrica sospecho de proceso linfoproliferativo. Ap Pulmon: carcinoma escamoso no queratinizante. Dado que el compromiso clínico estaba dado principalmente por la intolerancia digestiva, evaluado por oncología y oncohematología se decide iniciar tratamiento con quimioterapia esquema RCHOP y diferir luego el tratamiento quirúrgico del nódulo pulmonar cuando las condiciones lo permitan. Se realiza un PET TC control luego del tercer ciclo de quimioterapia observando resolución del engrosamiento mural hipermetabólico de la curvatura menor de la cámara gástrica. Observaciones: Se presenta este caso por la baja prevalencia de linfoma MALT gástrico no asociado a infecciones por *Helicobacter Pylori* y por infrecuente presentación de un linfoma Gástrico concomitante con un Cancer escamoso de pulmón siendo lo mas frecuente el compromiso extranodal del primero.

CC - ESTÓMAGO - DUODENO

Código: 1343

MUCORMICOSIS GÁSTRICA INVASIVA

Rafael Santapau; Gabriela Manzzi; Gonzalo Souto; Cecilia Haller; Mariano Hertimian; Alejandro Larriera; P Gomes; Alejandra Conde; Nelson Castillo.

Hospital Puerto Madryn - Chubut - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.7.Miscelánea

MUCORMICOSIS GASTRICA INVASIVA Santapau, R (1); Manzzi, G (1); Souto, G (2); Haller, C (2); Hertimian, M (3); Larriera, A (3); Gómes, P (4); Conde, A (5); Castillo, N (6) (1) Servicio Anatomía Patológica Hospital Isola Puerto Madryn. (2) Gastroenterología Hospital Puerto Madryn. (3) Clínica médica, Hospital Puerto Madryn. (4) Residencia Medicina General Hospital Puerto Madryn. (5) Bacteriología Hospital Puerto Madryn. (6) Servicio de Cirugía Hospital Puerto Madryn. Puerto Madryn - Chubut - Argentina INTRODUCCION: La mucormicosis gástrica invasiva, es una entidad muy poco frecuente, habiendo pocos casos comunicados en la literatura. Observándose principalmente en pacientes inmunocomprometidos, diabéticos y extremos de la vida. OBJETIVO: Presentación de un caso de mucormicosis gástrica invasiva; en paciente diabética, con mala evolución, pese al tratamiento precoz. CASO CLINICO: Paciente de 78 años con antecedentes de DBT tipo II, obesidad, tabaquismo, colecistectomizada. Ingresa unidad médica de urgencias por presentar episodio febril, dolor abdominal, náuseas y vómitos de 48 hs de evolución, ictericia, deshidratada. Acidosis metabólica, hiperglucemia, leucocitosis con desviación a la izquierda, hiperbilirrubinemia a predominio directo, elevación de enzimas hepáticas, alteración de la función renal. Se decide internación en UTI por shock séptico con foco abdominal. Se realiza CPRE con colocación de Stent en vía biliar, estómago con dos lesiones sobreellevadas a nivel de techo y cuerpo gástrico, con ulceración central, de 3 cm de diámetro, friables al contacto con instrumental. Anatomía patológica; fragmentos que exhiben necrosis extensa con abundantes elementos micóticos constituidos por hifas anchas, no septadas. PAS positivas. Angioinvasión micótica. Comienza tratamiento con Anfotericina B y se decide conducta quirúrgica resectiva de la lesión, con márgenes limpios, lo que es imposible al hallarse durante el acto quirúrgico, perforación de cara posterior gástrica, con compromiso de epilón y páncreas. Se toman muestras para AP y cultivos. Óbito a 30 días del ingreso. CONCLUSIONES: Si bien la enfermedad es excepcional y se comporta como un tumor maligno ampliamente invasivo, tener en cuenta principalmente en pacientes diabéticos esta posibilidad diagnóstica. Pues el tratamiento precoz sería la única alternativa para la sobrevida. OBSERVACIONES: La observación directa por el bacteriólogo durante el acto quirúrgico y la biopsia con proceso ultra rápido podrían ser útiles ante lesiones sospechosas.

CC - ESTÓMAGO - DUODENO

Código: 1449

SANGRADO GASTROINTESTINAL COMO PRESENTACIÓN DE SARCOMA DE KAPOSI ASOCIADO A HIV

Florencia Giudice; María Belén Di Donato; Yuranis Navarro; Ezequiel Cortínez; Silvia Menéndez; Lorenzo Padín; Carlos Brodersen.

Hospital Durand - CABA - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.7.Miscelánea

INTRODUCCIÓN: el sarcoma de Kaposi (SK) es un tumor de origen vascular clasificado en cuatro grupos: clásico, endémico, iatrogénico (trasplante) y epidémico (asociado a VIH/SIDA). Todos ellos están relacionados con la infección por virus de herpes humano tipo 8 (VHH8). En pacientes con infección por VIH se asocia al estado de inmunosupresión, afectando mucosas, sistema linfático y vísceras tales como las del tracto gastrointestinal, pulmón hígado, bazo y páncreas. OBSERVACIONES: presentación de una causa grave de HDA en un paciente portador de HIV en estadio SIDA. MATERIALES Y MÉTODOS: paciente masculino de 32 años de edad, con antecedentes de sífilis, VPH y VIH en tratamiento antirretroviral, con carga viral < 34 copias/mL y CD4 63 células/mm³, que presenta hematoquezia y melena, síndrome de impregnación, pancitopenia y hepatosplenomegalia. RESULTADOS: Se realiza VEDA, identificándose en techo y cuerpo gástrico alto al menos cuatro lesiones planas de aspecto vascular, la mayor de 15 mm, rojo-vinosas, sin sangrado activo. Se toman biopsias que informan proliferación de células fusiformes y vasculares, hendidas y extravasación de hemáties; marcador HHV 8 por inmunohistoquímica positivo. Se realiza PAMO que no reporta alteraciones. Confirmándose diagnóstico de sarcoma de Kaposi, continúa tratamiento con TARV. El paciente evoluciona de forma tórpida y fallece a corto plazo. CONCLUSIÓN: el SK gástrico se considera de mal pronóstico, documentándose en el 40 % de los pacientes con VIH/SIDA. Puede ser sincrónico o asincrónico con las lesiones dérmicas. Entre los síntomas se describen la pérdida de peso, dolor abdominal, vómitos, diarrea, sangrado GI y obstrucción gástrica. Los hallazgos endoscópicos varían desde lesiones ulceradas hasta lesiones nodulares vasculares violáceas. El tratamiento consiste en mejorar el estado inmunológico (TARV) y tratamiento quimioterápico específico. OBSERVACIONES: en pacientes con inmunosupresión severa y HDA debería descartarse la presencia de lesiones relacionadas con HHV-8 a lo largo del tubo digestivo.

CC - ESTÓMAGO

Código: 1471
SÍNDROME DE DUNBAR*Delfina Bellini; Leonardo García Allende; Silvina Mariel Taliavachi; Leonardo Mauricio Basile; Eugenio Federico Tonn; Jorge Laborda.*

Hospital Privado de Comunidad - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.7.Miscelánea

INTRODUCCION: El síndrome de compresión del ligamento arcuato medio es una condición secundaria a la compresión del tronco celiaco y que comúnmente se manifiesta en mujeres jóvenes, entre los 20 y 40 años. En general es asintomático, gracias al suministro colateral de los vasos mesentéricos superiores. Puede encontrarse la tríada: Dolor abdominal, pérdida de peso y, ocasionalmente, un soplo abdominal epigástrico. El dolor puede empeorar con las comidas y la pérdida de peso es secundaria a la hipoingesta para no ocasionar dolor. **OBJETIVO:** Mediante la combinación de hallazgos clínicos y estudios poco invasivos como la ecografía Doppler y la angiografía, es posible arribar al diagnóstico. **PACIENTE:** Femenina de 58 años con cuadro de 8 meses de dolor abdominal, asociado a distensión abdominal y de aparición posprandial. La videoendoscopia digestiva alta fue normal, y la tomografía informó: Indentación superior en origen del tronco celiaco. La angiografía confirmó la indentación y demostró aumento del espesor del ligamento arcuato. Evaluada por servicio de cirugía se realizó sección del ligamento arcuato por vía laparoscópica. Procedimiento que transcurrió sin complicaciones, y en controles posteriores la paciente refirió mejoría de sus síntomas. **METODOS, RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** El ligamento arcuato es un arco fibroso a cada lado del hiato aórtico que origina entre la 11^a vértebra torácica y la 1^a lumbar y discurre por encima del origen del tronco celiaco. La compresión vascular puede ser provocada por una inserción anormalmente baja del diafragma, o un origen alto de dicha estructura vascular en la aorta. La compresión produce hiperplasia de la íntima, proliferación de la lámina elástica y reorganización de la adventicia. Su etiopatogenia es controvertida. Se sugiere que los síntomas son consecuencia de la isquemia visceral producida por la compresión extrínseca del tronco celiaco, aunque el dolor abdominal podría tener un origen neurogénico (por estimulación del plexo celiaco). La angiografía permite identificar la relación de la arteria celiaca con el diafragma y la estenosis focal del tronco celiaco (con una apariencia característica en "gancho"). El tratamiento se basa en la restauración del flujo sanguíneo normal, seccionando por vía laparoscópica el ligamento arcuato. Se ha reportado una mejoría de la sintomatología hasta en un 53% de los pacientes luego de la cirugía. **OBSERVACIONES.** El síndrome del ligamento arcuato medio es una causa rara de angina abdominal. La importancia de reconocer este síndrome radica en sospechar una patología que es potencialmente curable y que se presenta de forma insidiosa, lo cual lleva a múltiples consultas y tratamientos. La liberación laparoscópica del ligamento arcuato es segura. El rol del tratamiento endovascular debería evaluarse en aquellos casos que presenten estenosis residuales tras la descompresión extrínseca.

CC - ESTÓMAGO

Código: 1593
SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR*Jonathan Salmon Pico; Fernanda Gutiérrez; Tatiana Noemi Uehara; Andrés Wona-ga; Carlos Waldbaum; Pablo Antelo; Mariano Volpachio; Juan Sordá; Enzo Rey.*

Hospital de Clínicas "José de San Martín" - CABA - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.7.Miscelánea

Introducción El síndrome de la arteria mesentérica superior o síndrome de Wilkie es una condición infrecuente en la cual la tercera porción duodenal es comprimida por el ángulo de la arteria mesentérica superior (AMS) y la aorta. **Caso** Mujer de 18 años, oriunda de Bolivia, con antecedentes de anorexia nerviosa diagnosticada el 2014, consultó por vómitos biliosos y dolor abdominal asociado a constipación de 5 días de evolución. A su ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, con mucosas secas, adelgazada, con índice de masa corporal (IMC) de 12 kg/m², abdomen distendido con tensión superficial aumentada, doloroso a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho sin defensa ni reacción peritoneal y ruidos hidroaéreos disminuidos. Al laboratorio se evidenció acidosis metabólica, hipernatremia e hiperkalemia, se realizó una radiografía de abdomen donde se observaron niveles hidroaéreos y la cavidad gástrica distendida. Por sospecha de obstrucción intestinal, se colocó una sonda nasogástrica a descarga obteniendo un débito de 4000 ml de líquido de aspecto bilioso. Se realizó una tomografía computada de abdomen con contraste endovenoso en la cual se informó notable dilatación del estómago y duodeno con cambio de calibre de aspecto filiforme de la tercera porción, con un ángulo del compás aórtico mesentérico de 17 grados (compatible con síndrome de compresión vascular de arteria mesentérica superior). En la endoscopia digestiva alta se progresó hasta la tercera porción duodenal y no se evidenciaron hallazgos patológicos. Con el diagnóstico de síndrome de la arteria mesentérica superior se instauró nutrición parenteral, luego de 48hs mejoró la clínica y disminuyó el débito por la sonda nasogástrica por lo que inició la ingesta vía oral con buena tolerancia, aumento 1 kg de peso y se otorgó el alta hospitalaria. **Conclusiones y observaciones** El SAMS es una rara entidad que debe sospecharse en pacientes con dolor abdominal crónico e intermitente o en aquellos con dolor

abdominal agudo, aunque esta forma de presentación es menos frecuente. Las condiciones asociadas más frecuentes son la pérdida de peso, desordenes psiquiátricos, cirugías y anomalías anatómicas. Tiene una incidencia entre el 0,1 y el 0,3 %, predomina en mujeres y en pacientes jóvenes. Los síntomas son dolor epigástrico postprandial, vómitos y distensión abdominal; los mismos se presentan usualmente en forma crónica y menos frecuentemente en forma aguda. La TC con contraste endovenoso es especialmente útil ya que permite medir tanto la distancia como el ángulo aortomesentérico; cuando este es < 22 ° y la distancia < 8mm la sensibilidad diagnóstica es del 100%. La endoscopia digestiva alta también aporta información para descartar compromiso orgánico que cause la obstrucción duodenal. En cuanto al tratamiento la primera conducta es conservadora y ante la refractariedad se sugiere tratamiento quirúrgico.

CC - ESTÓMAGO

Código: 1344
METASTASIS GÁSTRICA Y DUODENAL POR CARCINOMA DE MAMA*Rafael Santapau; Gabriela Manzzi; Ricardo Viglione; Andres Galarza; Bettina Stegmuller.*

Centro Oncológico Sanatorio Trelew - Chubut - Argentina

Área Temática: 2.Estómago - Duodeno 2.Estómago - Duodeno

METASTASIS GÁSTRICA Y DUODENAL POR CARCINOMA DE MAMA Santapau, R (1); Manzzi, G (1); Viglione, R (2); Galarza, A (2); Stegmuller, B (3) (1) Anatomía Patológica, Centro Oncológico Puerto Madryn. (2) Gastroenterología, Sanatorio Trelew. (3) Clínica Médica, Sanatorio Trelew **INTRODUCCION:** El carcinoma de mama es el tumor maligno más frecuente en la población femenina a nivel mundial, menos del 1% presenta metástasis en tubo digestivo. Siendo los sitios más frecuentes, en el siguiente orden de frecuencia; colon, estómago, intestino delgado y esófago. **OBJETIVO:** Presentación de un caso de metástasis por carcinoma de mama en tracto digestivo (duodeno y estómago), sitios de localización sumamente infrecuentes. **CASO CLINICO:** Paciente de 72 años de edad, con antecedentes de carcinoma ductal infiltrante de mama, receptores hormonales positivos y Her2/Neu negativo, diagnosticado en el año 2009, tratada con cuadrantectomía mas vaciamiento axilar con un ganglio positivo. Radioterapia y quimioterapia, mas tamoxifeno. •Abril de 2014 alteraciones del ritmo evacuatorio y marcada disminución de peso. •Julio 2014 FEDA Pólipo hiperplásico. •Octubre 2017 FEDA, Duodeno: mucosa con pliegues escasos, muy hipotrofos. Estómago: Región antropilórica: mucosa de aspecto normal; Cuerpo y Fondo: arquitectura de pliegues conservados, mucosa con patrón micronodular "en empedrado", con petequias, edema; Cardias: de aspecto cicatrizal, fibrotico, ligeramente estenotico; Esófago: distal con signos de reflujo GE crónico, con aspecto de metaplasia y ulcera cicatrizal plana distal. **ANATOMIA PATOLOGICA:** Infiltración de mucosa gástrica y duodenal por carcinoma difuso. Se solicitan técnicas de inmunomarcación por los antecedentes comunicados. Inmunomarcación: **MARCADOR RESULTADO** Keratina 7 Positivo Keratina 20 Negativo Antígeno Carcinoembrionario Positivo Mamoglobina Negativo Keratina 5 Negativo TTF-1 Negativo GATA 3 Positivo Keratina 18 Positivo MIB-1 (Ki 67 en parafina) 26 a 30 % de núcleos marcados Receptor de Estrógeno Positivo en 20% de la población celular neoplásica Receptor de progesterona Negativo Con dichos resultados se diagnostica infiltración gástrica y duodenal por carcinoma de mama. Enero 2018, se solicita Her 2/Neu con resultado negativo. **CONCLUSIONES:** El especialista gastroenterólogo debe ser minucioso en la descripción de las imágenes endoscópicas y de los antecedentes del paciente al remitir una muestra para su examen para anatomía patológica; pues existen situaciones, como es este el caso, donde lesiones metastásicas u de otro tipo, pueden ser confundidas por el patólogo como procesos neoplásicos primarios. **OBSERVACIONES:** Ante situaciones engorrosas, la interconsulta con experto en patología gastrointestinal y eventuales técnicas de inmunohistoquímica, servirán de orientación en el correcto diagnóstico de la lesión.

CC - INTESTINO DELGADO

Código: 1441
SÍNDROME DE PEUTZ JEGHERS: A PROPÓSITO DE UN CASO*FEDERICO TIELLI; Daniela Orellana; Rocio Korol; Carla Panizza; Carlos Falbo; Carla Aguilar; Laura Fugazza; Claudia Gonzalez Morandera; Debora Bassi; Leonardo Cuda.*

HIGA P FIORITO - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 3.Intestino Delgado 3.1.Síndrome de Mala Absorción

INTRODUCCION: El Síndrome de Peutz Jeghers, es una patología poco frecuente, de herencia autosómica dominante, no ligada al sexo. Caracterizada por pigmentación de mucosa oral, palmar y plantar, asociado a poliposis múltiple gastrointestinal hamartomatosa. El cólico abdominal recurrente, causado por la intususcepción de los pólipos, es el síntoma más frecuente, pudiendo generar obstrucción intestinal aguda. Inicialmente, estos hamartomas, fueron considerados sin potencial maligno, pero se han reportado casos. **OBJETIVO:** Describir un caso clínico de Síndrome de Peutz Jeghers que debuta con una complicación frecuente. **CASO CLINICO:** **PACIENTE MASCULINO DE 25 AÑOS, CON DIAGNOSTICO DE Síndrome de Peutz Jeghers, QUE DEBUTA A LOS 18 AÑOS CON UN CUADRO DE ABDOMEN AGUDO OCLUSIVO**

(INVAGINACION INTESTINAL) QUE REQUIRIO RESECCIÓN SEGMENTARIA DE ILEON + ILEOSTOMÍA + FÍSTULA MUCOSA, CON POSTERIOR RECONSTRUCCIÓN DEL TRÁNSITO INTESTINAL AL AÑO, REQUIRIENDO NUEVA LAPAROTOMÍA EXPLORADORA POR NUEVA INVAGINACION. EN 2017 ES INTERNADO POR ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO, SE REALIZA LAPAROTOMÍA EXPLORADORA CON DESINVAGINACIÓN, ENTERECTOMÍA + ILEOSTOMÍA + FÍSTULA MUCOSA, PRESENTADO CUADRO CLÍNICO COMPATIBLE CON SÍNDROME DE INTESTINO CORTO. REQUIRIENDO DESDE ESA FECHA HASTA LA ACTUALIDAD MÚLTIPLES PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS (VEDA + VCC + ENTEROSCOPIAS) PARA RESECCIÓN DE PÓLIPOS MÁS REPRESENTATIVOS DE ESTÓMAGO, INTESTINO DELGADO REMANENTE Y COLON, CON COLOCACIÓN DE HEMOCLIPS. ÚLTIMOS ESTUDIOS REALIZADOS •VEDA: (12/2018) POLIPOSIS GÁSTRICA (NÚMERO DE PÓLIPOS > 500) + POLIPECTOMÍA CON HEMOCLIP. AP: PÓLIPOS HAMARTOMATOSOS. SIENDO EL MAYOR DE APROXIMADAMENTE 4 CM •ECOGRAFÍA ABDOMINAL: (02/2019) EN TOPOGRAFÍA DE COLON SIGMOIDES SE VISUALIZA IMAGEN HIPOECOGENA ENDOLUMINAL DE CONTORNOS DEFINIDOS, DE 30MM, DE ASPECTO POLIPOIDEO. EN HIPOGASTRIO, HACIA FID, IMAGEN ARREMLINADA. HALLAZGO INESPECÍFICO. RESTO CONSERVADO. •VCC: (02/2019) EN MUCOSA DE ILEON TERMINAL EVAGINADA SOBRE CIEGO A EXPENSAS DE PÓLIPO PSEUDOPEDICULADO DE 3 CM DIAMETRO, EN COLON TRANSVERSO Y COLON DESCENDENTE, Y SIGMA POLIPOS PEDICULADOS DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS, LOS CUALES SE RESECAN. AP PENDIENTE. •ENTEROSCOPIA: (02/2019) SE EXPLORA HASTA LOS 50CM DESDE OSTOMA, SE RESECA Y EXTRAE PÓLIPO GIGANTE QUE OCUPA CASI LA TOTALIDAD DE LA LUZ QUEDANDO PÓLIPOS REMANENTES POR FALTA DE HEMOCLIPS. AP PENDIENTE. •ECOGRAFÍA TESTICULAR BILATERAL: (02/2019) EN EPIDIDIMO DERECHO SE VISUALIZA QUISTE DE 3MM Y OTRO DE 8MM EN EL CONTRALATERAL. RESTO SIN PARTICULARIDADES. •ECOGRAFÍA TIROIDEA: (02/2019) GLÁNDULA CONSERVADA. Conclusiones Destacamos la importancia de un diagnóstico y seguimiento endoscópico y resección de pólipos en estos pacientes a fin de evitar las complicaciones inmediatas quirúrgicas y el desarrollo posterior de tumores gastrointestinales

CC - INTESTINO DELGADO

Código: 1393

HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN MEDIO SECUNDARIA A METASTASIS DE CORIOCARCINOMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Rocío Daiana Laurini; Eduardo Alach; Lucía Luna Tirado; José Nicolás Bálsamo Lozano; Mariano Salvador Di Tommaso; Agustín Diego; Cristela Pereyra; Rocío Alach; Melisa Hidalgo.

Hospital San Roque de Gonnet - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 3.Intestino Delgado 3.2.Neoplasia

INTRODUCCIÓN: El coriocarcinoma suele dar metástasis a pulmón, riñón, cerebro e hígado. La frecuencia reportada al tracto gastrointestinal es del 5%, principalmente secundario a invasión directa por afectación retroperitoneal o diseminación hematológica. El sitio más frecuente de metástasis gastrointestinales es el estómago, siendo la afectación intestinal muy rara. Las lesiones metastásicas en el intestino delgado generalmente se presentan con sangrado oculto o mínimo. **OBJETIVO:** El objetivo es presentar una paciente con metástasis intestinales secundarias a coriocarcinoma como causa infrecuente de hemorragia digestiva de origen medio **PACIENTE:** Mujer de 45 años consulta por hematoquezia de 24 horas de evolución. Como antecedente refiere diagnóstico de coriocarcinoma uterino con metástasis pulmonares el mes previo, sin tratamiento al momento. Al examen físico presentaba palidez cutáneo-mucosa, abdomen blando, sin reacción peritoneal, tacto rectal con hematoquezia. Laboratorio con hemoglobina 7.2 mg/dl con videoescopia digestiva alta y baja sin lesión mucosa. En la tomografía se identifica en fosa iliaca derecha formación sólida heterogénea con realce vascular tras la administración de contraste endovenoso. Por no contar con videocápsula endoscópica en la urgencia, se realizó laparotomía exploradora con ilio-hemicolectomía derecha donde se evidenció en íleon terminal, a 10 cm de válvula ileocecal, lesión de probable origen metastásico. El informe histopatológico mostró nódulo parietal de 1,5 cm de diámetro color rojo pardo hemorrágico que ulcera la mucosa, compatible con metástasis de coriocarcinoma. La paciente evolucionó favorablemente y actualmente se encuentra en seguimiento y tratamiento con oncología con mejoría de parámetros de laboratorio. **CONCLUSIONES:** Se presentó un caso infrecuente de hemorragia digestiva media **OBSERVACIONES:** Asociaciones infrecuentes.

CC - INTESTINO DELGADO

Código: 1388

¿CONOCES A WILKIE?

Amorina Ansa; Ignacio Federico Caldo; Alejandro Andres Dutack; Hernan Andres Iannicillo.

CEGED - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 3.Intestino Delgado 3.3.Miscelánea

INTRODUCCIÓN: Cuando la aorta ingresa al abdomen, su segunda rama, la arteria mesentérica superior, conforma con ella un ángulo agudo, de aproximadamente 25°. Cuando este ángulo disminuye, nace el Síndrome de Wilkie (SW). Se caracteriza por

la compresión de la tercera porción duodenal, a causa de una disminución del ángulo conformado entre la aorta y la arteria mesentérica superior. Este síndrome, con una prevalencia menor al 1%, puede tener causas adquiridas o congénitas. De las adquiridas, la más frecuente es el descenso marcado de peso, generando pérdida de la grasa que conforma parte del contenido del compás aorto mesentérico y de esta forma, disminuyendo el ángulo. **OBJETIVOS:** Tener en cuenta al Síndrome de Wilkie como un diagnóstico diferencial, para evitar la solicitud de estudios invasivos, y pérdida de tiempo terapéutico. **MATERIALES (PACIENTES)** La primera paciente, de 37 años, en contexto de un cuadro de Depresión Mayor, consulta por náuseas, vómitos, intolerancia a la ingesta, dolor abdominal intenso, de 1 mes de evolución, asociado a un descenso de 15 kg de peso (15% de su peso corporal). Ecografía abdominal, laboratorio con anticuerpos para enfermedad celíaca y perfil tiroideo, sin hallazgos patológicos. Se realiza Videoescopia Digestiva Alta (VEDA) con biopsia que informa gastritis crónica, Helicobacter Pylori (HP) negativo. Dado la persistencia de los síntomas, se solicita Videocolonoscopía (VCC) y TC de abdomen y pelvis con contraste. La VCC no arroja resultados patológicos. La TC informa dilatación pielo-calcial izquierda y una marcada disminución del ángulo aorto mesentérico, a 10°. Se indica dieta hipercalórica, logrando en 3 meses un incremento de 6 kg de peso, asociado a mejoría sintomática. El segundo paciente, de 18 años de edad, tiene antecedentes de macrolitiasis en riñón izquierdo, que requirió litotricia por ureteroscopia en dos oportunidades. En los 6 meses de tratamiento el paciente tuvo un descenso de 8 kg de peso (20% de su peso corporal) comenzando con dolor abdominal intenso e intermitente, vómitos post ingesta y sensación de plenitud post prandial. Laboratorio sin hallazgos patológicos. Se solicita TC de abdomen y pelvis con doble contraste, donde se evidencia una disminución marcada del ángulo aorto mesentérico a 12°. Este paciente, aun en tratamiento, logra aumentar 4 kg en dos meses, con mejoría sintomática **CONCLUSION** El SW es una patología de baja prevalencia, tal vez por no ser sospechada, lo que resulta en una demora en el diagnóstico y quizás a un subdiagnóstico. Su tratamiento, en casos leves y adquiridos, suele ser suficiente con la ganancia de peso. En algunos casos pueden requerir tratamiento quirúrgico. **OBSERVACIONES** Patología de baja frecuencia, pero de diagnóstico accesible si se tiene en cuenta su sospecha. "Si el tiempo es lo más caro, la pérdida de tiempo es el mayor de los derroches" (Benjamin Franklin).

CC - INTESTINO DELGADO

Código: 1643

ESTENOSIS ISQUÉMICA POSTRAUMÁTICA DEL INTESTINO DELGADO

Ezequiel Canievsky; Emanuel Llanquiman; Marcela Arias; Ignacio Britcha; Cecilia Carraro; Horacio Vazquez; Eduardo Mauriño.

Hospital Carlos Bonorino Udaondo - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 3.Intestino Delgado 3.3.Miscelánea

INTRODUCCIÓN: La estenosis isquémica del intestino delgado por trauma abdominal cerrado es subvalorado inicialmente en los pacientes politraumatizados. Es un cuadro complejo debido a que la sintomatología suele manifestarse horas, días, incluso meses posteriores al evento desencadenante. El intestino y el mesenterio representan las estructuras más frecuentemente involucradas después del hígado y el bazo. El sitio más común de lesión es el intestino delgado, principalmente en zonas como el íleon distal cerca de la válvula ileo-cecal por su fijación anatómica. **OBJETIVO:** Presentación de un caso clínico. **CASO CLÍNICO:** Varón de 29 años. **Antecedentes:** tabaquista y enolista. A raíz de un accidente de tránsito sufre un traumatismo abdominal cerrado en febrero de 2018. Motivo de consulta: En agosto de 2018 consulta por un cuadro de seis meses de evolución caracterizado por dolor abdominal de tipo cólico en hemiabdomen inferior, intensidad 7/10, que cede con analgésicos, aumento del número de las deposiciones (>10, escasas, sin sangre) y pérdida de peso: de 27 KG (30% del PCT). Al interrogatorio dirigido, refiere que en abril de 2018 le realizan por la misma sintomatología una laparotomía exploradora sin hallazgos patológicos. Examen físico: en abdomen masa palpable en flanco derecho. Laboratorio: PCR y VSG elevadas. EnterotC: Plastrón en íleon terminal que estenosa la luz con dilatación supraestenótica. VCC: ciego con múltiples cicatrices lineales. Íleon con mucosa granular y friable, la luz es tortuosa, excéntrica e impresionada traccionada (proceso adherencial?). ID: Colitis cecal secular e ileítis segmentaria. Evolución: Se realiza una laparotomía y se observa una importante dilatación de íleon. A dicho nivel tumoración duroelástica con múltiples adenopatías en el mesenterio proximal y un proceso fibro-adherencial hacia el colon sigmoide. Anastomosis ileo-colónica látero-lateral. AP: La pared ileal presenta hipertrofia de la capa muscular y serositis fibrino-leucocitaria; mucosa congestiva y con cambios vinculables a isquemia. Pared colónica con proceso inflamatorio estenosante con células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño, abscedado, con fibrosis, áreas de hemorragia y vasos de neoformación congestivos, que comprometen mucosa, submucosa, pared muscular, subserosa y serosa. Ganglios linfáticos reactivos. ID: Proceso inflamatorio crónico abscedado. **CONCLUSIÓN:** El 25% de los traumas abdominales cerrados se acompañan de lesión intracavitaria y las lesiones del intestino delgado aparecen en un 5-15% de ellos. La baja frecuencia de tales lesiones, junto con la capacidad limitada de la interpretación de imágenes en la emergencia y la escasa especificidad de los signos clínicos asociados, explican por qué la mayoría de los casos se diagnostican de forma tardía dando lugar a complicaciones graves y alta mortalidad, por lo cual debe considerarse su diagnóstico inicialmente en todo paciente politraumatizado.

CC - INTESTINO DELGADO

Código: 1389

HEMORRAGIA DIGESTIVA OCULTA SECUNDARIO A INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL DEBIDO A PÓLIPO HAMARTOMATOSO SOLITARIO

Alceo Galimberti; Joaquín Montero; Antonela Ferrari; Juana Pascual; Victoria Trevizan; Sofía Bulaty; Fernanda Jaureguizar; María Virginia Reggiardo; Orlando Ruffinengo; Fernando Bessone.

Hospital Provincial del Centenario - Santa Fe - Argentina

Área Temática: 3.Intestino Delgado 3.3.Miscelánea

Introducción: El sangrado gastrointestinal crónico constituye la causa más frecuente de anemia ferropénica, muchas veces desapercibida. Esto se conoce como hemorragia gastrointestinal oculta. En el 5-10% la lesión se encuentra en intestino delgado, presentando una amplia gama de diagnósticos diferenciales. Paciente: Hombre de 60 años, con cuadro de una semana de astenia, mareos y disnea a moderados esfuerzos, constatándose anemia severa. Refiere que hace 2 años, similar cuadro con endoscopías negativas por lo que fue tratado con sulfato ferroso. Al examen físico presentaba palidez cutáneo mucosa generalizada. Laboratorio: Htco: 23%, Hb: 6,8 g/dl. VEDA: Estudio normal. VCC: Se progresa hasta el ciego, se canula válvula iliocolica con mucosa normal, patrón vascular conservado y sin evidencia de lesión. Enteroclasia por TAC con contrastaste EV: se visualiza un segmento ileal con engrosamiento parietal hemicircunferencial, impresionando imagen en doble pared con una formación redondeada endoluminal que mide 7 mm. interpretado como intususcepción ilio-ileal secundaria a pólipo como cabeza de invaginación. Enteroscopia de balón único: Se evidencia a 200 cm lesión exofítica extendida en superficie, ulcerada, friable e indurada, se biopsia. Biopsia de Enteroscopia: Mucosa intestinal con sectores de erosión epitelial, y proliferación de vasos capilares, acompañados de haces musculares engrosados de la capa muscular de la mucosa. No es posible arribar a un diagnóstico más preciso. Evolución: Se realiza resección intestinal con márgenes de 10 cm y enteroanastomosis laterolateral, con buena evolución clínica y analítica. Biopsia de pieza quirúrgica: Pólipo Hamartomatoso de intestino delgado de 5,8 cm de diámetro. Laboratorio a dos meses de control: Htco: 41%, Hb: 13,1 g/dl. Paciente clínicamente estable. **Discusión:** La intususcepción intestinal en adultos es una rara condición. A diferencia del pediátrico con su tríada clásica de dolor abdominal, hematoquezia y masa palpable, el adulto presenta una clínica inespecífica, predominando el dolor abdominal en un 72% siendo el sangrado infrecuente, solo 12%. La duración de los síntomas puede ser de semanas o meses, hasta años, por lo que requiere un alto índice de sospecha. El 80% de los casos la cabeza de invaginación la constituye una enfermedad orgánica, 35-60% lesiones malignas, debido a esto el tratamiento definitivo suele ser la conducta quirúrgica. Los pólipos hamartomatosos se encuentran principalmente en los síndromes de pólipos hamartomatosos como el síndrome de Peutz-Jeghers, la poliposis juvenil, y el síndrome de Gardner. Las intususcepciones causadas por un pólipo hamartomatoso solitario son extremadamente raras. **Conclusión:** Dado de que la intususcepción intestinal es infrecuente en el adulto y más aún secundario a un pólipo hamartomatoso solitario, se decide presentar un caso poco común para dar a conocer la amplia gama de entidades que pueden ser causantes de anemia ferropénica por pérdida.

CC - INTESTINO DELGADO

Código: 1282

INFRECUENTE CAUSA DE DOLOR EPIGÁSTRICO

Esteban Hugo Campitelli; María Victoria Selvino; David Zagalsky.

Hospital Aeronáutico Central - CABA - Argentina

Área Temática: 3.Intestino Delgado 3.3.Miscelánea

Introducción: Con una frecuencia del 0,06%, la disección espontánea de la arteria mesentérica superior, es causal de dolor gravativo tanto continuo como cólico. Su baja frecuencia hace que el diagnóstico sea por descarte y en ocasiones olvidado. No hay etiología precisa, pero si una clara asociación al sexo masculino, la HTA, enfermedades del colágeno y alteraciones anatómicas. Según su ubicación, el largo de la disección y si compromete a la arteria ileocólica, el tratamiento puede ser conservador, intervencionista o quirúrgico. Casos clínicos: Paciente 58 años masculino, HTA, RGE, fumador. Año 2016 se interna por dolor epigástrico intenso. Tratamiento sintomático, no se encuentra causa en los estudios realizados. Continúa con dolores controlado con opioides. Se realiza Angio TAC que muestra flap de la AMS a 2,5 cm de su nacimiento. Sin signos de isquemia intestinal. Se inicia anticoagulación oral. Mayo 2019 sin complicaciones. Paciente 59 años femenina, HTA, RGE, dislipemia. Mayo 2017, dolor centro abdominal que la lleva varias veces a guardias. En una tomografía, páncreas divisum, se descarta como causal de dolor. Angio TAC, muestra flap y turbulencia en cara anterior en la región móvil de la AMS, dilatación de asas de delgado, que se interpreta como isquemia leve. Se sugiere realizar arteriografía si fracasa anticoagulación oral. Mayo 2019 anticoagulada asintomática. Paciente 38 años masculino, HTA esencial. Marzo 2019 debuta con dolor epigástrico, vómitos y distensión. Leucocitosis leve, PCR elevada. TAC y endoscopías normales. Tres internaciones por dolor, sin causal. Angio TAC flap a 2 cm del nacimiento de la AMS. Tratamiento anticoagulación oral. Asintomático en Junio 2019. En estudio de enfermedad del colágeno. **Discusión:** Frecuencia, hombres 4 a 1. No existe una etiología

clara de esta patología, HTA, tabaquismo o enfermedades del tejido conectivo son predisponentes. Simulaciones de los diferentes ángulos de la curvatura de la AMS 60°, 90° y 120° revelan que ángulos agudos favorecen la disección espontánea por stress. Por otra parte, la calidad de las imágenes actuales, permiten ver lesiones que antes pasaban desapercibidas. **Conclusión:** Frente a un dolor gravativo epigástrico, repetitivo y sin causa aparente, recordar la disección espontánea de la AMS, la utilidad de la angio TAC para su diagnóstico y que la anticoagulación oral puede ser su solución. **Observaciones:** la rareza de la patología, los 3 casos diagnosticados por la presunción y la calidad de las imágenes nos invitan a compartirlo con actitud docente.

CC - INTESTINO DELGADO

Código: 1395

INTUSUSCEPCIÓN ILEOCECAL. SIGNO TOMOGRÁFICO DEL TARGET

Eduardo Alach; Marcela Contreras; Rocío Daiana Laurini; Santiago Gullino; Mariano Salvador Di Tommaso; José Nicolás Bálamo Lozano; Agustín Diego; Cristela Pereyra; Rocío Alach; Melisa Hidalgo

Hospital San Roque de Gonnet - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 3.Intestino Delgado 3.3.Miscelánea

INTRODUCCIÓN: La intususcepción intestinal es una patología muy frecuente en la infancia y solo el 5 % de los casos se producen en la población adulta, donde ocasionan el 1-5 % de los casos de abdomen agudo oclusivo. La presentación clínica suele ser subaguda o crónica y el 90 % son secundarios a patología intestinal (benigna o maligna). Los tumores benignos son la causa más frecuente cuando el intestino delgado está involucreado y los malignos cuando hay compromiso colónico. La tomografía y la colonoscopia se consideran los métodos diagnósticos de primera línea y la cirugía como tratamiento de elección. **OBJETIVO:** Reportar el valor de la endoscopia para llegar al diagnóstico, y del signo tomográfico del Target. **PACIENTE:** Hombre de 52 años que consulta por guardia por cuadro de dolor y distensión abdominal, vómitos y catarsis negativa de 72 horas de evolución. Al examen físico, paciente en regular estado general, abdomen distendido con dolor a la palpación profunda en flanco y fosa iliaca derecha con leve reacción peritoneal y formación palpable. Se realiza laboratorio, sin hallazgos positivos, una radiografía abdominal con presencia de niveles hidroaéreos en intestino delgado. En la tomografía se informa paredes engrosadas en colon derecho que disminuyen la luz y diagnóstico presuntivo de neoplasia. Retrospectivamente se observan signos tomográficos de intususcepción (signo del "target") no detectados por guardia. Se realiza videocolonoscopia en la cual se observa asa de intestino delgado con mucosa conservada protruyendo a través de la válvula ileocecal. Se decide realizar laparotomía donde se identifica intususcepción ileo-colónica con tumor de aspecto submucoso como cabeza de invaginación. Anatomía patológica: Lipoma de íleon distal. El paciente evoluciona favorablemente. **CONCLUSIONES:** Se presenta un caso infrecuente de obstrucción intestinal del adulto, donde la interpretación tomográfica por guardia orientó el diagnóstico hacia probable cáncer de colon derecho y la videocolonoscopia contribuyó a aclarar la etiología. **OBSERVACIONES:** asociaciones infrecuentes.

CC - COLON Y RECTO

Código: 1371

MONONEUROPATIA COMO EFECTO ADVERSO DEL TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB

María Agustina Scacchi; María Virginia del pedro; Natalia Perez Esteban; Cecilia Riu; Agustina Trucco.

Complejo Policial Hospital Churrucá Visca - CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.1.Enfermedad Inflamatoria

INTRODUCCION: Los efectos neurológicos secundarios a terapia biológica antiTNF son bien reconocidos, aunque no tan frecuentes como la hipersensibilidad e infecciones serias. Dentro de los efectos neurológicos asociados a dicha medicación se describen: compromiso neurológico central y periférico, polineuropatías desmielinizantes como el Síndrome de Guillain Barre y su variante Miller Fisher, esclerosis múltiple, mayor riesgo de infecciones neurológicas (LMP por virus JC), neuropatía multifocal motora y neuropatía periférica por compromiso axonal o de la vaina de mielina. Se asocia con aparición o exacerbación de enfermedades neurológicas. En pacientes con trastornos desmielinizantes preexistentes o de reciente aparición, se debe hacer una evaluación riesgo beneficio antes de iniciar el tratamiento; y si estos trastornos se desarrollan intra-tratamiento se debe considerar la interrupción del mismo. **OBJETIVOS:** presentar un caso clínico de un efecto adverso poco común de un fármaco de uso corriente en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. **PACIENTE:** paciente sexo masculino, 18 años, con diagnóstico de colitis ulcerosa de 3 años de evolución. Al debut presenta pancolitis ulcerosa severa con tratamiento con mesalazina VO y tópica, corticoides EV y terapia biológica con infliximab, con buena respuesta clínica y humoral, pero con mejoría endoscópica sin lograr cicatrización mucosa luego de 1 año de tratamiento, por lo que se agrega azatioprina; alcanzando

curación mucosa luego del año de comboterapia. Evoluciona luego de 2 años de terapia biológica con pie equino izquierdo y marcha en steppage, sin otro síntoma neurológico asociado. Evaluado por servicio de neurología, con estudios de laboratorio, EMG y RMN, evidenciando compromiso axonal de nervio ciático poplíteo externo izquierdo, signos de denervación en musculo tibial anterior y peróneo lateral largo izquierdo. Se realiza diagnóstico de mononeuropatía de ciático poplíteo externo y se descartan causas nutricionales, infecciosas, neurológicas, traumáticas y de compresión extrínseca, interpretándose como secundario a efecto adverso de infliximab. Se suspende el mismo lográndose restitución ad integrum. Se rota terapia antiTNF a vedolizumab RESULTADOS: Actualmente paciente con remisión clínica, humoral, endoscópica e histológica sin compromiso neurológico CONCLUSIONES: En nuestro caso se llega al diagnóstico de mononeuropatía periférica asociada a infliximab luego de descartar causas más comunes asociadas a esta patología Es un diagnóstico de exclusión, con prevalencia incierta, por lo que debe tenerse en cuenta su posible asociación Los gastroenterólogos que manejan EII y prescriben terapia biológica deberían conocer las potenciales complicaciones neurológicas centrales y periféricas asociadas a la medicación, para hacer diagnóstico temprano, derivación a neurología, suspender el tratamiento y plantear terapias alternativas.

CC - COLON Y RECTO

Código: 1583 MONONEUROPATIA COMO EFECTO ADVERSO DEL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB

Leonardo Garcia Allende; Silvina Mariel Taliavachi; Delfina Bellini; Jorge Laborada Monteni; Leonardo Mauricio Basile; Eugenio Federico Tonn.

Hospital Privado de Comunidad - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.1.Enfermedad Inflamatoria

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica autoinmune de causa desconocida, con una amplia variedad de presentaciones clínicas. El uso de agentes inmunosupresores aumentan el riesgo de infecciones oportunistas, provocando en los pacientes una mayor morbimortalidad. Los pacientes presentan sobre todo infecciones bacterianas; sin embargo, se ha descrito un incremento de las infecciones virales, especialmente citomegalovirus (CMV), Parvovirus humano B19, virus del Herpes Simple, virus Varicela Zóster y virus de la Hepatitis A. La infección gastrointestinal por CMV puede inducir síntomas similares a los de la enterocolitis por LES y es crítico determinar si se derivan de la exacerbación del LES o de la infección por CMV, pues una complicación posible es la fistulización intestinal. Objetivo: Presentar un caso clínico de colitis por CMV en una paciente con LES. Caso clínico: paciente, género femenino de 59 años con diagnóstico de LES desde 1992, año que inicia tratamiento con meprednisona y azatioprina. En junio de 2016 presentó dolor abdominal, tenesmo rectal y deposiciones líquidas sanguinolentas sin moco. Se realizó videocolonoscopia (VCC) que detectó Colitis Ulcerosa (CU) izquierda (Montreal S2-E2-A3). Se agregó mezalazina, presentando recaídas leves de CU al disminuir la dosis de mezalazina Al año se le realizó VCC presentando leve mejoría de la mucosa con actividad histológica. En marzo de 2019, por la tórpida evolución del LES en la paciente, se inició tratamiento con ciclofosfamida, intercurriendo con aumento de las deposiciones líquidas con sangre y de parámetros de laboratorio inflamatorios (VSG y PCR). En los cultivos de materia fecal desarrollo microbiota habitual, no se detectaron toxinas de Clostridioides difficile. Se realizó VCC que evidenció lesión fistulizante en recto inferior y persistencia de lesión mucosa con pseudopólipos en rectosigma. En la biopsia de colon se detectaron inclusiones víricas que se confirmaron como CMV por Inmunohistoquímica. Se investigó además la antigenemia para CMV que fue positiva. En la RMN de pelvis se observó a nivel de tercio medio de recto, trayecto fistuloso hacia la fosa isquiorrectal derecha no complicado. Por lo expuesto anteriormente se puede inferir en esta paciente la fistula se produjo por una infección por CMV. Se inició tratamiento antiviral con ganciclovir i.v., con mejoría clínica y alta médica para la infección por CMV. A nivel mundial existe escasa documentación de casos enteritis por CMV en pacientes con LES. Finalmente, el presente caso subraya la importancia de explorar la posibilidad de infección por CMV como un diagnóstico diferencial en pacientes con LES con síntomas gastrointestinales evidentes y que fueron tratados con medicamentos inmunosupresores como en pacientes que semejan una reagudización de CU en el contexto de una enfermedad autoinmune.

CC - COLON Y RECTO

Código: 1409 COLITIS SEGMENTARIA ASOCIADA A DIVERTICULOSIS Y COLITIS ULCEROSA: ¿ENTIDADES SEPARADAS O MANIFESTACIONES SUCESIVAS DE UNA MISMA ENFERMEDAD?

Miriam Kohan; María Paz Gimenez Villamil; Guido Orbe; Carlota Cenoz; Cesar Gimenez Villamil.

INSTITUTO ARGENTINO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO - CABA - ARGENTINA

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.1.Enfermedad Inflamatoria

Introducción: La colitis segmentaria asociada a diverticulosis (SCAD su sigla en inglés) es un proceso inflamatorio crónico limitado a un segmento colónico que

presenta divertículos y que respeta el recto y otras áreas del colon. Tanto las lesiones endoscópicas como las alteraciones histológicas pueden remedar las de las enfermedades inflamatorias intestinales (colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn). La entidad se manifiesta principalmente en adultos mayores de 60 años con hematoquezia y/o diarrea, acompañadas o no de dolor abdominal. La progresión de SCAD a colitis ulcerosa (CU) típica con compromiso rectal ha sido descrita aunque reportada sólo en casos aislados. Objetivo: Comunicar el caso, dada su infrecuencia, de un paciente con SCAD que presentó una colitis ulcerosa típica varios años después. Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 64 años que consultó en 2011 por haber presentado eliminación de sangre y moco acompañando a heces formes en los 15 días previos. No presentaba hipertermia, pérdida de peso ni dolor abdominal. Sin antecedentes clínicos. Antecedentes quirúrgicos: apendicectomía y hemioplastia umbilical. Ex. físico: sin particularidades. Lab: HTO 39%, leucocitos 5800/mm3, VSG 8, resto normal. VCC: Entre los 40 y los 50 cm a partir del margen anal, mucosa con pérdida del patrón vascular, congestiva, friable, con parches de eritema. Presencia de divertículos en ese segmento. Mucosa normal en recto y resto del colon. Biopsia de sigma: Mucosa con leve distorsión glandular, en lámina propia: intensa congestión e infiltrado linfoplasmocitario difuso. Biopsia de recto: Mucosa con arquitectura glandular conservada. Diagnóstico: Colitis segmentaria asociada a diverticulosis. Recibió ciprofloxacina y metronidazol VO por 10 días con remisión clínica persistente. En enero/19, con 71 años, volvió a consultar por presentar diarrea líquida, 3 – 4 deposiciones/día, con mucus y sangre. Había desarrollado HTA y recibía valsartan. Lab: HTO 40%, leucocitos 6970/mm3, VSG 32, PCR 5,38, resto normal. VCC: Desde margen anal y hasta los 35 cm, mucosa con pérdida del patrón vascular, congestiva, friable, con microerosiones y exudados blanquecinos. Múltiples divertículos en sigma. Resto de la mucosa hasta ciego normal. Biopsia de colon ascendente, transversa y descendente: Mucosa con arquitectura glandular conservada. Biopsia de sigma y recto: Mucosa con distorsión glandular, intenso infiltrado linfoplasmocitario, criptitis y abscesos cripticos compatible con CU. Recibió mesalacina V.O. y rectal con remisión clínica y normalización de reactantes. Pendiente VCC de control. Conclusión: La SCAD suele tener un curso autolimitado, con remisión clínica y endoscópica. Sin embargo, la evolución a una CU típica, como en el caso que presentamos, plantean la discusión sobre si la SCAD debe considerarse como una entidad autónoma o como parte del complejo abanico de la enfermedad inflamatoria intestinal. Observaciones: Comunicación de un caso inusual.

CC - COLON Y RECTO

Código: 1447 ENFERMEDAD DE CROHN Y UNA ASOCIACIÓN POCO FRECUENTE: PIODERMA GANGRENOSO

Lucia Anapios; Flavia Doucède; Carolina Rodríguez; Daniela Sproviero; Paula Carfagnini; Daniela Lubieniecki; Lorenzo Padin; Carlos Brodersen

Hospital Durand - CABA - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.1.Enfermedad Inflamatoria

INTRODUCCIÓN: la enfermedad de Crohn (EC) es una patología cuya incidencia se encuentra en ascenso. Afecta el tracto gastrointestinal a cualquier nivel, pudiendo asociarse múltiples manifestaciones extraintestinales, una de ellas es el pioderma gangrenoso, enfermedad cutánea inflamatoria poco frecuente que pertenece al espectro de las dermatosis neutrofilicas. OBSERVACIÓN: presentar un caso de EC, asociado a una manifestación extraintestinal poco frecuente. MATERIALES Y MÉTODOS: paciente masculino de 20 años, sin antecedentes de relevancia que se presenta con dolor abdominal, diarrea sanguinolenta y fiebre de 20 días de evolución, asociado a múltiples lesiones cutáneas ampollares, de centro ulcerado, bordes necróticos, con secreción purulenta, dolorosas en miembros superiores, inferiores, rostro y tronco. En el laboratorio, como datos positivos presenta: Hb 8.7/Gb 15600/VSG 89/PCR 1,82 / albúmina 1,9/ calprotectina fecal 290. RESULTADOS: se realiza VCC en la que se evidencia compromiso circunferencial y continuo de la mucosa, con patrón congestivo, en empedrado, con úlceras lineales y áreas cicatrizales, pérdida del patrón vascular, friabilidad y puentes mucosos. Se toman biopsias que informan colitis crónica activa, con plasmocitosis basal, criptitis y granulomas. Asimismo se solicita evaluación con servicio de Dermatología, quienes toman biopsias de las lesiones cutáneas confirmando la sospecha de pioderma gangrenoso. Se inicia tratamiento con hidrocortisona EV. Evoluciona de manera favorable, cediendo los síntomas gastrointestinales y con lenta cicatrización de las lesiones cutáneas. Luego de 15 días se otorga alta hospitalaria con indicación de tapering de corticoides y en plan de inicio de Adalimumab. CONCLUSIONES: el PG es una manifestación extraintestinal de la EII, más común en la colitis ulcerosa (0.6-2.1 %). Es raro encontrarla asociada a EC. Las lesiones, que se presentan habitualmente en miembros inferiores y periostoma, aparecen como ampollas que posteriormente destechan dejando una úlcera profunda y dolorosa con bordes violáceos, con un diámetro de entre 2 y 20 cm, con fenómeno de patergia. El diagnóstico es clínico y de exclusión. Se debe realizar diagnóstico diferencial con infecciones, vasculitis, neoplasias y enfermedad venooclusiva. Puede tener curso paralelo o independiente de la actividad de la EII. El tratamiento es el mismo que el de la EII: corticoides, Infliximab, Adalimumab e inhibidores de la calcineurina. OBSERVACIONES: la asociación de enfermedad de Crohn con pioderma gangrenoso es inusual. El diagnóstico y tratamiento temprano cambia radicalmente la calidad de vida de los pacientes, así como también la tasa de mortalidad.

CC - COLON Y RECTO

Código: 1696

LEUCOPENIA SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB: REPORTE DE CASO

Guillermo Carnevale; Guillermo D'ottavio; Joaquin Montero

Hospital italiano Rosario - Santa Fe - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.1.Enfermedad Inflamatoria

LEUCOPENIA SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB: REPORTE DE CASO. Carnevale, G(1); D'ottavio, G (1); Montero, J (2). (1) Servicio de Gastroenterología, Hospital Italiano Rosario, Argentina. (2) Servicio de Gastroenterología Hospital Centenario, Rosario, Argentina. INTRODUCCIÓN: desde su advenimiento, los fármacos biológicos han revolucionado el tratamiento de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal moderada a severa. Existen diversos efectos adversos asociados, siendo las infecciones graves las de mayor importancia. Otros efectos, se asocian a enfermedad neoplásica (Linfoma) y a procesos sistémicos e inmunológicos como el Sme Lupus Like, entre otros, que por sus características pueden producir citopenias. Finalmente, las citopenias aisladas resultan ser un efecto adverso infrecuente. OBJETIVO: registrar un posible caso de anemia leve, leucopenia y neutropenia moderada, asociada al tratamiento con Adalimumab. Manejo clínico y posibles diagnósticos diferenciales. CASO CLÍNICO: mujer de 32 años, antecedente de hipotiroidismo, Celiaquía con adecuado control. Diagnóstico reciente de colitis ulcerosa tratada con mesalazina vía oral. Intercurre con reactivación moderada a severa y compromiso extenso (PANCOLITIS) corticodependiente. Por tal motivo, previa evaluación infectológica, comienza con tratamiento biológico, siendo ADALIMUMAB el indicado. Luego de 4 meses de mantenimiento persiste con actividad leve – moderada. Se aumenta medicación a 1 dosis semanal logrando de esta manera remisión (criterios truelove – witts <5; calprotectina < 50: MAYO 1 en recto. Luego de 6 meses de tratamiento intensivo se observa en el hemograma de control: anemia (Htco 30.5%) con ferremia normal y leucopenia con neutropenia moderada (2700 GB – 700 neutrófilo), confirmada con extendido de sangre periférica. Paciente asintomática, se reduce la dosis a 1 aplicación cada 15 días y se evalúan diferentes causas: Ig M parvovirus B19 negativo; CMV negativo; causas inmunológicas asociadas a la enfermedad de base o a la medicación biológica: ANTICUERPOS ANTI-LA (SSB): NR; ANTICUERPO ANTI-RO (SSA): NR; FAN: NR; reacción de rose-ragan negativo; LATEX, artritis reumatoidea: <14 UI/ml; PEPTIDO CITRULINADO CÍCLICO AC Ig G: < 20 U/ml-, HLA B27 no detectable. Durante semanas de control se recuperan los valores de Htco y GB y tras reactivación de enfermedad (aumento de las deposiciones y presencia de sangre) se indica espuma de corticoides logrando el control de la reactivación. CONCLUSIÓN: existen numerosos reportes de citopenias asociada con ADALIMUMAB. Dada la infrecuente asociación, el estudio intensivo de las diferentes causas de citopenia en pacientes tratados con ADALIMUMAB resulta fundamental. Si bien no está indicado el control hematológico, sería prudente realizarlo, teniendo en cuenta que dichos trastornos hematológicos asintomáticos pueden resolver reduciendo la dosis o interrumpiendo el tratamiento.

CC - COLON Y RECTO

Código: 1535

LINFOMA NO HODGKIN RECTOCOLONICO EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN SEVERA

Daiana Torres Sasso; Romina Tellechea; Marcela Arias; Cecilia Carraro; Horacio Vazquez; Pablo Tirado; Alicia Sambuelli; Nadia Kujta; Ana Cabanne.

Bonorino Udaondo - BUENOS AIRES - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.1.Enfermedad Inflamatoria

Introducción. Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) presentan una mayor tendencia a desarrollar tumores malignos hematológicos. En la enfermedad de Crohn (EC) hay mayor probabilidad de desarrollar linfoma, especialmente no Hodgkin. La inflamación y la actividad inmune contribuyen a la linfogénesis por estimulación crónica de células B. Son factores de riesgo identificados la aparición temprana, la extensión y la actividad de la enfermedad, el género masculino, la edad (menores de 35 años y mayores de 65 años), la exposición a tiopurinas e infección por el Virus Epstein Barr. Objetivo. Presentar un caso de Linfoma difuso de células B grandes en un paciente con EC extensa de colon y recto, sin adhesión al tratamiento. Caso clínico. Mujer de 43 años con EC diagnosticada a los 12 años. Realizó tratamiento con sulfasalazina, que fue suspendida por anafilaxia, y cursos ocasionales de corticoides. Última reagudización un mes antes de la internación en la que inició Infiximab por severidad del cuadro clínico; no completó la inducción. Motivo de consulta: dolor abdominal localizado en fosa ilíaca izquierda, aumento del número de las deposiciones con moco y sangre (> 10/día), pujos, tenesmo, fiebre y pérdida de peso. Laboratorio: anemia severa, VSG y PCR elevadas, hipalbuminemia y LDH normal. Entero-Tc: marcado engrosamiento de la pared colónica con edema y realce de la mucosa. Compromiso segmentario con mayor afectación del recto, colon sigmoide, transversal proximal y región ileocecal. Sin adenopatías. RSC: recto severamente comprometido, mucosa indurada, poco distensible, estrecha e irregular, exudado fibrinopurulento. Biopsias. La paciente evolucionó con abdomen agudo quirúrgico, mal estado general e inestable hemodinámicamente. Laparotomía

exploradora: resección segmentaria de colon transversal por perforación y colostomía. En recto formación tumoral dura. Posterior a la cirugía la paciente presentó sangrado profuso por ostomía y recto. La anatomía patológica de las biopsias de la RSC y la pieza quirúrgica informaron linfoma difuso de células grandes de tipo B (subtipo no centro germinal). Finalmente, luego de realizar hemo spray inició quimioterapia con esquema R-CHOP, completando 6 ciclos. En este último, la paciente obitó por una complicación en su localidad de origen. Conclusión. Aunque el linfoma difuso de células B grandes primario de colon es un diagnóstico infrecuente, los pacientes con EII, especialmente los que tienen diagnóstico de EC, tienen el doble de probabilidad de desarrollar cualquier tipo de linfoma (aumento del riesgo de 2,1%). El diagnóstico diferencial se debe hacer con un brote severo de actividad de la enfermedad. Debe sospecharse en todo paciente con deterioro del estado general, anemia, fiebre y hepatosplenomegalia.

CC - COLON Y RECTO

Código: 1618

CANCER COLORRECTAL AVANZADO, SÍNDROME DE LYNCH E INMUNOTERAPIA. REPORTE DE CASO

Lucia Gonzalez; Romina Prinsipe; Bárbara Natalia Soto Burgos; Ma Cielo Elaskar; Jorge Ibarra; Alejandro Sola; Jorge Hidalgo; Alejandra Mampel.

COIR - Mendoza - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.2.Neoplasia

Introducción El cáncer colorrectal (CCR) es la tercera enfermedad maligna diagnosticada más frecuentemente y constituye la tercera causa más común de muerte por cáncer en el mundo occidental. Se presenta de forma esporádica en el 65-85% de los casos y en el 10-30% existe agregación familiar. Dentro de los síndromes hereditarios, el Síndrome de Lynch representa 1-5% del total. En este están implicados los genes: MLH1, MSH2, MSH6, PMS1 y PMS2, que participan en los mecanismos de reparación del ADN y se conocen como mismatch repair (MMR). La inestabilidad de microsatélites (MSI) es un marcador genómico que indica ADN dañado. El 50-90% de los individuos con Síndrome de Lynch presentan tumores con una elevada MSI (MSI-H). El porcentaje de tumores colorrectales en estadio IV caracterizados como MSI-H varía del 3.5-5% en diferentes ensayos. Los tumores con déficit de MMR (dMMR) contienen miles de mutaciones, que pueden codificar proteínas mutantes con el potencial de ser reconocidas por el sistema inmune. Por tanto, los tumores dMMR pueden ser sensibles a los inhibidores de la PD-1. Objetivos Destacar la importancia del screening universal en CCR avanzado para Síndrome de Lynch, dada la alta tasa de respuesta y duración de la misma con inmunoterapia. Caso Clínico Varón de 35 años, con antecedentes heredo familiares de cáncer colorrectal. En 2017 inicia estudio por síndrome anémico. En videocolonoscopia se observa lesión úlcero-infiltrante infranqueable a 70 cm del margen anal. El estudio histopatológico reportó infiltración por carcinoma con células en anillo de sello. CEA: 16.74 ng/ml, CA 19.9: 34.5 U/ml. Realizó hemicolectomía derecha informando adenocarcinoma con células en anillo de sello, pT4a N2b M0. Estadio IIIC. Completó adyuvancia con Capecitabine+Oxaliplatino por 8 ciclos. Por elevación de marcadores, se realizó reestadificación que evidencia: metástasis ganglionares cervicales, mediastinales, abdominales y pélvicas e implantes peritoneales y pulmonar en lóbulo inferior de pulmón izquierdo. Inició FOLFIRI (leucovorina, 5-fluorouracilo, irinotecan) y bevacizumab (KRAS mutado) por 3 ciclos, con progresión de enfermedad ganglionar, peritoneal y pulmonar. En estudio de inestabilidad de microsatélites, se detectó inestabilidad en 6 de 8 microsatélites, caracterizando a la muestra como MSI-H. Inició Pembrolizumab en Julio de 2018, con enfermedad estable, completado 17 ciclos hasta la actualidad, con buena tolerancia. Conclusiones El screening de Síndrome de Lynch en CCR avanzado permite programar tratamiento dirigido, con mayor tasa de respuesta y mejor tolerancia. Al mismo tiempo que esto permite realizar la búsqueda de la mutación familiar en potenciales portadores, adoptar medidas de seguimiento y reducción de riesgo para neoplasias asociadas con la posibilidad de realizar controles precoces. Observaciones Alta tasa de respuesta y duración de la misma, con buena tolerancia, en CCR avanzado tratado con inmunoterapia en MSI-H.

CC - COLON Y RECTO

Código: 1370

CARCINOMA ESCAMOSO DE RECTO: REPORTE DE UN CASO

Natalia Mandrilli; Angel Javier Carnaghi; Gladys Filo.

Hospital Zubizarreta - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.2.Neoplasia

Introducción: El diagnóstico de Carcinoma Epidermoide (CE) del tracto gastrointestinal es infrecuente. Los órganos más comúnmente afectados son el esófago y el canal anal. El hallazgo de una CE de recto es excepcional, con una incidencia de 0.1 a 0.25 por 1000 tumores. Poco se conoce acerca de su etiopatogenia, pronóstico y tratamiento óptimo. Objetivo: Presentación de un caso clínico de un tumor rectal de etiología poco común. Paciente: Masculino de 61 años, con antecedentes de tabaquismo (40 pack/year) consulta por alteración del hábito evacuatorio hacia la constipación, pujo, tenesmo y proctorragia ocasional durante los últimos 4 meses. Asocia pérdida de peso de 7 kg. No presentaba lesiones evidentes a la inspección

anal. Métodos, resultados y conclusiones: Se realiza videocolonoscopia: a 10 cm del margen anal, lesión mamelonada, ulcerada, cubierta por fibrina que ocupa el 50% de la luz, franqueable. La anatomía patológica informa mucosa rectal infiltrada por carcinoma epidermoide. Inmunoquímica: Keratina +, Ketatina +, CK7+, CK20 -, P63+. Laboratorio sin hallazgos patológicos. TAC de tórax, abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso: Engrosamiento irregular de paredes del recto que refuerza luego de contraste endovenoso. Conglomerado adenomegálico en región inguinal izquierda. En región inguinal derecha estructura ganglionar de 10 mm. RMN de abdomen y pelvis: En ampolla rectal engrosamiento parietal asimétrico a predominio de sector lateral derecho, de 28x29 mm. Invasión de grasa mesorrectal. Actualmente realizando quimio+ radioterapia, aguardando reestadificación. Conclusión: el CE de recto es una neoplasia rara. Se desconoce su etiología y biología tumoral, por lo que el manejo es discutido y ha sido extrapolado del existente para los adenocarcinomas de recto y los CE de ano. Pareciera adecuada la utilización de quimio/radioterapia de forma aislada o como terapia neoadyuvante Observaciones: Se presenta el caso clínico debido a su extrema baja incidencia en la población. Sin embargo, es un diagnóstico diferencial de los tumores rectales. Un adecuado estudio anatomopatológico resulta fundamental para llegar al diagnóstico certero, y es imprescindible la realización de inmunoquímica.

CC - COLON Y RECTO

Código: 1374

LINFOMA MALT DE COLON

María Elina Erramuspe; Raquel Hermida; Fabiela Chiriano; Javier Villalba.

Hospital Churruca Visca - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.2.Neoplasia

INTRODUCCION: El linfoma MALT (linfoma de tejido linfóide asociado a mucosa) es un tumor esporádico, procede de las células B del MALT, constituye el 8% de los Linfoma No Hodgkin. Sólo el 2,5 % de los linfomas MALT se dan en el colon. Afecta a adultos, promedio 60 años. Las lesiones endoscópicas son variables, solitarias o múltiples, polipoideas, úlceras o nódulos, con alteración de la red vascular. El diagnóstico se sugiere por clínica, imágenes, endoscopia y se confirma por anatomía patológica e inmunoquímica. OBJETIVOS: Presentar una patología de baja prevalencia, con el propósito de revisar la literatura. MATERIALES Y METODOS: Varón de 19 años, antecedentes de asma. Consulta por diarrea crónica 3-4 deposiciones/día, con moco, sin sangre, nocturna, asociada a dolor abdominal cólico, intenso que mejora al evacuar y pérdida de peso significativa. Sin hallazgos patológicos en laboratorio y estudios de materia fecal. Ecografía abdominal: En fosa iliaca derecha asa intestinal aperistáltica de 8 mm y ganglios no adenomegálicos. TAC de abdomen y pelvis: Engrosamiento de colon ascendente y transversal vinculable a proceso inflamatorio. Ganglios discretamente agrandados. Se sospecha enfermedad inflamatoria intestinal. VEDA: Gastropatía crónica, se biopsia. Duodeno: sin lesiones, se biopsia. VCC: Hasta íleon terminal, mucosa ileal con patrón nodular. En sigma y recto parches de mucosa con patrón nodular, pérdida del patrón vascular y dos polipos menores a 5 mm en sigma, se resecan. Se toman biopsias escalonadas. Anatomía patológica: Gastritis crónica con leve actividad y moderada atrofia asociada a *Helicobacter Pylori* (HP). Duodenitis crónica de tipo péptico asociada a HP. Colon sigmoide (Pólipo): Lesión polipoide de elementos linfóides con inmunofenotipo B (Sugiere proceso linfoproliferativo B de bajo grado, posible Linfoma MALT) RESULTADOS: Se realiza tratamiento erradicador de HP con cuádruple terapia por 14 días, con buena respuesta clínica. En seguimiento conjunto con Hematología, se realiza TAC de abdomen control, que no evidencia alteraciones, ni adenomegalias. El paciente evoluciona asintomático, con aumento de peso, dolor abdominal leve, sin diarrea. VCC control: Hasta íleon terminal con patrón nodular. En ciego, transversal y sigma regiones parcheadas con patrón micronodular blanquecino y red vascular conservada. Se biopsian. Anatomía Patológica: lleitis crónica con focal actividad inflamatoria. Colitis y rectitis crónica leve. CONCLUSIONES: El linfoma MALT de colon es una condición clínicamente importante que requiere una evaluación adecuada para guiar la terapia. Hasta el momento no hay pautas terapéuticas claras, debido a la divergencia en los reportes. Se observaron cambios endoscópicos e histológicos significativos dentro de un periodo corto luego del tratamiento con antibióticos. Es necesario aclarar los mecanismos responsables de la efectividad del tratamiento y establecer un protocolo estándar para el seguimiento.

CC - COLON Y RECTO

Código: 1582

LINFOMA PRIMARIO DE COLON, TIPO CÉLULAS DEL MANTO

Rosario Cafure; Sebastián Lozano; Exequiel Bori; Santiago Ojeda; Silvana Lucero; Adriana Idoeta.

Hospital San Roque - Córdoba - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.2.Neoplasia

Cafure R, Lozano S, Bori E, Ojeda S, Lucero S, Idoeta A. Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva – Hospital San Roque – Córdoba. INTRODUCCION: El linfoma gastrointestinal (GI) es un tumor de estirpe linfóide que afecta de forma primaria al tubo digestivo. Es un linfoma no Hodgkin (LNH), en donde el tracto GI

es la afectación extraganglionar más frecuente (30-40%). La mayoría es de estirpe B (tejido linfóide asociado a mucosas). Representa el 1 a 4% de los tumores malignos GI. La localización más frecuente es estómago (68%) y la menos frecuente es colon (1%). El linfoma colónico del manto representa el 3-6% de LNH. Incidencia. Edad 50-60 años. Se localizan en ciego (57%) y menos frecuente, en colon descendente (5%). Para su diagnóstico se requieren análisis inmunofenotípicos, inmunogenéticos y los Criterios de Dawson. Se manifiesta en estadios avanzados con afectación de médula ósea (MO), sangre periférica y linfadenopatías. Su tratamiento es combinado con quimioterapia y cirugía. OBJETIVO Reportar un caso de linfoma primario de colon, en una localización infrecuente, colon descendente. Revisión de la literatura. MATERIAL Y METODOS Paciente de sexo masculino de 56 años de edad, hipertenso y apendicectomizado. Consulta por cuadro de 4 meses de evolución, con pérdida de 8kg de peso, deposiciones blandas (Bristol 5), 1-2 por día, con moco y sangre y dolor abdominal cólico, generalizado, diurno y sin relación con la ingesta ni con la evacuación. Examen físico: signos vitales normales, abdomen plano, blando, depresible, indoloro, no visceromegalias, RHA (+), timpánico. Tacto rectal, esfínter tónico, ampolla rectal libre, paredes lisas, dedil con sangre fresca. Diagnóstico: Laboratorio normal y serología viral negativa. Videocolonoscopia: a ciego, Boston 8/9, a los 60cm de margen anal, colon descendente, lesión de crecimiento lateral (Paris 0-IIa) de aproximadamente 20mm. A los 20cm de margen anal lesión subpediculada (Paris I-ps), de 40mm, que ocupa toda la luz con áreas ulceradas, exudado en superficie, friable al roce y con sangrado espontáneo. Biopsias de mucosa sana y de lesiones: Proliferación de células de aspecto linfóide, núcleos hiperromáticos y escaso citoplasma que se disponen formando complejos linfocitales. Inmunoquímica Ki67 70%, CD20 +, BCL2 +, CICLINA D +. Diagnóstico Linfoma de Células del Manto. Tomografía Cuello, tórax, abdomen y pelvis, con contraste: Afectación ganglionar múltiple supradiaphragmática. Ecocardiograma (estadificación). Punción aspirativa de MO normal. Tratamiento: Prefase con prednisona 40 mg 5 días y Rituximab 500 mg. R-CHOP y R-DHAP. CONCLUSION El linfoma colónico del manto es una entidad poco frecuente que afecta a pacientes de la quinta- sexta década de la vida, con mayor compromiso de ciego y colon ascendente. Su curso clínico es muy agresivo y debido a la rareza de la enfermedad, aun no se define una terapia óptima.

CC - COLON Y RECTO

Código: 1558

REPORTE DE CASO: LINFOMA PRIMARIO DE RECTO

María Julia Varela; Catalina Kindgard; Hernán Bracone; Carlos Alberto Rafael Cappelletti; José La Vía; María Macarena Martínez Boero; Santiago Regnasco; Emilia Cristina Saá.

Hospital General de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano" - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.2.Neoplasia

INTRODUCCIÓN: El linfoma de origen rectal es una entidad de muy baja prevalencia. Si bien su localización intestinal es la más frecuente de las presentaciones extranodales, la ubicación en recto representa menos del 10% de los casos. Con una presentación clínica inespecífica para la patología, a diferencia de otras localizaciones, permite mayor accesibilidad para el diagnóstico. CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 27 años, venezolano, sin antecedentes personales o familiares patológicos. Consultó en consultorio de Gastroenterología por cuadro clínico que inició 8 meses previos a la consulta, presentando dolor abdominal difuso, disminución de peso de 15 kg. en 6 meses, habiendo sido internado en dos oportunidades en otro nosocomio por suboclusión intestinal y retención aguda de orina. Se le realizó en dichos episodios tomografía de abdomen y pelvis con doble contraste, donde se evidenciaron múltiples masas pélvicas, las mayores de 100x75mm. y de 50x50mm., que desplazan recto; adenomegalias retroperitoneales, intestinales e ilíacas formando conglomerados; engrosamiento en sigma en territorio diverticular. Se le realizó biopsia ganglionar presentando hiperplasia folicular reactiva. Laboratorio de rutina sin particularidades; HIV / Hepatitis B y C / Citomegalovirus y Ebstein Barr negativos. Valorado por hematología, se decidió iniciar corticoides sistémicos orales, con empeoramiento del cuadro clínico. Al momento de la consulta, el paciente refirió dolor en hipogastrio, estreñimiento con heces acintadas y esfuerzo evacuatorio asociado a distensión abdominal. Se le solicitó videocolonoscopia, constatando: Boston 3/9 (hasta Ciego); en recto desde los 5 cm. hasta los 15 cm. del margen anal, lesión mamelonada, friable y sangrante al roce instrumental, que ocupa la totalidad de la circunferencia y más del 50% de la luz colónica, siendo franqueable al paso del endoscopio. Las biopsias de la lesión evidenciaron: BCL6 positivo, CD5/BCL2/CD10/MUM1/Ciclina D1 negativos; Ki67 con un índice de proliferación del 85%, con diagnóstico de LINFOMA NO HODGKIN B DE ALTO GRADO. OBSERVACIONES: El linfoma extranodal de asiento en el tracto digestivo se ubica predominantemente en estómago e intestino delgado; en menos del 10% de los casos se localiza en colon y recto, representando menos del 0,5% de las neoplasias malignas en dicho territorio. Este caso clínico, tras la revisión bibliográfica, no coincide con la media de edad de presentación y su localización habitual, a pesar de no contar con factores de riesgo para dicha región.

CC - COLON Y RECTO

Código: 1461

STOP EN EL TRÁNSITO

Giovanna Porfilio Gularte; María Milena Llera Sosa; Estela Parra; Diego Sartori.

Hospital Escuela de Agudos Ramon Madariaga - Misiones - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.3.Motilidad

Introducción La Pseudoobstrucción intestinal idiopática crónica es un síndrome poco frecuente y altamente mórbido caracterizado por un deterioro de la propulsión gastrointestinal. Objetivos: Determinar la causa de la obstrucción intestinal. Paciente Femenina de 37 años con antecedente de Constipación desde la infancia asociado a episodios intermitentes de dolor abdominal, distensión y vómitos alimentarios. Además, presenta diagnóstico de trastorno de somatización medicada con pregabalina, sertralina, clonazepam y quetiapina. En Colon por enema se evidencia Dolico megacolon realizándose en Mayo de 2018 colectomía de 22 cm de colon descendente laparoscópica con anatomía patológica que informa preservación de los distintos componentes de la pared colónica y presencia de células ganglionares. Evolucionó en el Post operatorio sin mejoría clínica, continuando con trastornos en la evacuación, distensión y dolor abdominal por lo cual consulta al servicio de Gastroenterología e iniciándose plan de estudio de megacolon. En analítica se descartó causa metabólica e infecciosa. Se realiza tiempo de tránsito colónico con marcadores la cual evidencia el 40% de los anillos retenidos a nivel del ángulo esplénico al quinto día. En Videoesndoscopia Digestiva Alta se observa gastropatía congestiva y en Videocolonoscpia se evidencia de pólipos hiperplásicos y fisura anal. Se realizó Enterotomografía en donde no se observan lesiones parietales ni endoluminales. Proceidiéndose a la realización de estudios manométricos. Resultados: Manometría de alta resolución esofágica de alta resolución: esfínter esofágico inferior en el límite inferior normal y motilidad esofágica ineficaz. Manometría convencional anorrectal: hipotonía del esfínter anal externo así como hiposensibilidad de la ampolla rectal. Presencia del reflejo recto anal inhibidor. Manometría antroduodeno yeyunal: fase 1, 2 y 3 con ausencia del complejo motor migratorio y patrón antiperistáltico y manometría colónica con actividad propagada de baja amplitud con persistencia del mismo posterior a la administración de estimulantes. Conclusión: Se asume el cuadro como Pseudoobstrucción intestinal crónica idiopática por ser una paciente con episodios intermitentes de obstrucción intestinal originados por la afectación de la motilidad intestinal de naturaleza miopática y neuropática asociándose a un empeoramiento del mismo luego, de la resección quirúrgica siendo presentación habitual en estos pacientes. Se inicia con tratamiento con prucalopride, linaclotide a dosis máxima asociado a laxante osmótico con regular respuesta al tratamiento. Observaciones: Al ser una patología poco frecuente con una gran afectación de la calidad de vida no encontrándose criterios definidos a nivel histológico que puedan beneficiar al diagnóstico es fundamental generar nuevos enfoques terapéuticos para evitar cirugías innecesarias y que no, se etiqueten estos pacientes como psiquiátricos.

CC - COLON Y RECTO

Código: 1507

COLITIS EOSINOFILICA COMO MANIFESTACION DE SINDROME DE HIPERIGE

Carmen Otegui Banno; Teresita Gonzalez; Paula Borobia; Luciana Guzman; Lorena Menendez; Carlos Muller; Fernanda Vargas; Diana Cabanillas; Lorena Regairaz; Florencia Recalde.

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA - BUENOS AIRES - ARGENTINA

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.4.Miscelánea

Introducción: Los trastornos eosinofílicos (TE) gastrointestinales son un grupo heterogéneo e infrecuente de desórdenes caracterizados por infiltrado eosinofílico en uno o más segmentos del tracto gastrointestinal, en ausencia de otras causas de eosinofilia, consecuencia de una respuesta inmune tipo Th2, probablemente inducida por alérgenos alimentarios. Se define Colitis eosinofílica (CE) con 60 o más eosinófilos (Eo) por campo de gran aumento (CGA) en la biopsia más síntomas gastrointestinales. Puede encontrarse aislada o como parte del Síndrome de Hiper IgE (HIES), el cual es una Inmunodeficiencia primaria combinada, de baja prevalencia. La forma autosómica recesiva (AR) por déficit de proteína DOCK8 condiciona su déficit intracelular y señalización intracelular defectuosa en diversos tejidos: células hematopoyéticas, mononucleares, de riñón, pulmón, cerebro, etc. Se sospecha por parámetros clínicos y analíticos con confirmación por biología molecular (Tabla 1). El único tratamiento curativo es el trasplante de precursores

hematopoyéticos. Objetivo: Describir clínica y endoscópicamente un caso clínico de CE y HIES AR. Caso clínico: Niño de 8 años que consulta por fiebre, diarrea, dolor abdominal cólico, intenso, de 2 días de evolución. Las deposiciones eran 2-4/día, diurnas, acuosas, sin sangre moco ni pus, sin limitación de la actividad física ni deshidratación. Presentó episodio similar meses antes, con deposiciones alterantes entre ellos. Antecedentes personales: destacan dermatitis atópica severa desde los 2 meses de vida, aftas orales recurrentes, crisis bronco obstructivas a repetición, crisis de ausencia. Examen físico: abdomen distendido, doloroso, sin reacción peritoneal. Ecema liquenificado generalizado, pruriginoso. Estancamiento ponderal desde los 6 años. Exámenes complementarios: estancamiento hemoglobina 10 g/dl, leucocitos 13500/mm3 (Eo 12%), plaquetas 374000/mm3, eritrosedimentación 39 mm/hora, proteínas totales 50 g/l, albúmina 25 g/l, IgG 1712 mg/dl, IgE 7180 mg/dl, IgA tTG, IgG DPG, p-ANCA, ASCA negativos, calprotectina fecal 400 ug/gr, coprocultivo, virológico y parasitológico negativos. Se descartan causas quirúrgicas de abdomen agudo. Diagnóstico presuntivo: enfermedad inflamatoria intestinal, TE. Se realizan Videoesndoscopia digestiva alta y baja: macroscopia s/p. Histopatología: gastritis granulomatosa, CE. Se completan estudios: IgE específicas 6 alérgenos alimentarios clase 0. Tratamiento: dieta de exclusión de 6 alérgenos y Meprednisona. Buena respuesta cutánea y gastrointestinal. Los antecedentes, hallazgos clínicos y de laboratorio orientaron a un trastorno sistémico, por lo que se realiza evaluación por Inmunología, arribando al diagnóstico de HIES AR por deficiencia de proteína DOCK8. Observaciones: Excluídas las causas más frecuentes de diarrea crónica en pediatría, debe descartarse la CE. Es necesario valorar integralmente al paciente y sospechar su asociación con trastornos inmuno-alérgicos sistémicos.

CC - COLON Y RECTO

Código: 1473

DESÓRDENES EOSINOFÍLICOS GASTROINTESTINALES Y SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Paula Galletto; Paula Perez.

Instituto Medico Platense - Gran Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.4.Miscelánea

INTRODUCCION: Los desórdenes eosinofílicos gastrointestinales (DEGI) son trastornos inmunomediados caracterizados por la infiltración eosinofílica del tracto gastrointestinal en asociación con alérgenos dietarios. El síndrome hipereosinofílico (SH) idiopático se caracteriza por la presencia de >1500 eosinófilos (eos)/mm3 en sangre de forma persistente con lesión en órgano blanco sin etiología evidente; ambos pueden asociarse incrementando así la mortalidad. Presentamos el caso de una paciente con criterios para DEGI e hipereosinofilia. CASO: Paciente de 44 años derivada por cuadro de dolor abdominal y ascitis de 3 años de evolución, asociando luego diarrea, disfagia, hipereosinofilia periférica sostenida y pérdida de peso. Realizamos: VEDA duodenitis erosiva; VCC mucosa sin lesiones; histología: esófago superior acantopapilomatosis, >25 eos/hpf con transmigración epitelial y tendencia a la agrupación; esófago inferior acantosis leve; duodeno normal; ileon >80 eos/hpf; colon 60 eos/hpf; laboratorio: hb 11, gb 6000, eos 1%, alb 3.2, prot t 5.6, b12 546; frotis de sangre normal; HIV/coproparasitológico negativos; ecocardiograma normal; TAC engrosamiento circunferencial esofágico 9 mm. Se indica esomeprazol 40 mg/día y budesonide 9 mg/día. La paciente presenta remisión clínica, en plan de control histológico. REVISION: Los DEGI corresponden a un grupo de enfermedades caracterizadas por la infiltración patológica de eos en el tracto digestivo. Los síntomas dependen de la localización y de la extensión en relación con la capa de la pared intestinal comprometida, siendo la más infrecuente la variante subserosa (ascitis eosinofílica). La esofagitis eosinofílica (EoE) es la forma más frecuente (prevalencia de 4,5-10,4/10000 vs 3,3/100000 en colitis eosinofílica). El diagnóstico se basa en la presencia de infiltrado eosinofílico en la biopsia, no existe consenso con respecto al valor de corte a excepción del esófago (>15 eos/hpf). El compromiso gastrointestinal en el SH es el 3º en frecuencia, su incidencia estimada es de 0,0018/100000 personas/año. El curso clínico varía, pudiendo ser fatal, siendo las causas de muerte la disfunción cardíaca, la infección y las neoplasias. El diagnóstico diferencial para eosinofilia incluye: alergia, hipersensibilidad a drogas, infecciones (especialmente S. stercoralis), neoplasias, Enfermedad Inflamatoria Intestinal, DEGI. El objetivo del tratamiento es prevenir y mitigar el daño de órgano irreversible. En el SH idiopático y en los DEGI se utilizan los corticoides. Otros incluyen: hidroxiurea, metotrexato, imatinib y mepolizumab (anti IL-5). Con respecto a la EoE, la terapéutica incluye los inhibidores de la bomba de protones y las dietas de eliminación. OBSERVACIÓN: Consideramos necesario incluir a los DEGI en el diagnóstico diferencial de disfagia, diarrea y/o ascitis, permitiendo el diagnóstico precoz y evitando así la progresión hacia la fibrosis y disfunción del órgano.

CC - COLON Y RECTO

Código: 1367

INTUSUSCEPCIÓN ILEOCÓLICA IDIOPÁTICA EN UN PACIENTE ADULTO. REPORTE DE UN CASO

Tatiana Noemi Uehara; Alejandro Ferrari Boniver; Uber Eduardo Forgiore; Diego Dip.

Sanatorio San José - CABA - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.4.Miscelánea

Introducción La intususcepción intestinal se define como la introducción o invaginación de un segmento del intestino dentro de otro adyacente. En este reporte de caso describimos una intususcepción intestinal idiopática en un paciente adulto que constituye una causa rara de obstrucción intestinal. Caso clínico Un varón de 35 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia e insuficiencia renal crónica en hemodiálisis a través de fístula arteriovenosa, consultó por hematoquecia asociada a dolor abdominal y vómitos de 24 horas de evolución. A su ingreso se encontraba lúcido, estable hemodinámicamente, con abdomen levemente distendido, ruidos hidroaéreos aumentados y escaso dolor abdominal a predominio de flanco y fosa iliaca derecha sin defensa ni reacción peritoneal, en el examen digital rectal presentaba estrías de sangre. Al laboratorio de ingreso hematócrito de 41.5%, leucocitos 8700 cel/ml, urea 115 mg%, creatinina 13 mg%, amilasa 113 U/L, LDH 245 U/L, hepatograma, coagulograma y enzimas cardíacas dentro de valores normales. Se realizó una tomografía de abdomen y pelvis con contraste que informó signos de intususcepción ileocólica con imagen ovalada de densidad grasa en su interior que podría corresponder a "lipoma" sin signos de isquemia. Luego se realizó una videocolonoscopia en donde se observó en colon ascendente una tumoración rojo vinosa friable que ocupa la totalidad de la luz con áreas de aspecto necrótico que no se movilizaba. Se realizó inmediatamente posterior a la endoscopia una laparoscopia convertida en donde se evidencia intususcepción ileocólica que no se logró reducir por lo que se realizó una hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis. El estudio histopatológico del material quirúrgico evidenció necrosis isquémica sin atipia u otras lesiones asociadas, por lo que se interpretó como una intususcepción intestinal idiopática. Conclusiones El 90% de las intususcepciones intestinales del adulto (IIA), se deben a una causa secundaria (benigna o maligna). El 10% corresponden a intususcepción intestinal primaria o idiopática, cuyo mecanismo es desconocido y ocurre principalmente en el intestino delgado. La edad media de presentación es de 49.3 años. La relación hombre-mujer es de 1:1.3. Los sitios más frecuentes de las IIA son las entéricas (42%) seguidas por las ileocólicas (32%) y colocolónicas (26%). La presentación clínica es variable, frecuentemente presentan dolor abdominal (70-90%). En el adulto es una entidad rara que representa el 1% de las causas de obstrucciones intestinales. Tradicionalmente el manejo de la intususcepción en el adulto es quirúrgico dada la alta incidencia de causas malignas precipitantes; aunque en aquellos que presentan síntomas vagos, sospecha de patología benigna y no evidencien síntomas de isquemia u obstrucción se sugiere manejo conservador Observación: comunicación simple, asociación infrecuente.

CC - COLON Y RECTO

Código: 1525

UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DESAFIANTE: ENFERMEDAD DE CROHN VS TUBERCULOSIS INTESTINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

María Virginia Jensen; Lucía Paula Portillo; Judith Arenas Tenenbaum; Gisela Luce-ro; Ramiro Calcagno; Juan Romeo; Beatriz Parisi; Ana Lia Ghirald; Eduardo Marini.

Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía - CABA - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.4.Miscelánea

Introducción La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa, considerada una patología de gran importancia para la Salud Pública. La TBC intestinal es la sexta causa de presentación extra pulmonar. Junto a la enfermedad de Crohn (EC) son enfermedades crónicas granulomatosas del intestino, y aunque estas enfermedades tienen manifestaciones clínicas similares, su pronóstico y tratamiento son sumamente diferentes, e incluso el tratamiento de la EC puede desencadenar complicaciones en la TBC intestinal favoreciendo su extensión. Por los motivos previamente mencionados decidimos presentar este caso clínico. Caso clínico Paciente de 46 años proveniente de Perú, con diagnóstico previo en otro centro de EC desde 2016 en contexto de dolor abdominal, pérdida de peso y deposiciones acuosas con sangre, ASCA positivo, y PPD negativa, que presentó al momento del diagnóstico VCC donde se progresa hasta ciego observándose mucosa de colon derecho de aspecto congestivo, y múltiples ulceraciones.

Cercano a fondo cecal, se observa disminución del calibre de la luz, el resto de la mucosa de aspecto normal. Se toman biopsias que informan colitis crónica granulomatosa, Ziehl Neelsen negativo, e inicia tratamiento con Mesalazina 3 gr/día (Pentasa). Concorre a nuestro hospital en contexto de colecistitis aguda y decide continuar seguimiento en nuestro servicio. El 13/06/17 se realiza VEDA sin hallazgos patológicos y VCC que evidencia válvula ileocecal abierta y en colon ascendente cercano a ciego disminución del calibre de la luz intestinal, con mucosa normal. Se toman biopsias que informan mucosa hipotrófica con moderado infiltrado inflamatorio y nódulo linfoide. Colon ascendente con mucosa regenerativa con pérdida de mucosecreción y focos de metaplasia de Células de Paneth, resto sin hallazgos patológicos. Con este resultado, se decide continuar tratamiento instaurado y control al año. El 10/08/18 se realiza nueva VCC donde se observa válvula ileocecal entreabierta y fondo cecal deformado, con úlcera lineal de 7 mm con fondo fibrinoso rodeado de mucosa de aspecto normal. Distal a la válvula se observa un pliegue circunferencial en forma de anillo que no se distiende, de aspecto secuelar con úlcera de fondo fibrinoso de 1 cm, que se biopsia y se envía para cultivo, resultando positiva para Mycobacterium Tuberculosis. La paciente es derivada a servicio de Infectología para comenzar tratamiento con antifímicos. Conclusión Luego de 8 meses de tratamiento con antifímicos evoluciona favorablemente, por lo que se realiza una nueva VCC que evidencia resolución completa de las lesiones. Actualmente la paciente continúa tratamiento antifímico en segunda fase.

CC - COLON Y RECTO

Código: 1614

COLITIS EOSINOFÍLICA PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Erick Cedeño; Florencia Nadia García; Marcela Arias; Cecilia Carraro; Florencia Costa; Eduardo Mauriño; Sonia Niveloni; Horacio Vazquez; Ignacio Brichta.

Htal Udaondo - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 4.Colon y Recto 4.Colon y Recto

Introducción. La colitis eosinofílica (CE) primaria es la entidad más rara de los trastornos gastrointestinales eosinofílicos. Su etiología es desconocida. Se caracteriza por una intensa infiltración eosinofílica aislada, con abscesos crípticos y desgranulación eosinofílica, que puede involucrar segmentos del colon o ser pancolónica. La CE secundaria evidencia un infiltrado inflamatorio mixto a predominio de eosinófilos con causa conocida (infecciones parasitarias, medicamentos o enfermedades inflamatorias intestinales). Tiene una edad de presentación de distribución bimodal (infantes y adultos jóvenes). Los síntomas frecuentes son diarrea crónica, dolor abdominal, anorexia y pérdida de peso. Las manifestaciones clínicas de la CE dependen principalmente de la capa colónica más afectada. No hay presentaciones clínicas que diferencien la enfermedad colónica del compromiso gástrico y/o del intestino delgado. Objetivo. Presentación de un caso clínico. Caso clínico. Mujer de 45 años. Antecedentes: asma bronquial. Motivo de consulta: diarrea, 4-5 dep/día, Bristol 6-7, sin sangre, moco o pus, y pérdida de peso de 1 año de evolución. Laboratorio: eosinófilos séricos normales, hipogammaglobulina, dosaje de IgE normal. Volumen de MF: 205 gr/24hs; esteatocrito, clearance de alfa 1-antitripsina, directo de materia fecal, cultivo y parasitológico seriados, toxina para C. Difficile y TAE c/glucosa resultaron negativos. EnteroTC: pérdida de haustraciones en colon descendente y sigma con engrosamiento parietal. VEDA: normal. Biopsias de esófago, estómago y duodeno con ausencia de eosinófilos. VCC: normal con biopsias escalonadas. AP: lámina propia con infiltrado linfoplasmocitario y eosinófilos dispersos/agrupados con distribución irregular, >30/CGA, abscesos crípticos y exocitosis eosinofílica focal. Evolución: tratado con deltisona 40 mg/día con mejoría de las deposiciones. Se rota a budesonida 9 mg/día. El paciente suspende el tratamiento por razones económicas. Se rota a montelukast con recaída clínica por lo que se interna. Se repiten los estudios: TC, ecografía, VEDA y VCC con resultados normales. Recibió hidrocortisona EV con mejoría clínica. Actualmente con budesonida. Conclusión. La CE primaria requiere un alto índice de sospecha y la biopsia es esencial para el diagnóstico. No existe un acuerdo general sobre el punto de corte de eosinófilos en la biopsia, depende del segmento comprometido y si la CE es primaria (más de 64 eosinófilos/cpo) o secundaria (no supera los 50 eosinófilos/cpo). La terapia con corticoides es el tratamiento con mayor efectividad, con respuesta clínica en el 90% de los casos, pero con recaídas frecuentes. Los tratamientos alternativos (inhibidores de leucotrienos, inmunomoduladores o anticuerpos monoclonales para IL-5) tienen respuesta variable. No hay estudios prospectivos a largo plazo que recomienden un plan de seguimiento o pautas claras de tratamiento.

CC - VESÍCULA Y VÍAS BILIARES

Código: 1511

TUMOR DE ABRIKOSOFF APENDICULAR, UN TUMOR INFRECUENTE DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA*Mauricio Luis Higa; Josefina Etchevers; Victor Hugo Abecia Soria; Mariano Martín Marcolongo.*

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES - BUENOS AIRES - ARGENTINA

Área Temática: 5.Vesícula y Vías Biliares 5.2.Neoplasia

a) INTRODUCCIÓN. El tumor de Abrikosoff o tumor de células granulares es una neoplasia benigna e infrecuente, probablemente de origen neural a partir de las células de Schwann. Clínicamente se manifiesta como un nódulo solitario y asintomático, y su etiopatogenia ha estado ampliamente debatida en la literatura, fue descrito por primera vez en 1926 por Alexei Ivanovich Abrikosoff. Puede diagnosticarse a cualquier edad, con un rango de 20 a 60 años según la literatura. La recurrencia cuando existe malignidad suele ser mayor, del 30 a 40% (recurrencia local) y 60% para metástasis. b) CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 62 años concurre a la institución para realizar videocolonoscopia de vigilancia. Se progresa hasta ciego, identificándose la válvula ileocecal. En fondo de ciego, se observa imagen compatible con eversion apendicular en donde asienta lesión plana elevada de +/- 1,5 cm cubierta de mucosa de aspecto normal. Se decide resección con técnica de mucosotomía. La anatomía patológica evidencia a nivel de submucosa lesión nodular compuesta por proliferación de células con núcleos monomorfos, abundante citoplasma finamente vacuolado y bordes citoplasmáticos definidos. Estroma fibro-hialino. Técnica de PAS con reacción positiva focal, S-100: Reacción positiva difusa. Compatible con Tumor de Células Granulosas (Tumor de Abrikosoff). c) OBSERVACIÓN: Se presenta un caso de Tumor de Abrikosoff de ubicación atípica. Se localiza habitualmente en la cavidad oral en un 40%, piel y tejido subcutáneo en un 30%, mama 15% y tracto respiratorio 15%. A nivel gastrointestinal son infrecuentes en un 8% donde afectan predominantemente en esófago seguido de estómago, duodeno, colon y recto. El pronóstico es favorable. Con riesgo de malignidad bajo y una recurrencia general de 3 a 5%. A pesar de que no hay consenso con respecto al manejo de estos pacientes, en caso de tumores mayores de 10 mm, crecimiento rápido, características histológicas de malignidad y tumores sintomáticos, la indicación es quirúrgica. Dado el bajo potencial de malignidad en el resto de los casos, se puede considerar una conducta expectante de seguimiento. En el caso de nuestra paciente se logró una resección exitosa y completa del tumor decidiendo así, seguimiento endoscópico cada 12 meses. Como conclusión, si bien el tumor de abrikosoff es infrecuente, debe incluirse dentro de los diagnósticos diferenciales de lesiones apendiculares halladas en videocolonoscopias.

CC - VESÍCULA Y VÍAS BILIARES

Código: 1510

TUMOR DE ABRIKOSOFF APENDICULAR, UN TUMOR INFRECUENTE DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA*Mauricio Higa; Josefina Etchevers; Mariano Marcolongo.*

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES - BUENOS AIRES - ARGENTINA

Área Temática: 5.Vesícula y Vías Biliares 5.2.Neoplasia

a) INTRODUCCIÓN. El tumor de Abrikosoff o tumor de células granulares es una neoplasia benigna e infrecuente, probablemente de origen neural a partir de las células de Schwann. Clínicamente se manifiesta como un nódulo solitario y asintomático, y su etiopatogenia ha estado ampliamente debatida en la literatura, fue descrito por primera vez en 1926 por Alexei Ivanovich Abrikosoff. Puede diagnosticarse a cualquier edad, con un rango de 20 a 60 años según la literatura. La recurrencia cuando existe malignidad suele ser mayor, del 30 a 40% (recurrencia local) y 60% para metástasis. b) CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 62 años concurre a la institución para realizar videocolonoscopia de vigilancia. Se progresa hasta ciego, identificándose la válvula ileocecal. En fondo de ciego, se observa imagen compatible con eversion apendicular en donde asienta lesión plana elevada de +/- 1,5 cm cubierta de mucosa de aspecto normal. Se decide resección con técnica de mucosotomía. La anatomía patológica evidencia a nivel de submucosa lesión nodular compuesta por proliferación de células con núcleos monomorfos, abundante citoplasma finamente vacuolado y bordes citoplasmáticos definidos. Estroma fibro-hialino. Técnica de PAS con reacción positiva focal, S-100: Reacción positiva difusa. Compatible con Tumor de Células Granulosas (Tumor de Abrikosoff). c) OBSERVACIÓN: Se presenta un caso de Tumor de Abrikosoff de ubicación atípica. Se localiza habitualmente en la cavidad oral en un 40%, piel y tejido subcutáneo en un 30%, mama 15% y tracto respiratorio 15%. A nivel gastrointestinal son infrecuentes en un 8% donde afectan predominantemente en esófago seguido de estómago, duodeno, colon y recto. El pronóstico es favorable. Con riesgo de malignidad bajo y una recurrencia general de 3 a 5%. A pesar de que no hay consenso con respecto al manejo de estos pacientes, en caso de tumores mayores de 10 mm, crecimiento rápido, características histológicas de malignidad y tumores sintomáticos, la indicación es quirúrgica. Dado el bajo potencial de malignidad en el resto de los casos, se puede

considerar una conducta expectante de seguimiento. En el caso de nuestra paciente se logró una resección exitosa y completa del tumor decidiendo así, seguimiento endoscópico cada 12 meses. Como conclusión, si bien el tumor de abrikosoff es infrecuente, debe incluirse dentro de los diagnósticos diferenciales de lesiones apendiculares halladas en videocolonoscopias.

CC - VESÍCULA Y VÍAS BILIARES

Código: 1695

COLANGIOPATÍA POR IGG4*Aldana Martín.*

Hospital Udaondo - CABA - Argentina

Área Temática: 5.Vesícula y Vías Biliares 5.3.Obstrucción Biliar no Neoplásica

AUTORES: Martín, Aldana; Arias, Marcela; Carraro, Cecilia; Cartier, Mariano; Romero, Gustavo; Pérez Fernández, Ignacio; Salanova, Rubén. Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina. INTRODUCCIÓN: La colangiopatía por IgG4 es una patología autoinmune que se caracteriza por infiltración tisular de células plasmáticas IgG4 (+) con fibrosis estoriforme y/o flebitis obliterativa que provoca estenosis o engrosamiento de los conductos biliares asociada al aumento de IgG4 sérica y buena respuesta a corticoides. Con frecuencia se asocia a pancreatitis autoinmune. OBJETIVO: Presentación de un caso clínico CASO CLÍNICO: Masculino de 67 años. Anamnesis: Sospecha de tumor de Klatskin (Bismuth 3A), con colocación de drenaje biliar derecho en otra institución. Consulta por ictericia, astenia y pérdida de peso. Examen físico: Performance Status 1, ictericia, drenaje biliar permeable, dolor en hipocondrio derecho. Exámenes complementarios: Laboratorio: HTO 35%, GOT 69 U/l, GPT 91 U/l, FAL 157 U/l, BT 5.22 mg/dl (BD 2.67 mg/dl). CRM: Vía biliar intrahepática de aspecto irregular que compromete principalmente ramas derechas, caída de señal en conducto hepático común y emergencia de ambos conductos principales a predominio del lado derecho asociado a engrosamiento parietal con realce tras la inyección de gadolinio. Diagnóstico: Estenosis inflamatoria vs neoplasia. Evolución: Con intención de resear dicha lesión se emboliza selectivamente la vena porta derecha. Se realiza imagen control donde persiste la estenosis en ausencia de compromiso extraluminal. Intercurre con colecistitis aguda. Se realiza colecistectomía. AP: Colecistitis crónica. Presencia de plasmocitos IgG4 + (30 células x CGA). IgG4 sérica 648 mg/dl (VN: 157). Se interpreta como probable Colangiopatía por IgG4. Inicia tratamiento con meprednisona con mejoría del patrón de colestasis a partir de los 7 días. CONCLUSIÓN: Se presenta el caso debido a que la prevalencia de la Colangitis por IgG4 como entidad independiente es incierta. La sospecha favorece el diagnóstico, destacándose la importancia de diferenciarla de patologías tales como CEP, colangiocarcinoma y cáncer de páncreas cuyo pronóstico difiere notablemente y los tratamientos son diferentes.

CC - VESÍCULA Y VÍAS BILIARES

Código: 1498

COLECISTITIS ALITIÁSICA POR VIRUS EPSTEIN BARR, REPORTE DE UN CASO*Alejandro Fuster; Martín Chiaraviglio; Pablo Locicero; Juan Ignacio Amelong; Ricardo Abramovich; Sergio Fuster.*

Sanatorio de la Mujer - Centro de Gastroenterología de Rosario - Santa Fe - Argentina

Área Temática: 5.Vesícula y Vías Biliares 5.4.Miscelánea

La infección por Virus de Epstein Barr (VEB) se manifiesta habitualmente con fiebre, faringitis, adenopatías, hepatoesplenomegalia, linfomonocitosis, y elevación de enzimas hepáticas. La colecistitis aguda alitiásica (CAA) se encuentra más comúnmente asociada a situaciones de deterioro clínico severo, con requerimiento de antibioticoterapia e intervención quirúrgica en la mayoría de los casos, siendo muy infrecuente su presentación en una primoinfección por VEB. Presentamos un caso de infección primaria por VEB y CAA asociada. Se trató de una paciente mujer de 18 años, con diagnóstico de mononucleosis infecciosa 10 días previos a la consulta, que acudió a nuestro centro por cuadro de 48 hs de evolución caracterizado por dolor abdominal continuo, localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, asociado a fiebre, vómitos, e ictericia. Al ingreso presentaba defensa en hipocondrio derecho, leucocitos 14,960/ml; linfocitos 62%; monocitos 18%; ALT 330 U/L AST 241 U/L, FAL 125 U/L bilirrubina total 2,7 mg/dl, directa 2 mg/dl, IgM e IgG anti antígeno de cápside de VEB positivos. Resto de serologías virales negativas. Se le realizó ecografía de abdomen que evidenció vesícula biliar distendida, alitiásica, de paredes engrosadas de 6.6mm de espesor y vía biliar no dilatada. Se realizaron hemocultivos y se inició antibioticoterapia empírica cubriendo foco biliar. Evolucionó con descenso en las enzimas hepáticas y desaparición de la fiebre y vómitos. Luego de 48 horas de internación no presentaba dolor abdominal espontáneo, por lo que se reinició dieta con buena tolerancia y se suspendieron antibióticos en ausencia de rescates bacteriológicos. Se le realizó ecografía de control a las 72 horas de internación que evidenció pared vesicular de 5.1mm, tras lo cual fue dada de alta. Se controló evolu-

ción ambulatoriamente con resolución ecográfica y bioquímica ad íntegram. Observaciones: En la literatura se describen 38 casos de colecistitis alitiásica asociada a infección por VEB desde 1966 a 2016 y ninguno de ellos reportados en Argentina. La gran mayoría de pacientes presentó una evolución favorable con el tratamiento conservador, sólo requiriendo cirugía en 2 de los 38 casos. La utilización de antibióticos no modificó la evolución clínica de los pacientes. La colecistitis alitiásica representa una manifestación sumamente inusual de una patología altamente prevalente en pacientes jóvenes y pediátricos.

CC - PÁNCREAS

Código: 1502

PANCREATITIS AUTOINMUNE POR IGG 4. SERIE DE CASOS

Pablo Pepa; Tatiana Uehara; Pablo Antelo; Carlos Waldbaum; Agustina Redondo; Andrea Curia; Esteban Gonzalez Ballera; Jorge Daruich; Juan Sorda.

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN - CABA - ARGENTINA

Área Temática: 6.Páncreas 6.2.Pancreatitis Crónica

INTRODUCCION La pancreatitis autoinmune (PAI) es una forma poco frecuente de pancreatitis crónica que puede simular un cáncer de páncreas. Se describen dos subtipos, el tipo 1 y tipo 2 que tienen patrones histopatológicos diferentes. La PAI tipo 1 es la manifestación pancreática de la enfermedad relacionada con IgG4. La respuesta clínica al tratamiento con glucocorticoides es muy efectiva y constituye a su vez un criterio diagnóstico. **CASOS CLINICOS** Se presentan tres casos clínicos, dos varones y una mujer, que presentaron colestasis extrahepática asociado a pérdida de peso. Uno de los varones tenía antecedentes de pancreatitis recurrente y la mujer de diarrea crónica. En todos los casos el dosaje de IgG4 fue elevado y en la tomografía computada se evidenció una tumoración pancreática que comprometía el colédoco y generaba una dilatación de la vía biliar extrahepática. El caso de la mujer se interpretó inicialmente como un probable cáncer de páncreas y se realizó una doudenopancreatectomía cefálica. El análisis histológico de la pieza quirúrgica mostró cambios vinculables con pancreatitis crónica y con técnicas de inmunomarcación un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario IgG4 positivo compatible con PAI tipo 1. Por otra parte dado que la paciente presentaba alteración del hepatograma con serologías virales para HBV, HCV y HIV negativas con ASMA, AMA negativos y FAN positivo, se realizó una punción biopsia hepática que evidenció una colangitis esclerosante asociada a IgG4. El varón con antecedentes de pancreatitis recurrente, se sometió a una laparoscopia exploradora con biopsias de páncreas que confirmaron el diagnóstico de PAI por depósitos de IgG4. Por el cuadro de colestasis obstructiva se colocó un stent plástico en colédoco. Presentaba además una insuficiencia renal crónica en la cual la biopsia renal mostró una nefritis intersticial por IgG4. En el varón restante se realizó una ecoendoscopia que informó una masa pancreática con elastografía homogénea verde, sugestiva de patología inflamatoria, por lo que se realizó una punción biopsia que no evidenció atipia. Se colocó un drenaje percutáneo en vía biliar y en la nueva tomografía se constató desaparición espontánea de la masa tumoral. En todos los casos se realizó tratamiento con prednisona 40 mg/día con dosis descendente hasta completar 3 meses con excelente respuesta clínica. En el caso de la mujer se agregó azatioprina 100 mg por día. **CONCLUSIONES Y OBSERVACIONES** El diagnóstico de la PAI constituye un desafío por ser una forma única e infrecuente de pancreatitis crónica y por presentar similitudes clínicas con el cáncer de páncreas. El diagnóstico se realiza con la clínica, imágenes de parénquima pancreático y/o lesiones extra-pancreáticas, marcadores séricos (IgG4 sérica elevada), el examen histológico compatible y labuena respuesta a corticoides.

CC - PÁNCREAS

Código: 1494

PANCREATITIS AUTOINMUNE Y COLITIS ULCEROSA: UNA ASOCIACIÓN POCO FRECUENTE

M. Justina Ortiz; M. Josefina Etchevers; Mariano M. Marcolongo.

Hospital Italiano de Buenos Aires - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 6.Páncreas 6.2.Pancreatitis Crónica

INTRODUCCIÓN La pancreatitis autoinmune (PAI) es una enfermedad fibro inflamatoria benigna del páncreas que se divide en dos tipos: tipo 1 (esclerosante linfoplasmocítica) como parte de un trastorno multiorgánico de enfermedades relacionadas a IgG4, y tipo 2 (ductal central idiopática) con compromiso local del páncreas como órgano diana. Se manifiesta con ictericia obstructiva o como pancreatitis crónica asociado a una masa pancreática. Característicamente tiene buena respuesta al tratamiento esteroideo, sin necesidad de realizar tratamiento quirúrgico. Se ha descrito que la PAI tipo 2, puede asociarse a enfermedad inflamatoria intestinal (EII) hasta en un tercio de los casos, sin elevación de IgG4. **CASO**

CLÍNICO Mujer de 30 años, sana, que consulta por dolor centroabdominal con irradiación a dorso y epigastralgia de 6 meses de evolución, asociado a episodios de proctorragia y mucorrea. Como datos positivos: dolor abdominal a la palpación en hemiabdomen superior y en el laboratorio FAL x 3, transaminasas x 6 y lipasa x 3. Sin signos de colestasis ni signos de alarma. Se solicita colangiograma RMN y RMN de abdomen que evidencia leve dilatación de vía biliar intra y extrahepática (9 mm), con estenosis progresiva hacia cabeza de páncreas. En la misma se describe una formación lobulada que condiciona obstrucción del conducto pancreático con contorno ligeramente irregular y diámetro de 2.5 mm, asociado a atrofia corporocaudal. Se realiza ecoendoscopia con toma de biopsia de dicha lesión. Por los síntomas intestinales, se solicita colonoscopia observándose desde los 30 cm al margen anal, mucosa congestiva con pérdida de patrón vascular y erosiones superficiales. Biopsia del páncreas: focos de necrosis y abundantes neutrófilos periacinarios y periductales, sin atipia. Inmunomarcación: CD 138+ (plasmocitosis), IgG e IgG4 negativos. Biopsia del colon: recto-colitis con focos de criptitis y acúmulos inflamatorios en sectores de lámina propia. Se interpreta el cuadro como una pancreatitis autoinmune tipo 2 asociado a colitis ulcerosa. Comienza tratamiento con corticoides vía oral, mesalazina vía oral y tópica. Al mes de tratamiento, con clara mejoría clínica, se realizó imagen de control que mostró evolución favorable con marcada disminución de tamaño de la cabeza pancreática y resolución de la dilatación de la vía biliar sin evidencia de estenosis. **DISCUSIÓN** La PAI es una enfermedad de carácter benigno cuya relevancia radica en ser parte del diagnóstico diferencial de la neoplasia pancreática ya que a pesar de tener clínica e imágenes similares, el tratamiento y pronóstico son muy distintos. En la aproximación diagnóstica de estos pacientes hay que tener en cuenta los marcadores serológicos, imágenes, e histología. La presencia de síntomas intestinales asociados obliga a descartar una EII concomitante.

CC - PÁNCREAS

Código: 1680

PANCREATITIS AUTOINMUNE, UN DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR EN EL ESTUDIO DE LA COLESTASIS

Irina Riccobene; Carla Ponce; Daniel Orellana; Marcela Arias; Cecilia Carraro; Ignacio Brichta; Sandra Basso; Analia Gubitosi; Cristina Nazari; Mirta Kujaruk.

HOSPITAL CARLOS BONORINO UDAONDO - CABA - ARGENTINA

Área Temática: 6.Páncreas 6.2.Pancreatitis Crónica

La pancreatitis autoinmune (PA) es una forma infrecuente de pancreatitis crónica de etiología desconocida, que usualmente requiere internación para su estudio. La presentación más frecuente se caracteriza por colestasis e ictericia obstructiva no dolorosa con o sin masa pancreática. El diagnóstico se basa en criterios que tienen en cuenta las imágenes, la histología, la serología, la afectación de otros órganos y la respuesta al tratamiento con corticoides. **Caso clínico 1:** varón de 59 años. Antecedentes: DBT tipo 2. Motivo de consulta: dolor abdominal, ictericia y pérdida de peso. Examen físico: ictericia. Laboratorio: colestasis ictericia, elastasa: 15ug/g, IgG4: 562 mg/dl. Tomografía Computada (TC): páncreas heterogéneo difuso a predominio de cabeza. Ecoendoscopia: páncreas difusamente aumentado de tamaño, hipocogénico y heterogéneo, con áreas milimétricas hiperecogénicas, halo hipocogénico periférico en cuerpo y cola, conducto pancreático no dilatado, colédoco de 14,4 mm con pared levemente engrosada en forma difusa, estenosis distal. Litiasis vesicular. Biopsia de papila. AP: mucosa duodenal normal. Se realiza la colecistectomía laparoscópica. AP: colecistitis crónica. Resonancia magnética (RM) intratratamiento: páncreas algo disminuido de tamaño, con realce homogéneo en T2, imagen lineal hipointensa en la región corporocaudal. El colédoco mide 8,2 mm. Wirsung irregular con presencia de zonas segmentarias de reducción de calibre en el ístmo, cuerpo y región caudal del páncreas. **Caso clínico 2:** varón de 69 años. Antecedentes: DBT tipo 2 y litiasis vesicular. Motivo de consulta: ictericia y pérdida de peso. Examen físico: ictericia, masa palpable en hipocondrio derecho. Laboratorio: colestasis ictericia, elastasa < 15ug/g, IgG4 458 mg/dl. TC: cabeza de páncreas aumentada de tamaño, homogéneo, bordes romos y litiasis vesicular múltiple. Ecoendoscopia: glándula pancreática aumentada de tamaño, bordes lobulados, abundantes trazos fibróticos parenquimatosos. Wirsung y vía biliar de calibre conservado, adenopatías peripancreáticas de aspecto inflamatorio. Se biopsia el páncreas. AP: parénquima pancreático con atrofia acinar, infiltrado linfoplasmocitario, fibrosis intra y extra perilobular, patrón estoriforme. Se encuentran cinco células IgG4 positivas. Se realiza colecistectomía laparoscópica. RM intratratamiento: aumento del tamaño de la glándula pancreática. Evolución. Con diagnóstico de PA e insuficiencia pancreática exocrina ambos pacientes inician tratamiento con corticoides y enzimas pancreáticas con mejoría del cuadro clínico, bioquímico y nutricional. **Conclusión.** Resaltamos la importancia de considerar a la PA ante la presencia de colestasis ictericia, ya que su diagnóstico evita cirugías innecesarias, limita la progresión del daño pancreático y sus complicaciones. Es un desafío el diagnóstico diferencial con el cáncer de páncreas, para lo cual debemos establecer un algoritmo diagnóstico adecuado con un enfoque multidisciplinario.

CC - PÁNCREAS

Código: 1636

PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO ASOCIADO A PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA GÁSTRICA IZQUIERDA EN PACIENTE CON PANCREATITIS RECURRENTE*Elsa Baez; Alfredo Curras; Fabio Muñoz; Agustina Redondo; Sebastian Lezcano; Fernando Sarmiento; Daniel Pozzoli; Gonzalo Gomez Perdiguero.*

Hospital Juan A Fernandez - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 6.Páncreas 6.2.Pancreatitis Crónica

INTRODUCCIÓN: La pancreatitis es una entidad de etiología variada, las más frecuentes son la biliar y alcohólica. En su evolución puede desarrollar varias complicaciones entre ellas pseudoquistes con incidencia del 5 % - 40 % y pseudoaneurismas (PA), complicación poco frecuente en pancreatitis. La hemorragia digestiva en estos pacientes ocurre por rotura de un PA en el tubo digestivo o en el conducto pancreático (hemosuccus pancreático) o la erosión de un pseudoquiste o de las enzimas pancreáticas sobre la pared del tubo digestivo. Las arterias implicadas son la arteria esplénica (40%), la gastroduodenal (30%), la pancreaticoduodenal (20%), la gástrica (5%) y las arterias hepáticas (2%). La mortalidad es del 24%. El diagnóstico precoz y tratamiento inicial es la angiografía con embolización (EA) de los PA; la cirugía se reserva para los casos con hemorragia activa, ante inestabilidad hemodinámica, cuando la EA no es posible o fracasa. **OBJETIVO:** Presentación de un caso clínico con complicaciones: pseudoquiste y pseudoaneurisma en paciente con pancreatitis recurrente. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 16 años de edad con antecedente de pancreatitis recurrente a los 6, 13 y 15 años, las 2 últimas complicadas con pseudoquiste y la última con hemorragia intraperitoneal. Actualmente es derivado para tratamiento de una colección abdominal de presunto origen pseudoquistico, mediante drenaje percutáneo. Al drenaje se observa débito hemorrágico de sangrado no reciente. Presenta dolor abdominal, con caída de hematócrito y descompensación hemodinámica. En la TAC de abdomen y RMN evidenciaron el pseudoquiste y un PA de arteria gástrica izquierda. Se realizó angiografía y EA con spongostan y coils de la arteria gástrica izquierda. Durante la realización de Ecoendoscopia para drenaje del pseudoquiste: formación de 50 x 70 m. Al mes repite dolor epigástrico irradiado a dorso y nuevo episodio de hematemesis sin descompensación. Se realiza RMN y se vuelve a observar PA. Se programa nueva Arteriografía de tronco celiaco + EA de PA de la Arteria Gástrica Izquierda con EA con N – butil – cianocrilato (Histoacryl). **DISCUSIÓN:** Se observa que el caso clínico ofrece una complicación poco frecuente de una patología frecuente, asociado a una solución terapéutica de elección, todo lo cual constituye un desafío diagnóstico, clínico y de tratamiento. **CONCLUSIÓN:** Una de las complicaciones de pancreatitis crónica son las vasculares como el PA, su ruptura es una complicación poco frecuente pero grave, el diagnóstico temprano y el manejo adecuado permiten una mejoría en la sobrevida. La angiografía es tanto un método diagnóstico como terapéutico en esta complicación. La cirugía se reserva en caso de fracaso del tratamiento arteriográfico.

CC - PÁNCREAS

Código: 1587

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE PANCREAS: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA*Federico Bazan; Agustina Redondo; Andrea Paez De Lima; Juan Sordá.*

Hospital de Clínicas José de San Martín - Capital Federal - Argentina

Área Temática: 6.Páncreas 6.3.Neoplasia

INTRODUCCION: El carcinoma adenoescamoso, también llamado carcinoma mucoepidermoide pancreático, es un subtipo infrecuente, habiendo en la actualidad menos de 20 publicaciones reportadas. Se caracteriza por hallazgos histológicos característicos con patrón de adenocarcinoma ductal diferenciado a epidermoide. Su etiología ha generado gran controversia debido a la inexistencia de células escamosas en la histología normal del páncreas, siendo considerado una variante inusual del cáncer ductal pancreático. La hipótesis de mayor aceptación se relaciona con la presencia de metaplasia escamosa del epitelio ductal pancreático. Presentamos este caso clínico por ser infrecuente su presentación y la importancia del rol de la ecoendoscopia (USE) para el diagnóstico diferencial de lesiones focales pancreáticas con diferentes enfoques terapéuticos. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se presenta estudio descriptivo como caso clínico en un paciente de 55 años con síntomas de dolor abdominal severo y pérdida de peso significativa de 1 mes de evolución. Se solicita internación para tratamiento del dolor. Se realizó tomografía axial computada multislice (TAC) con contraste EV y oral y labora-

torio (incluyendo CA 19.9). Se realiza ecoendoscopia (USE) lineal con equipo Pentax®. Se realizó punción guiada por USE con aguja de 20 G con técnico citólogo en sala. Se realizó estudio bajo sedo-analgésia. Se utilizó técnica de Papanicolaou para extendidos citológicos e inclusión en parafina para muestra histológica. PET/CT con FDG (fluor-deoxi- glucosa). **RESULTADOS:** Presenta como hallazgo en TAC abdomen con contraste oral y EV formación hipodensa de 45 mm x 36 mm en topografía de cuerpo de páncreas con compromiso de vasos mesentéricos y vena porta. Se realiza USE lineal observando en topografía de cuerpo de páncreas formación hipocóica heterogénea de 50 mm x 40 mm que condiciona discreta atrofia de cola, Doppler negativo que infiltra vena mesentérica. Se realiza punción con aguja de 20 G obteniendo muestra suficiente. En la muestra histológica observan hallazgos compatibles con carcinoma pobremente diferenciado con orientación escamosa. Dentro de los parámetros bioquímicos relevantes presenta CA 19.9 20 U/ml. PET-CT lesión primitiva pancreática hipometabólica con compromiso ganglionar regional y hepático metabólicamente activo. Se decide en manejo multidisciplinario con Servicio de Cirugía, Oncología y Gastroenterología del hospital realizar tratamiento paliativo con QMT (gemcitabina y cisplatino) asociados a radioterapia. Por intolerancia al tratamiento con opioides, se realiza neuropilosis del plexo celiaco guiado por USE con aguja de 19 G con alcohol absoluto 96% 10 ml, con mejoría sintomática y sin presentar complicaciones relacionadas al procedimiento. **CONCLUSIÓN:** El rol de la USE en el diagnóstico diferencial de lesiones sólidas pancreáticas es relevante para orientar estrategias terapéuticas óptimas.

CC - PÁNCREAS

Código: 1253

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TUMOR NEUROENDÓCRINO DE PÁNCREAS*Nicolás Adriel Dominguez; María Laura Marchi; Lorena Aldana Perna; Guzman Maria Andrea Merayo.*

Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas - CABA - Argentina

Área Temática: 6.Páncreas 6.3.Neoplasia

INTRODUCCIÓN Los Tumores Neuroendócrinos Pancreáticos (TNEp) son raros y representan del 1 al 2% de las neoplasias pancreáticas. Están compuestos por células neuroendocrinas multipotenciales con la capacidad en el 10% de los casos de secretar sustancias bioactivas generando síndromes clínicos; el 90% restante son tumores no funcionantes que se manifiestan con síntomas atípicos o se diagnostican de forma incidental; estos últimos al diagnóstico se presentan con enfermedad localmente avanzada en el 20% de los casos y el 60% con enfermedad metastásica siendo los sitios más comunes el hígado, hueso, bazo y ganglios linfáticos regionales. **CASO CLÍNICO** Paciente femenina de 55 años con antecedentes de ooforectomía parcial bilateral por teratoma quístico bilateral y colecistectomía. Consulta en otro centro en diciembre de 2017 por adenopatías inguinales derechas. En tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis muestra adenopatías inguinales derechas sin otros hallazgos. La biopsia es compatible con invasión de ganglio linfático por carcinoma neuroendocrino con un Ki-67 de 80%. Se deriva a servicio de Oncología de nuestro Hospital. Curso internación en abril de 2018 por síndrome colestático, con ecografía abdominal que evidencia dilatación de vía biliar intra y extrahepática e imagen hipocogénica de contornos mal definidos de 34x41x34 mm en cabeza de páncreas. Se realiza con TC de torax-abdomen-pelvis observando dilatación de vías biliares asociado a imagen mal definida en sector cefálico de páncreas y lesión pseudonodular densa, heterogénea que compromete cadena ilíaca externa y región inguinal derecha, sin otros hallazgos. Por su cuadro colestático se coloca por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica prótesis plástica de 10 Fr x 7 cm por estenosis de vía biliar por compresión extrínseca, resolviendo su colestasis. Desde el punto de vista Oncológico se interpreta como TNEp con metástasis inguinales derechas por lo que inicia quimioterapia con etopósido y cisplatino. **DISCUSIÓN** Los TNEp pueden clasificarse en cuatro grados según su grado de diferenciación y su índice mitótico (representado por el Ki-67), clasificando a nuestra paciente como un Carcinoma Neuroendócrino Grado 3 (ver tabla), siendo estos de curso más agresivo y con menor respuesta a las terapéuticas tradicionales por lo que se utiliza la quimioterapia como terapia de primera línea en los casos en los cuales los tumores son irrecesables. **CONCLUSIÓN** Lo novedoso del caso radica en que no hay descripción en la bibliografía de casos de TNEp con metástasis únicas en región inguinal y resulta de interés también el curso agresivo de la enfermedad, siendo que en 4 meses de no tener lesión visible se presenta con una que genera colestasis por compresión extrínseca de la vía biliar.

CC - PÁNCREAS

Código: 1361**A PROPÓSITO DE UN CASO: PANCREATITIS COMO PRESENTACIÓN DE LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA***Eduardo Antonio Guzmán; Ariel Castillo; Cora Tonatto; Ruben Alfredo Salvadores Romano; Pablo García Bes; Dario Nicolás Flores; Gustavo Patrón Costas.*

Hospital San Bernardo - Salta - Argentina

Área Temática: 6.Páncreas 6.4.Miscelánea

Introducción La pancreatitis aguda es una afección común con presentación variable clínica y morfológica. Tiene morbilidad y mortalidad significativas en los casos graves. El diagnóstico se realiza con dos de las siguientes tres características presentes: dolor hemiabdomen superior, amilasa y/o lipasa tres veces el límite superior del de referencia y hallazgos imagenológicos compatibles. La leucemia linfoblástica aguda es un trastorno con alto potencial de mortalidad. Puede involucrar diferentes sitios extramedulares en el momento del diagnóstico o durante el curso de la enfermedad. El órgano involucrado con mayor frecuencia es el SNC (leptomeninges y duramadre). Caso clínico Femenino 21 años, consultó por dolor abdominal de 72 hs de evolución tipo cólico, epigástrico que irradiaba a hipocondrio derecho asociado con vómitos alimenticios. Antecedentes patológicos: Epigastralgia de 2 meses de evolución en tratamiento con omeprazol. Pérdida de peso de 6kg en 2 meses Examen físico: abdomen doloroso a la palpación profunda de hemiabdomen superior, sin defensa abdominal. Presentó en laboratorio de ingreso: glóbulos blancos 10500/mm3, hemoglobina 11,4 gr% Hematocrito 33%, plaquetas 176000/mm3, urea 50 mg%, creatinina 1.8 mg%, amilasa 349 U/l, GOT 27 U/l, GPT 13 U/l, FAL 93 U/l, bilirrubina total 0.6 mg%, bilirrubina Indirecta 0.4mg%. Se realizó ecografía abdominal, no se evidenciaron hallazgos patológicos. En laboratorio de control glóbulos blancos 4600/mm3, Hemoglobina 8.6 gr%, hematocrito 24%, plaquetas 134000/mm3, creatinina 1,1 mg%, urea 35 mg%, amilasa 595 U/l, lipasa 188 U/l, triglicéridos 130 mg%. Paciente refería solo algunas molestias abdominales, ya no presentaba dolor. Posteriormente presentó aumento de lipasa a 8542 U/l. Se solicita TC de abdomen con contraste que describía páncreas de tamaño normal con morfología conservada. Debido a la pancitopenia, se decidió solicitar hemograma por hematología que informaba eritroblastos 1% y células atípicas 2%. Se realizó interconsulta con servicio de hematología quien efectuó PAMO con citometría de flujo, que informa leucemia linfoblástica aguda Precursor B. Posteriormente continuó en descenso la lipasa a 2231U/l sin presentar clínica abdominal. Paciente es externada en plan de quimioterapia. Se asumió como probable pancreatitis por infiltración linfoblástica. Discusión Existen múltiples etiologías como causa de pancreatitis aguda, las más frecuentes descriptas son por litiasis y alcohol en un 70 -80%. También está descrita en la bibliografía pancreatitis aguda por infiltración en el contexto de leucemia linfoblástica aguda. Son muchos más los casos descriptos como complicación del tratamiento con L-asparaginasa. Observaciones Motiva la presentación del caso la infrecuente y rara asociación entre leucemia linfoblástica aguda y pancreatitis.

CC - PÁNCREAS

Código: 1576**A PROPÓSITO DE UN CASO: PREDICTORES DE RECAIDA EN PANCREATITIS AUTOINMUNE***Carla Sofía Ponce; Marcela Arias; Cristina Nazar; Sandra Basso; Horacio Vazquez; Eduardo Mauriño.*

Hospital Carlos Bonorino Udaondo - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 6.Páncreas 6.4.Miscelánea

INTRODUCCIÓN: La pancreatitis autoinmune (PAI) corresponde a una forma infrecuente de pancreatitis crónica, suele presentarse con ictericia obstructiva indolora con o sin masa pancreática e histológicamente con infiltrado linfoplasmocitario y/o fibrosis. El consenso internacional de criterios diagnósticos propuso clasificar la PAI en tipo 1 y 2. La PAI tipo 1 se define como una manifestación pancreática de la enfermedad relacionada a IgG4. Los corticoides son el tratamiento de primera línea para inducir remisión de enfermedad. La tasa de recaída es del 33%. Se han identificado factores predictores de recaída: nivel inicial elevado de IgG4 en suero (>4 UNL) o su persistencia posttratamiento, compromiso difuso del páncreas, y la afectación inicial extrapancreática donde la colangiopatía por IgG4 se distingue como factor independiente. Por otro lado, la lenta recuperación imagenológica también se ha propuesto

como factor predictor. **OBJETIVO:** Presentación de un caso clínico de PAI en recaída **CASO CLINICO:** Masculino de 41 años, ex tabaquista. Motivo de consulta: Epigastralgia, ictericia y coluria de cuatro días de evolución. Laboratorio: GOT 150 U/l GPT 346 U/l FAL 426 mU/ml BT 10.19 mg/dl Amilasa normal. Ecografía abdominal: Vesícula distendida de paredes finas, multilitiásica, vías biliares dilatadas, colédoco de 13mm y páncreas aumentado de tamaño hipoecoico. Se realiza colecistectomía y colangiografía intraoperatoria. Los hallazgos intraoperatorios, la persistencia del hepatograma alterado e IgG4 354 mg/d sugieren profundizar estudio del páncreas. **RM:** Páncreas aumento del tamaño difuso hipointenso en T1, hiperintenso en T2 con halo periférico hipointenso, realce parenquimatoso tardío y conductos biliares y pancreático no dilatados. Se interpreta como PAI. Se indica corticoterapia por nueve meses, acompañado de cesación tabáquica y de enol. Presenta mejoría clínica y de imágenes. Evoluciona con insuficiencia pancreática exocrina (Elastasa <15 mcg/g) y diabetes. Luego de 6 meses desarrolla ictericia, alteración del hepatograma, IgG4 532 mg/dl **RM Páncreas** heterogéneo, con cuerpo y cola hipointensos con realce heterogéneo post contraste, colédoco de 18mm con estenosis distal, wirsung irregular con dilataciones y estenosis patológicas en toda su extensión e imágenes renales seudonodulares. Por nueva recaída se reinicia corticoterapia. **CONCLUSIÓN:** En el caso expuesto se identificaron los siguientes factores predictores de recaída 1) Compromiso difuso del páncreas 2) Afectación extrapancreática 3) Nivel elevado de IgG4 sérica 4) Evolución tórpida. A pesar de una exitosa respuesta inicial al tratamiento, algunos pacientes presentan recaídas en el período de seguimiento. La importancia de detectar factores clínicos, bioquímicos y de imágenes radica en seleccionar un subgrupo de pacientes con PAI que podrían beneficiarse de otras modalidades terapéuticas tales como prolongación del mantenimiento de la corticoterapia, rituximab, entre otros.

CC - ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Código: 1390**COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA DE DEBUT FULMINANTE ASOCIADA A FALLA MULTIORGÁNICA***Fernanda Jaureguizar; Fernando Bessone; María Virginia Reggiardo; Orlando Ruffinengo; Gisela Piñero; Antonela Ferrari; Juana Pascual; Alceo Galimberti; Victoria Trevizan; Sofia Bulaty.*

Hospital Provincial del Centenario - Santa Fe - Argentina

Área Temática: 7.Enfermedades Infecciosas

INTRODUCCIÓN: La colitis pseudomembranosa (CPM) es una enfermedad inflamatoria aguda del colon causada por la liberación de una o varias toxinas producidas por la bacteria *Clostridium difficile* (CD). Es una infección predominantemente nosocomial, relacionada principalmente al uso de antibióticos, cirugías abdominales e inmunosupresión. El espectro clínico es variable, desde estadios asintomáticos hasta colitis fulminante. La CPM fulminante, definida como aquella que requiere intervención quirúrgica o ingreso a unidad de cuidados intensivos, se desarrolla en hasta un 8% de los pacientes, presentando una alta tasa de mortalidad. Son predictores de mal pronóstico la edad avanzada, leucocitosis severa o leucopenia, hipalbuminemia, falla renal y el compromiso cardiopulmonar. **OBJETIVO:** Reportar un caso de CPM fulminante asociado a falla multiorgánica. **CASO CLÍNICO:** Paciente varón de 50 años quien cursó en los últimos 6 meses múltiples internaciones por pancreatitis aguda litiasica, neumonía intrahospitalaria y absceso pulmonar, por lo que recibió terapia prolongada con múltiples antibióticos entre ellos piperacilina/tazobactam, clindamicina, cefepime y meropenem, que reingresó 30 días luego del alta por cuadro de 7 días de evolución caracterizado por vómitos, diarrea, signos de deshidratación y marcado compromiso del estado general. Laboratorio: urea 150 mg/dl, creatininemia 2,1 mg/dl, albúmina 2,5 g/dl. Tomografía de abdomen y pelvis: engrosamiento parietal circunferencial difuso de la totalidad del marco colónico, realce trilaminar tras contraste y reticulación de la grasa circundante. Debido al compromiso hemodinámico pese a la expansión con fluidos y al uso de vasoactivos se realizó colectomía total e ileostomía. Cursó el postoperatorio en terapia intensiva presentando evolución tórpida, con múltiples complicaciones y falla multiorgánica. Anatomía patológica: colitis pseudomembranosa con afectación de la totalidad del colon, a predominio de colon derecho. **CONCLUSIÓN:** Los pacientes con infección por CD que progresan hacia una CPM fulminante requieren una pronta intervención quirúrgica, no obstante, las tasas de mortalidad postoperatorias son altas, de hasta un 80%. La identificación temprana de los pacientes con disfunción orgánica y el tratamiento de las causas subyacentes son fundamentales para mejorar los resultados en pacientes con colitis fulminante. **OBSERVACIONES:** Si bien la infección por CD constituye una causa frecuente de diarrea nosocomial, no es lo habitual la afectación severa y de presentación fulminante, sin embargo, debe ser tenida en consideración como diagnóstico diferencial de diarrea nosocomial a fin de realizar tratamiento precoz y de esa forma disminuir la mortalidad.

CC - ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Código: 1531

ENTEROPATÍA POR STRONGYLOIDES STERCORALIS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Tomás Francisco Fumo; Ariel Barman; Eugenio Grand; Ariel Hernán Ríos; Romina Moretti; María Susana Haiek; Marcelo Antonio Thomé; Silvia Brumatti; Eduardo Veliz.

Hospital Interzonal General de Agudos 'Eva Perón' de San Martín (ex Castex) - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 7. Enfermedades Infecciosas

INTRODUCCIÓN El *Strongyloides stercoralis* (Ss) constituye un parásito perteneciente al grupo de los geohelminths, endémico de zonas rurales de aquellos países con clima tropical y subtropical. La afección intestinal secundaria al mismo representa una condición severa que se presenta más comúnmente en el paciente inmunocomprometido, con una alta mortalidad en el caso de que no se instaure el tratamiento específico en forma oportuna. **PACIENTE** Se presenta un paciente de sexo masculino de 41 años de edad, oriundo de zona rural de Paraguay, en donde se desempeñaba como agricultor, con único antecedente personal de relevancia de consumo crónico de alcohol y tabaco. Consultó por cuadro clínico de 15 días de evolución caracterizado por dolor abdominal y aumento en el número de deposiciones (7-10/día, Bristol 7, con sangre), asociado a pérdida de 20 kilogramos de peso en los últimos 6 meses. Al examen físico se presentó adelgazado, con signos de compromiso del estado general. **RESULTADOS** Como parte del estudio complementario, se realizó laboratorio que evidenció Hb 10.7, GB 37900 (eosinófilos 2660), ERS 60, PCR 46 e Ig A antiTransglutaminasa negativa. La serología para HIV resultó no reactiva. Coprocultivo y toxina para *Clostridium difficile* negativos. Coproparasitológico seriado positivo para abundantes larvas de *Strongyloides stercoralis*. Adjuntaba una Tomografía computada solicitada por consultorios externos, en la cual se observó engrosamiento difuso de la pared intestinal sugestivo de patología inflamatoria. Frente a dicho cuadro clínico e imagen tomográfica, se decidió la realización de estudios endoscópicos: Videoendoscopia digestiva alta que evidenció esofagitis candidiásica y signos endoscópicos de atrofia vellositaria, informándose en la histología duodenal MARSH 3a con infiltración por abundantes eosinófilos y presencia de elementos parasitarios en criptas duodenales. Por su parte, en la Videocolonoscopía se evidenció compromiso segmentario y asimétrico del colon definido por pérdida del patrón vascular, erosiones y úlceras superficiales. Las biopsias escalonadas demostraron un proceso inflamatorio crónico pancolónico, definido por la presencia de granulomas no caseificantes. La tinción de Kinyoun y las muestras para BAAR, Citomegalovirus y cultivo de Micobacterias resultaron negativas. En consecuencia a dichos resultados, se inició tratamiento antiparasitario específico con Ivermectina frente a lo cual presentó resolución de los síntomas y evolución marcadamente favorable, no observándose imágenes patológicas en el control endoscópico e histológico. **CONCLUSIÓN** Las características clínicas y morfológicas de la afección intestinal por Ss se asemejan a aquellas propias de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, motivo por el cual debe representar un diagnóstico diferencial en el abordaje de la misma, en particular cuando la epidemiología configure un escenario compatible.

CC - ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Código: 1263

FISTULAS PERIANAL. MAS ALLA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Florencia Nadia Gacia; Erick Cedeño; Marcela Arias; Cecilia Carraro; Sergio Ceriani; Walter Vassen; Horacio Vazquez; Eduardo Mauriño; Pablo Tirado; Ignacio Brichta.

Htal. Udaondo - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 7. Enfermedades Infecciosas

Introducción. La tuberculosis (TBC) es la segunda causa de muerte por enfermedades infecciosas, lo que representa un problema de Salud Pública a nivel mundial. En la Argentina, en el año 2017 se registró un aumento de la incidencia: 26,5 casos por 100.000 habitantes. La TBC perianal es una forma de presentación extrapulmonar infrecuente. Puede ser de localización exclusiva o asociarse a la TBC abdominal. Las formas de presentación clínica son: úlceras, fístulas con o sin secreción purulenta, verrugosa y/o miliar. Afecta con mayor frecuencia a hombres jóvenes. Dentro de los diagnósticos diferenciales debemos considerar a la enfermedad de Crohn: el 9% debuta con compromiso exclusivo anal o perianal, las fis-

tulas representan la segunda manifestación clínica luego de los pliegues cutáneos perianales y suelen ser crónicas e indoloras. Si el paciente presenta dolor, se debe descartar un absceso anorrectal. **Objetivo.** Presentar un caso clínico. **Caso clínico.** Varón de 19 años, HIV (-). Motivo de consulta: fiebre, proctorragia y fístula perianal con secreción purulenta de 2 meses de evolución. Laboratorio: PCR y ESD elevadas, ANCA y ASCA negativos. Rx de tórax normal. Examen proctológico: trayecto fistuloso en hora IV con absceso perianal. Se realiza drenaje y se toman biopsias. VCC: Se progresa hasta ileon terminal con mucosa de aspecto normal. En ciego, úlcera de 2 cm de bordes bien definidos con fondo de fibrina. Biopsias y cultivo. A/P de ambas biopsias: colitis granulomatosa, BAAR (+). Diagnóstico de TBC. Luego se solicita: TC de tórax (imagen de árbol en brote en los vértices, infiltrado intersticial bilateral y adenopatías mediastinales) y PPD (+). RM de abdomen y pelvis: sin particularidades. Inicia tratamiento con 4 drogas con buena evolución clínica. Actualmente en seguimiento. **Conclusión.** Ante la presencia de úlceras y fístulas perianales crónicas o recurrentes debemos considerar como etiología probable a la TBC. Por su similitud clínica, histológica y endoscópica resulta un desafío diagnóstico la enfermedad de Crohn, la cual requiere tratamiento de inmunosupresión, que si se instituye, puede llevar a una forma diseminada de la enfermedad infectocontagiosa. Ante la sospecha se debe realizar una adecuada anamnesis, tomar muestras para biopsia y cultivo, y si se confirma iniciar tratamiento, realizar la denuncia epidemiológica y el catastro al grupo familiar.

CC - ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Código: 1392

HISTOPLASMOSIS DISEMINADA CON AFECTACIÓN GASTROINTESTINAL. REPORTE DE UN CASO

Sofía Bulaty; Fernanda Jauregizahar; Antonela Ferrari; Victoria Trevisan; Alceo Galimberti; Juana Pascual; Gisela Piñero; Julio Vorobioff; Orlando Ruffinengo; Fernando Bessone.

Hospital Provincial del Centenario - Santa Fe - Argentina

Área Temática: 7. Enfermedades Infecciosas

INTRODUCCIÓN: El *Histoplasma capsulatum* es un hongo dimórfico capaz de producir una enfermedad conocida como Histoplasmosis. En individuos inmunocompetentes, suele producir afecciones asintomáticas. En pacientes inmunocomprometidos la forma de presentación suele ser sistémica. Constituye la micosis más frecuente a nivel mundial en pacientes HIV (2-5%). El riesgo de desarrollar la enfermedad aumenta cuando el recuento de CD4 es menor de 200 cel/mm³. En el 95%, la infección es diseminada. El tracto gastrointestinal está comprometido en el 70-90% de los casos. El área más afectada es la región ileocecal, presentándose en forma de úlceras irregulares, superficiales o profundas, múltiples o focales asociadas a necrosis tisular; pseudópodos, nódulos submucosos, placas o masas. Los síntomas gastrointestinales ocurren en el 3-12%. El diagnóstico diferencial se plantea con neoplasias, tuberculosis, enfermedad inflamatoria intestinal. Suele diagnosticarse mediante biopsia. A la microscopia el *Histoplasma* se presenta como un microorganismo intracelular ovoide de 1 a 5 micras, rodeado por halo claro, dentro de histiocitos, asociado a infiltrado inflamatorio crónico linfoplasmocitario. Pueden identificarse granulomas epiteloideos y células gigantes. El tratamiento, se realiza con anfotericina B liposomal endovenosa (EV) durante 1 o 2 semanas y para el mantenimiento, itraconazol vía oral durante 12 meses. **CASO CLINICO:** Varón de 53 años, sin antecedentes de jerarquía, con cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por dolor abdominal en hipocondrio derecho, pérdida de peso e hiporexia. Laboratorio: HTO 33%, leucocitos 4700 cel/mm³, plaquetas 300000 cel/mm³, BT 0.5 mg/dl, AST 56 U/l, ALT 37 U/l, FAL 87 mg/dl, GGT 34 mg/dl, amilasa 58 U/l, VES: 117 mm/hr, PCR 78 mg/dl, CEA 1.6 ng/ml, AFP 1.6 ng/ml, CA 19-9 0.6 U/ml. Videoendoscopia digestiva alta: Candidiasis esofágica. Colonoscopia: Cuatro lesiones vegetantes, hemircunferenciales, ulceradas y friables en ciego, colon transverso y descendente. Anatomía patológica: Proceso inflamatorio crónico en actividad asociado a células gigantes multinucleadas e histiocitos con estructuras PAS+, sugestivas de Histoplasmosis. Luego del estudio se recibe el resultado de serologías, diagnosticándose HIV, con elevada carga viral. RMI: Hígado de forma, tamaño normal. Áreas parcheadas de hipo-refuerzo en segmentos VII-VIII y un foco nodular en segmento VI de 12 mm de diámetro; imágenes sugestivas de corresponder a lesiones fúngicas. Se interpreta como histoplasmosis diseminada y se inicia tratamiento antirretroviral y anfotericina B EV. Seguimiento de itraconazol. Evolución con mejoría sintomática y descenso de la carga viral para HIV. **CONCLUSIÓN:** La histoplasmosis suele debutar con compromiso sistémico en pacientes inmunocomprometidos. El tracto gastrointestinal constituye uno de los sistemas más comúnmente afectados. La tasa de mortalidad es elevada, razón por la cual la sospecha precoz puede impactar en la sobrevida.

CC - ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Código: 1624

HISTOPLASMOSIS DISEMINADA CON AFECTACIÓN GASTROINTESTINAL. REPORTE DE UN CASO

Gonzalo Souto; Cecilia Haller; Valeria Taire; Horacio Pecci; Nelson Castillo; Gabriela Manzzi; Alejandro Larriera; Mariano Hertimian; Rafael Santapau.

HOSPITAL ISOLA DE PUERTO MADRYN - CHUBUT - ARGENTINA

Área Temática: 7. Enfermedades Infecciosas

Paciente de 78 años con antecedentes de DBT tipo II, con malos controles metabólicos, obesidad grado I, TBQ. Ingresó por cuadro de colangitis moderada. Se realizó CPRE que evidencia dilatación del colédoco con afinamiento del tercio distal, se colocación stent plástico. En el mismo acto se reconocen lesiones en cuerpo y techo gástrico (cuerpo: lesión sobrelevada, congestiva, friable de bordes irregulares de 4 cm x 3 cm de extensión; techo: lesión sobrelevada con ulceración central, friable, con sangrado al contacto con el instrumental de 3 cm de extensión) se toman múltiples biopsias. AP: necrosis extensa con abundantes elementos micóticos constituidos por hifas anchas, no septadas. PAS positivas. Angioinvasión micótica. Compatible con mucormicosis. Comienza con tratamiento con Anfotericina B y se decide conducta quirúrgica resectiva de la lesión, lo que es imposible al hallarse durante el acto quirúrgico perforación de la cara posterior gástrica con compromiso de epiploon y páncreas. Se toman muestras para AP y cultivos. Óbito a los 30 días del ingreso.

CC - ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Código: 1359

TRATAMIENTO ALTERNATIVO DE UNA ENFERMEDAD PREVALENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Darío Nicolás Flores; Lucas Patrón Costas; Erica Micaela Valdiviezo; Jose Facundo Ruiz Soñra; Sergio Roberto Lopez; Martín Nieva Gómez; Gustavo Patrón Costas.

Hospital San Bernardo - Salta - Argentina

Área Temática: 7. Enfermedades Infecciosas

INTRODUCCIÓN: La strongyloidiasis es una enfermedad endémica en áreas rurales, regiones tropicales y subtropicales. Las tasas más grandes de infección se encuentran en viajeros, inmigrantes, trabajadores en zonas rurales. Los pacientes inmunodeprimidos corren riesgo de desarrollar síndrome de hiperinfección al aumentar la carga de parásitos en la luz intestinal, la mortalidad reportada en dicha entidad llega hasta 80%. CASO CLÍNICO: Femenina de 24 años consulta por presentar vómitos número de >6 episodios por días de tipo biliosos, asociado a dolor abdominal generalizado, y deposiciones líquidas, sin moco sangre ni pus. La paciente no presentaba antecedentes personales patológicos. Laboratorio de ingreso: GB: 14.200 x10⁹/L (73 % neutrofilos) HB: 11,4 g/dl; K: 2,4 mEq/L; creatinina: 0,4 mg/dl; sedimento urinario: normal; reacción widal: negativa; amilasa: normal; Albumina 1,3 g/dl. En radiografía directa de abdomen se observaba edema de pared de intestino delgado, difuso, sin niveles hidroaéreos y meteorismo. En guardia se asumió el cuadro como gastroenteritis aguda e inició tratamiento con ciprofloxacina 400 mg c/12 hs + metronidazol 500 mg c/8 hs con persistencia de vómitos, deposiciones y distensión abdominal, con intolerancia a la dieta por tal motivo se solicitó ecografía abdominal que no presentaba alteraciones y por tomografía de abdomen se evidenció asas intestinales dilatadas a predominio de yeyuno. Se tomaron hemocultivo, coprocultivo y Urocultivo los cuales fueron negativos, también toxina para clostridium, negativa. Serología para HIV negativa, TSH y anticuerpos para enfermedad celiaca negativos. Endoscopia digestiva alta: duodenitis severa, se enviaron muestras en fisiológico para directo y en formol para anatomía-patológica. Biopsia: corion con denso infiltrado inflamatorio con eosinofilos, número de linfocitos intrapiteliales dentro de valores normales. Coproparasitológico seriado: larvas de strongyloides y serología HTLV 1 positiva, inicia tratamiento con ivermectina + alberdazol vía oral durante 7 días con mala respuesta por vómitos, se rota a ivermectina subcutánea con resolución de los síntomas e inicio de dieta oral, desaparición de parásitos en examen de heces. Alta a los 5 días de rotar esquema. Discusión: En nuestro paciente el tratamiento con ivermectina oral fracasó por la persistencia de síntomas y alta carga de parásitos en intestino delgado. Esto podría deberse a la infección concomitante con HTLV 1, otra causa sería la dosis subóptima de ivermectina en el contexto de síndrome de malabsorción asociado que presentaba la paciente. Observaciones: Motiva la presentación del caso la vía de administración alternativa subcutánea de ivermectina en pacientes con intolerancia oral por hiperinfección por strongyloides.

CC - ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Código: 1598

TUBERCULOSIS PERITONEAL EN UN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO BAJO TRATAMIENTO ANTI TNF: REPORTE DE UN CASO

Cristian Ahumada; Andrés Mora; Federico Bentolilla; Mariela Roel; Marcelo Amante; Silvia Pedreira; Daniel Cimmino; Luis Boerr.

Hospital Alemán - CABA - Argentina

Área Temática: 7. Enfermedades Infecciosas

Introducción: La Tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis*. Siempre se encuentra presente ante la evaluación de un paciente con sospecha o diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal (EII), no sólo porque dicho germen es un diagnóstico diferencial de la EII en sí, sino porque los tratamientos inmunosupresores pueden reactivar una TBC latente. Caso clínico: Paciente masculino de 61 años de edad con antecedente de colitis ulcerosa izquierda moderada que se encontraba en tratamiento con golimumab, en remisión clínica de su enfermedad. Presentó como hallazgo líquido ascítico laminar en los cortes inferiores de una tomografía de tórax; solicitada previamente por el diagnóstico de neumonía que había sido tratada con levofloxacina oral. En el devenir de su historia el paciente agrega fiebre vespertina, astenia y sudoración nocturna. Luego de una exhaustiva evaluación mediante: endoscopias digestivas, broncoscopia con lavado bronquioalveolar, tomografía de tórax y abdomen y tomografía por emisión de positrones se constató la presencia de una rarefacción de la grasa peritoneal (imagen 1). Dicho hallazgo motivó la exploración laparoscópica del abdomen evidenciándose una infiltración nodulillar blanquecina que comprometía el peritoneo y la grasa abdominal (imagen 2 y 3). Las biopsias tomadas de dichas lesiones evidenciaron en la anatomopatología un infiltrado granulomatoso no caseificante. Finalmente el cultivo radiométrico obtuvo crecimiento de *M. tuberculosis*. Se indicó tratamiento el antifímico. Discusión: El *M. tuberculosis* puede infectar cualquier órgano, explicando la heterogeneidad de sus manifestaciones clínicas. La tuberculosis abdominal incluye la afectación del tracto gastrointestinal, peritoneo, ganglios linfáticos y/o órganos sólidos. La TBC abdominal representa el 5% de todos los casos mundiales. Los factores de riesgo para desarrollarla incluyen cirrosis, infección por VIH, Diabetes, cáncer, tratamiento con anti TNF y la diálisis peritoneal. Las manifestaciones clínicas del compromiso peritoneal comprenden la ascitis en un 93%, el dolor abdominal 73% y fiebre en el 58% de los pacientes. El diagnóstico ideal se debe obtener mediante biopsias, las muestras deben ser enviadas para ser estudiadas con tinción de Ziehl Nielsen, cultivo de micobacterias y PCR, así como también para el análisis histopatológico. La obtención ideal de las biopsias en la TBC peritoneal es mediante la laparoscopia exploradora, la misma es útil para la visualización del peritoneo y para la toma de biopsias dirigidas Conclusiones: El diagnóstico de tuberculosis abdominal parte principalmente desde la sospecha clínica, y debería ante un paciente tratado con Anti TNF surgir ante la presencia de fiebre, ascitis y rarefacción de la grasa abdominal. La laparoscopia exploradora con biopsias dirigidas es el método de elección.

CC - HÍGADO

Código: 1431

MELANOMA METASTÁSICO EN HÍGADO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Nahuel Encinas; Ivana Azcurra; Pablo Barbieri; Romina Paganelli; Yair Atum; Valentino Buseghin; Ariel Gamba; Claudio Guerrina; Natalia Poles.

HECA - Santa Fe - Argentina

Área Temática: 9. Hígado 9.6. Neoplasia

INTRODUCCION: El melanoma uveal involucra iris, cuerpo ciliar o coroides. Representa el 70 % de las neoplasias oculares, pero solo el 5 % de los melanomas. El 50% desarrolla metástasis entre 5 a 25 años luego del tratamiento del tumor primario y el hígado es afectado en un 90% de los casos. REPORTE DEL CASO: Paciente de 42 años de edad que presenta cuadro de dolor abdominal en hipocondrio y flanco derecho, de tipo continuo y con intensidad 7/10 de meses de evolución. Antecedentes: HIV (tratamiento regular con tenofovir, efavirenz, emtricitabina), VHB, HPV anal hace 5 años, Sífilis en tratamiento actual con penicilina, enucleación globo ocular derecho hace 3 años con hallazgo de melanoma corioideo, diabetes tipo II en tratamiento con hipoglicemiantes orales, colecistectomía hace 10 años. Al examen físico se constata hepatomegalia a 5 cm de borde costal. Laboratorio se destaca: FAL 402 (VN 306), GGT 157 (VN50), ASAT 51, ALAT 43, LDH 4342. TC: hígado heterogéneo a expensas del lóbulo derecho con efectos de masa en proyección de segmentos VI – VII deformando sus contornos. Trombosis portal. Líquido perihepático. Adenomegalias en hilio hepático, la mayor de 18 mm. Punción biopsia: Proliferación atípica pobremente diferenciada, de patrón sólido, con pigmento amarillado y granular: Melanoma. (S100, HMB45, MELAN A reactivos). DISCUSIÓN: El melanoma corioideo es un tumor agresivo. La presencia de metástasis le genera un pronóstico malo con una supervivencia de 1 a 31 meses, aún con tratamiento. Las metástasis suelen ser asintomáticas y solo se encuentran en un 4 % al momento del diagnóstico. CONCLUSIÓN Se presenta el caso de un paciente con metástasis hepáticas de melanoma corioideo, 36 meses después del hallazgo del tumor primario, lo que refleja la variabilidad y pronóstico de ésta neoplasia.

CC - HÍGADO

Código: 1544

MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE WILSON DURANTE EL EMBARAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO*Gonzalo Gomez Perdiguero; Nicolás Cattaneo; Pablo Calzetta; Ana Martínez; Alfredo Curras*

Fernández - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 9.Hígado 9.7.Miscelánea

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Wilson es una enfermedad hereditaria autosómica recesiva caracterizada por la alteración del metabolismo del cobre, produciendo acumulación del mismo en ciertos órganos, principalmente en hígado y cerebro. Sin tratamiento adecuado la probabilidad de lograr un embarazo y de que éste llegue a término son bajas; En caso de lograrlo se han observado varias complicaciones relacionadas al mismo. **OBJETIVO:** Presentar una paciente embarazada con enfermedad de Wilson y las controversias sobre el manejo durante el mismo. **CASO CLÍNICO:** femenina de 29 años que se interna por un embarazo de 38.2 semanas de gestación. Antecedentes de Enfermedad de Wilson diagnosticada a los 8 años por screening familiar por dos hermanas diagnóstico de E. Wilson. En la actualidad se encuentra en lista de trasplante hepático por haber presentado hace cuatro años peritonitis bacteriana espontánea y encefalopatía hepática grado IV. Desde ese entonces hasta la fecha realiza tratamiento regular con d-penicilamina 750 mg/ día lo que permitió compensar su enfermedad hepática (CHILD A – MELD 8) y lograr 2 gestaciones. Exámen físico no reveló estigmas de hepatopatía crónica, pero sí a nivel neurológico: marcha espástica y distonía de segundo - tercer dedo del pie izquierdo. Laboratorio con valores normales. Resonancia magnética de encéfalo con hiperintensidad-T1 en ganglios de la base. Debido a la buena evolución de la paciente se decidió continuar durante el embarazo con la dosis habitual de d-penicilamina. Se realizó cesárea a las 39 semanas de gestación, sin complicaciones. Con buen estado de salud materna y del recién nacido. El seguimiento de la paciente se realizó en conjunto con el servicio de obstetricia y pediatría, quienes además indicaron iniciar lactancia materna. **DISCUSIÓN:** Se han descrito en la literatura pocos casos de embarazos exitosos en mujeres con enfermedad de Wilson ya que la enfermedad crónica hepática y la toxicidad del cobre afecta el ciclo menstrual produciendo infertilidad y abortos recurrentes espontáneos. Además, la alteración del metabolismo del cobre se encuentra asociado a pre-eclampsia y a restricción del crecimiento intrauterino. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad mejoran durante el embarazo debido al aumento de requerimientos de cobre por el feto y a cuadruplicarse los niveles de ceruloplasmina en la mujer gestante. Pacientes con enfermedad controlada presentan mayor posibilidad de lograr concepción. Si bien la mayoría de las citas bibliográficas recomienda un descenso en la dosis de d-penicilamina o switch a zinc, el manejo de dicha enfermedad durante el embarazo sigue siendo controvertido. **CONCLUSIÓN:** Los pacientes no tratados adecuadamente presenta alta probabilidad de aborto espontáneo. En contraposición, los que reciben tratamiento adecuado y compensan su enfermedad hepática aumentan la probabilidad de concepción, continuación del mismo y desarrollo fetal exitoso.

CC - HÍGADO

Código: 1545

NEUMATOSIS PORTAL: UNA COMPLICACIÓN POST ENTEROSCOPIA?*Paula Ortiz Suarez; Mariano Martin Marcolago; Josefina Etchevers; Fernando Gimenez.*

Hospital Italiano de Buenos Aires - buenos aires - Argentina

Área Temática: 9.Hígado 9.7.Miscelánea

Introducción: La presencia de gas en la vena porta (GVP) es un hallazgo radiológico poco frecuente que se define como áreas tubulares de atenuación en la periferia del hígado. Aproximadamente, 50% de los casos se asocia a neumatosis intestinal secundario a isquemia intestinal, por lo que se cree que son parte de una misma entidad. Se ha descrito asociado a isquemia intestinal, perforación gastrointestinal, enfermedad inflamatoria intestinal, infecciones abdominales (diverticulitis, colangitis), iatrogénicas post procedimientos endoscópicos/quirúrgicos, etc. **Caso clínico:** Mujer de 76 años con antecedentes de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis trisemanal y enfermedad celíaca sin atrofia vellositaria con cumplimiento de dieta libre de gluten. En el contexto de sangrado digestivo oscuro evidente, se realiza cápsula endoscópica que evidencia múltiples lesiones de aspecto vascular. Se realiza enteroscopia, se observan cuatro angiodisplasias en yeyuno y duodeno de 3 mm aproximadamente, a las que se le realiza ablación con plasma argón. Una semana posterior, intra hemodiálisis la paciente intercorre con cuadro agudo de dolor abdominal difuso a predominio de epigastrio, asociado a náuseas y vómitos, taquicardia e hipotensión arterial. Al examen físico diaforesis generalizada y frialdad acral, abdomen blando y depresible, con dolor moderado a la palpación, sin reacción peritoneal. Leucocitosis de 13000, hematocrito de 30% (habitual), sin otros hallazgos de

relevancia. Se realiza tomografía que evidencia neumatosis portal y engrosamiento parietal de intestino delgado secundario a edema submucoso, a predominio de región centroabdominal (fig 1 y 2). Se interpreta el cuadro secundario a isquemia intestinal post hemodiálisis vs complicación de enteroscopia con plasma argón. Se decide tratamiento conservador con hidratación parenteral, reposo digestivo y antibiocioterapia con ceftriaxona/ornidazol presentando buena evolución. TC control a los tres días sin hallazgos patológicos (fig 2). Progresó dieta, cumple 5 días de tratamiento antibiótico. Se otorga el alta. **Discusión** La neumatosis portal es una entidad poco frecuente cuyo pronóstico depende de la causa que la origina. Cuando se asocia a isquemia intestinal la mortalidad descrita es de hasta un 75% requiriendo resolución quirúrgica de las asas afectadas. Por el contrario los casos secundarios a procedimientos endoscópicos tienen buen pronóstico con resolución espontánea del cuadro clínico. La fisiopatogenia de GVP en este contexto podría estar producido por el gas que diseca la pared intestinal y entra al sistema portal a través de las venas mesentéricas, secundario al incremento de la presión en la luz intestinal luego del procedimiento endoscópico. Como conclusión un paciente con GVP post endoscopia sin perforación/isquemia intestinal puede manejarse con tratamiento médico conservador con monitoreo estricto hasta la resolución del cuadro.

GASTROENTEROLOGÍA - ÍNDICE POR AUTORES

Apellido y Nombres	Trabajos Nº
ABECIA SORIA VÍCTOR HUGO	1428; 1511; 1665
ABRAMOVICH RICARDO	1498
AGOZINO MARINA	1523
AGUILAR CARLA	1441
AHUMADA CRISTIAN	1596; 1598
AHUMARÁN GABRIEL	1495
ALACH EDUARDO	1393; 1395; 1675; 1676; 1686; 1395; 1393; 1676; 1686; 1638; 1675
ALDABE NOEL	1383; 1527
ALFONSO TATIANA	1286
ALSINA FERNANDA	1595
AMANTE MARCELO	1598; 1596
AMÉ RICARDO MARTÍN	1642; 1645
AMELONG JUAN IGNACIO	1498
ANAPIO LUCÍA	1447
ANDERS MARGARITA	1466
ANDRÉSIK DIEGO	1665
ANSA AMORINA	1388
ANTELO PABLO	1341; 1502; 1593
ANTINUCCI FLORENCIA	1466
ARCE MIGUEL	1478; 1489
ARCETALES SANTIAGO	1448
ARENAS TENENBAUM JUDITH	1525
ARGONZ JULIO	1491
ARGÜELLO MARIANO	1486; 1493; 1517; 1620
ARGÜERO JULIETA	1630; 1690
ARGÜERO MARÍA JULIETA	1571
ARIAS MARCELA	1263; 1535; 1576; 1614; 1643; 1634; 1680
AROSTEGUI SANTIAGO	1691
ARUFE DIEGO	1466
ATUM YAIR	1431; 1432
AUBONE MARÍA DEL VALLE	1466
AZCURRA IVANA	1431; 1432
BÁEZ ELSA	1636
BAI JULIO	1383; 1620
BALDERRAMO DOMINGO C.	1642; 1645
BALDONI FERNANDO	1360; 1608; 1637

Apellido y Nombres	Trabajos N°
BÁLSAMO JOSÉ	1675; 1676; 1686
BÁLSAMO LOZANO JOSÉ NICOLÁS	1393; 1395
BARAVALLE MANUEL	1466
BARBAGLIA YANINA	1495
BARBERO MANUEL	1466
BARBERO SABRINA LUCÍA	1376
BARBIERI PABLO	1431; 1432
BARMAN ARIEL	1531
BARONI MARIA ROSA	1611
BARREYRO FERNANDO JAVIER	1345; 1421
BARRIO LOWER DANIELE SOLANGE	1422
BARROS SCHELOTTO PABLO	1334
BASILE LEONARDO MAURICIO	1471; 1583
BASSI DÉBORA	1441
BASSO DANIELA	1466; 1576; 1680
BAZÁN FEDERICO	1587
BECHETTI IGNACIO	1381
BEDINI OSCAR A	1677
BELLETI RAFAEL	1495
BELLINI DELFINA	1471; 1583
BENÍTEZ GUILLERMO	1245
BENTOLILA FEDERICO	1596; 1598
BERESTEN ROBERTO	1384; 1470
BERGNA CECILIA	1615
BERMUDEZ CARLA	1466
BERNEDO VIVIANA	1578
BERTERO MICAELA	1381; 1607
BESSONE FERNANDO	1389; 1390; 1392; 1401; 1407
BESTANI CLAUDIA	1491; 1400
BOERR LUIS	1596; 1598; 1373
BOGADO SILVIA ALEJANDRA	1229; 1230
BOIETTI BRUNO	1571
BORI EXEQUIEL	1580; 1582; 1491
BOROBIA PAULA	1507; 1578; 1627
BRACONE HERNÁN	1558
BRAVO VELEZ GLADYS	1688
BRICHTA IGNACIO	1263; 1614; 1634; 1643; 1680
BRODERSEN CARLOS	1447; 1448; 1449
BRUMATTI SILVIA	1531

Apellido y Nombres	Trabajos N°
BUCCI PAMELA	1359; 1495
BULATY SOFIA	1401; 1389; 1390; 1392
BUSEGHIN VALENTINO	1431; 1432
CABANILLAS DIANA	1507; 1627
CABANNE ANA	1400; 1491; 1535; 1420
CÁCERES SILVANA	1345
CAFURE ROSARIO	1580; 1582
CALABRIA ANA	1466
CALCAGNO RAMIRO	1525
CALDO IGNACIO FEDERICO	1385; 1388
CALVO SEBASTIÁN	1489; 1478
CALZETTA PABLO	1542; 1544
CAMPITELLI ESTEBAN HUGO	1282
CAMPOS LUCÍA	1376; 1372
CANDEL IVANNA	1608; 1609; 1637
CANIEVSKY EZEQUIEL MARTÍN	1643
CAPALDI IANINA	1609; 1637
CAPANDEGUI CLAUDIA	1527
CAPPELLETI CARLOS ALBERTO RAFAEL	1558
CARFAGNINI PAULA	1447
CARIELLO MARINA	1690
CARLINO YANINA G	1642
CARNAGHI ÁNGEL JAVIER	1370
CARNEVALE GUILLERMO	1696
CARONIA VIRGINIA	1345
CARRARO CECILIA	1263; 1535; 1614; 1634; 1643; 1680
CARRICA SEBASTIÁN	1608; 1609; 1637
CARUSO SANTIAGO	1391
CASSELLA FEDERICO	1245; 1380; 1435
CASTILLA RENIS MARILYN	1290; 1397; 1398
CASTILLO ARIEL	1361
CASTILLO GABRIELA MIRIAM	1381
CASTILLO MARIO ARIEL	1509
CASTILLO NELSON	1343; 1624
CATTANEO NICOLÁS	1542; 1544
CAVANNE ANA	1634
CEDEÑO ERICK	1263; 1614
CENOZ CARLOTA	1379; 1409
CEPEDA PARGA JÉSICA	1630; 1690

Apellido y Nombres	Trabajos N°
CEREZO MARIA JIMENA	1514; 1567
CERIANI SERGIO	1263
CERNADAS GUSTAVO	1261; 1349; 1353; 1355
CHAO MARIELA	1592
CHAUVERO PAULA	1458
CHIARAVIGLIO MARTÍN	1498
CHIARELLA DANIELA NAIR	1376
CHIRIANO FABIOLA	1374
CHOQUE VARGAS CINTHIA	1286; 1357
CIMMINO DANIEL	1596; 1598; 1373
CIOFFI MATÍAS	1402; 1689
CODD JUAN CRUZ	1254
COISSON PAOLA	1466
COLOMBO PABLO	1372; 1376; 1391
CONDE ALEJANDRA	1343
CONGOST FEDERICO	1691
CONLON MARÍA CAROLINA	1514; 1567
CONTRERAS MARCELA	1395; 1675; 1638; 1686
CORAGLIO MARIANA	1399
CORREA GUSTAVO	1360; 1609; 1637
CORTI RODOLFO	1400; 1634; 1420; 1491
CORTINEZ EZEQUIEL	1449
COSSIO MELVI	1286
COSTA FLORENCIA	1517; 1614; 1620
COSTAGUTA ALEJANDRO	1496
COUTO JUAN	1381
CUDA LEONARDO	1441
CUELLAR BURGOS LORENA	1712; 1713
CURA PABLO	1608
CURIA ANDREA	1502
CURRAS ALFREDO	1542; 1544; 1636
CURVALE CECILIA	1254; 1255; 1397; 1411; 1434
D'ERCOLE VANINA	1466
DACA ALVAREZ MARÍA	1592; 1537; 1505
D'ADAMO CHRISTOPHER	1383
DAFFRA PAMELA RUTH	1570; 1572; 1573; 1668
DÁMICO CLAUDIA	1466
DARUICH JORGE	1502
DARUICH MARÍA LAURA	1539

Apellido y Nombres	Trabajos N°
DASCANIO GRACIELA	1527
DAVILA DIANA	1500
DE OLIVERA SEBASTIÁN	1691
DE PAULA JUAN ANDRÉS	1402; 1689; 1570; 1572; 1573; 1668
DE SANTIBAÑES EDUARDO	1689
DEFAGOT MARIA R.	1642
DEGIOVANNI GABRIELA	1495
DEL ÁGUILA JUAN PABLO	1286; 1357
DEL PEDRO MARIA VIRGINIA	1371
DEMIRDJIAN EZEQUIEL	1466
DEMONTE MANUEL	1466
D'ERCOLE VANINA	1372
DESCALZI VALERIA	1334
DI BARTOLO LAURA MARISA	1381
DI DOMENICO DIEGO	1470
DI DONATO MARÍA BELÉN	1448; 1449
DI TOMMASO MARIANO	1675; 1676; 1686
DI TOMMASO MARIANO SALVADOR	1393; 1395
DÍAZ FEDERICO	1290
DÍAZ ADRIANA GRACIELA	1422
DIEGO AGUSTÍN	1395; 1675; 1676; 1686; 1393
DIMA GUILLERMO	1261; 1349; 1353; 1355; 1484
DIP DIEGO	1367
DIRCHWOLF MELISA	1466
DODDS SAMANTA	1354
DOMINGUEZ CRISTIAN 1245	
DOMINGUEZ NICOLÁS ADRIEL	1253
DOMÍNGUEZ CRISTIAN	1435; 1523
DON GEORGINA	1384
DOPICO DARIO	1712
DORADO MARIA FERNANDA	1565
DORICO DARIO	1713
D'OTTAVIO GUILLERMO	1696
DOUCEDE FLAVIA	1447; 1448
DOWECK JUDITH	1400; 1491
DULCICH FLORENCIA	1400; 1491
DUMOIS CARLOS	1495
DUTACK ALEJANDRO ANDRÉS	1388; 1385
ECHEGOYEN ALEJANDRA	1615

Apellido y Nombres	Trabajos N°
ELASKAR MA CIELO	1618
ELIZONDO KARINA	1345; 1421
ENCINA NAHUEL	1431; 1432
ERRAMUSPE MARÍA ELINA	1374
ESCOBAR FERNANDEZ RAFAEL	1505; 1537; 1592
ESPINOZA JHONNY	1384
ETCHEPARE SERGIO	1448
ETCHEVERS JOSÉFINA	1494; 1510; 1511; 1570; 1572; 1573; 1545; 1668
FACIO LUCILA	1399; 1516
FALBO CARLOS	1441
FANTILLI ANABELLA C.	1642
FASANO VÍCTORIA	1360
FASSIO EDUARDO	1466
FERNÁNDEZ GIMENA	1376
FERNÁNDEZ GUILLERMO	1354; 1486; 1493
FERNÁNDEZ JOSÉ LUIS	1245; 1380; 1435; 1523
FERNÁNDEZ RIVAS MAXIMILIANO	1578
FERRARI ANTONELA	1389; 1390; 1392; 1401; 1407
FERRARI BONIVER ALEJANDRO	1367
FILO GLADYS	1370
FISCHER CAROLINA	1373
FLORES DARÍO NICOLÁS	1359; 1361; 1509
FORESTIER VANINA	1397; 1399; 1411; 1516
FORESTIER CINTIA VANINA	1434
FORGIONE UBER EDUARDO	1367
FRANCISCO MARISA	1493; 1517
FUENTES ANA CLARA	1505
FUENTES FLAVIA AGUSTINA	1372
FUENTES NORA	1478
FUGAZZA LAURA	1441
FUMO TOMÁS FRANCISCO	1531
FURIA MARINA	1399; 1516
FURNES RAQUEL	1539
FUSTER ALEJANDRO	1498
FUSTER SERGIO	1498
GACÍA FLORENCIA NADIA	1263
GADEA OSCAR	1489
GAITE LUIS	1466
GALARZA ANDRÉS	1344

Apellido y Nombres	Trabajos N°
GALICH MIRIAM	1435
GALIMBERTI ALCEO	1401; 1389; 1390; 1392; 1407
GALLEGO SILVIA	1638
GALLETTO PAULA	1473; 1570; 1572; 1573
GAMBA ARIEL	1431; 1432
GARAVENTO LEONARDO	1608; 1637
GARBE CECILIA	1500
GARBI MARÍA LAURA	1609; 1637
GARCÍA FLORENCIA NADIA	1263; 1614
GARCÍA RAFAEL	1500
GARCÍA ALLENDE LEONARDO	1471; 1583
GARCÍA BES PABLO	1361; 1509
GARCÍA MERCADER MARÍA VÍCTORIA	1411
GARCÍA ZEMEÑO KARLA	1630
GARRIDO VERÓNICA	1578
GARRIGA MATÍAS	1357
GERBY LETICIA	1478
GHIRALDO ANA LÍA	1525
GIACOMANTONE CANDELA	1420
GIANI RITA	1611
GIL AGUSTINA	1435
GIL ANÍBAL	1458
GIMÉNEZ FERNANDO IGNACIO	1428; 1545; 1571; 1665
GIMÉNEZ VILLAMIL CÉSAR	1379; 1409
GIMÉNEZ VILLAMIL MARÍA PAZ	1379; 1409
GIRAUDO FLORENCIA	1609; 1637
GIUDICE FLORENCIA	1449
GIUSTI ANTONELA	1611
GOLDBERG GISELA	1458
GOLDMAN CINTHIA	1420
GÓMES P.	1343
GÓMEZ ESTANISLAO J.	1373
GÓMEZ PERDIGUERO GONZALO	1542; 1544; 1636
GOMILA JORGE	1493
GONDOLESI GABRIEL	1334
GONZÁLEZ DANIELA	1397; 1398
GONZÁLEZ LUCÍA	1618
GONZÁLEZ MARIA	1690
GONZÁLEZ MARÍA LAURA	1665

Apellido y Nombres	Trabajos N°
GONZÁLEZ TERESITA	1507; 1627
GONZÁLEZ VALERIA	1615
GONZÁLEZ ÁNGELA	1261; 1349; 1353; 1355; 1412; 1484
GONZÁLEZ MARÍA LAURA	1570; 1571; 1572; 1573
GONZÁLEZ RAQUEL	1373
GONZÁLEZ LUCIO	1712; 1713
GONZÁLEZ PATRICIA	1495
GONZÁLEZ ANDREA	1383
GONZÁLEZ BALLERGA ESTEBAN	1502
GONZÁLEZ MORANDEIRA CLAUDIA	1441
GONZÁLEZ SUEYRO RAMIRO CRUZ	1570; 1572; 1573; 1668
GRAND EUGENIO	1531
GRASSI LUCIANA	1486; 1620
GRIEVE HILARIA	1611
GRIGUERA NADIA	1466
GRUBER GISELA	1712; 1713
GUALANO GISELA	1466
GUALDRINI UBALDO	1603
GUBITOSI ANALÍA	1680
GUERRERO NATALIA	1486
GUERRINA CLAUDIO	1431; 1432
GULLINO SANTIAGO	1395
GUTIÉRREZ FERNANDA	1593
GUTIÉRREZ SILVINA	1296
GUYOT JULIETA	1514
GUZMÁN LUCIANA	1507; 1627
GUZMÁN MAURICIO	1608
GUZMÁN EDUARDO ANTONIO	1361; 1509
HADAD ADRIÁN	1596
HADDAD LEILA	1466
HAIEK MARÍA SUSANA	1531
HALLER CECILIA	1343; 1466; 1624; 1566
HEREDIA JOAQUÍN	1691
HERMIDA RAQUEL	1374
HERRERA LAURA	1478; 1489
HERRERA LEANDRO	1690
HERTIMIAN MARIANO	1343; 1624
HIDALGO JORGE	1618
HIDALGO MELISSA	1393; 1395; 1675; 1676; 1686

Apellido y Nombres	Trabajos N°
HIGA MARIANO ANTONIO	1642
HIGA MAURICIO	1510; 1511
HUERNOS SERGIO	1458
HWANG HI JER	1296
IANNICILLO HERNÁN ANDRÉS	1385; 1388
IANTORNO MAURO	1286
IBARRA JORGE	1618
IDOETA ADRIÁNA	1580; 1582
INCHAUSPE NICOLÁS	1537
INSAURRALDE WALTER DAMIAN	1224; 1688
IRIARTE MARIEL	1383
ISEAS SOLEDAD	1399
JAMARDO FERNÁNDEZ FLORENCIA	1615
JANJETIC MARIANA	1420
JAUREGUIZHAR FERNANDA	1392; 1389; 1390; 1401
JENSEN MARÍA VIRGINIA	1525
JORDA GRACIELA	1345; 1421
JUÁREZ ANA	1517
KHOURY MARINA	1603
KINDGARD CATALINA	1558
KOHAN MIRIAM	1379; 1409
KOROL ROCÍO	1441
KOZIURA CHRISTIAN	1384; 1470
KUJARUK MIRTA	1680
KUJTA NADIA	1535; 1634
LA VÍA JOSÉ	1558
LABORADA MONTENI JORGE	1471;1583
LACUADRA MARÍA PAZ	1400
LADUX MARCELA	1595
LAFAGE MATÍAS	1603
LAGRUTA MARIANA	1407
LARRIERA ALEJANDRO	1343; 1566; 1624
LASA JUAN	1255; 1290
LAUDANNO OSCAR	1603; 1354; 1495
LAURINI ROCÍO	1393; 1395; 1638; 1675; 1676; 1686
LEMA ROCÍO	1609; 1637
LETTIERI SILVIA	1357; 1286
LEZCANO SEBASTIÁN	1636
LICCIARDELO MARIANA	1391

Apellido y Nombres	Trabajos N°
LITWIN NESTOR	1458
LLANQUIMAN EMANUEL	1643
LLERA SOSA MARÍA MILENA	1460; 1461; 1691
LOCICERO PABLO	1498
LOMBARDO DIANA MABEL	1385
LÓPEZ MARÍA BELÉN	1372
LÓPEZ SERGIO ROBERTO	1359
LÓPEZ MINGORANCE FABIÁNA	1341
LORENZO CRISTINA SOLEDAD	1578
LOTERO POLESEL JULIO CÉSAR	1229; 1230
LOZANO SEBASTIÁN	1580; 1582
LUBIENIECKI DANIELA	1447
LUCERO GISELA	1525
LUCERO SILVANA	1580; 1582
LUCÍA ANDRÉS RODOLFO	1411
LUMI CARLOS	1399
LUNA PABLO	1596
LUNA TIRADO LUCÍA	1393
MACKINNON IGNACIO	1478
MAIDANA MARÍA ALEJANDRA	1539
MALVAREZ ROMINA	1607
MAMPEL ALEJANDRA	1618
MAN MELINA	1634
MANDRILLI NATALIA	1370
MANRESA MERCEDES	1623
MANTERO PAULA	1420
MANZZI GABRIELA	1343; 1344; 1624
MARCHESI OLID LILIANA	1420
MARCHI LAURA	1253; 1500
MARCIANO SEBASTIÁN	1466
MARCOLONGO MARIANO	1428; 1494; 1511; 1630; 1668; 1689; 1690; 1510; 1545; 1571; 1572; 1573
MARCOLONGO MARIANO	1665
MARINI EDUARDO	1525
MARTÍN ALDANA	1695
MARTÍNEZ ANA	1542; 1544
MARTÍNEZ ARTURO	1630
MARTÍNEZ JOSÉ	1466
MARTÍNEZ FEDERICO	1286; 1357
MARTÍNEZ ARTOLA YAMILA	1466

Apellido y Nombres	Trabajos N°
MARTÍNEZ BOERO MARÍA MACARENA	1558
MARTÍNEZ GARMENDIA AGUSTINA	1466
MARTÍNEZ REJTMAN LIRIA	1486; 1493; 1517; 1620
MARUCCI RAÚL SALOMON	1345; 1421
MARUELLI SILVINA	1391
MARZULLO SANTIAGO	1380
MASTRUZZO MARÍA	1354
MATANÓ RAÚL	1254; 1255; 1397; 1398; 1411; 1434
MATOS DANIEL	1527
MAURETTE MARÍA VÍCTORIA	1448
MAURIÑO EDUARDO	1263; 1383; 1399; 1576; 1614; 1643
MELANO MARÍA FLORENCIA	1381
MELLA JOSÉ M.	1373
MELLADO MARÍA JOSÉ	1712; 1713
MÉNDEZ GUILLERMO	1400
MÉNDEZ MARCOS FABIÁN	1566
MENÉNDEZ LORENA	1507; 1627
MENÉNDEZ SILVIA	1449
MERAYO GUZMÁN MARÍA ANDREA	1253
MILANO MARÍA CLAUDIA	1514; 1567
MILITO DANIELA	1399; 1516
MIMURA HUMBERTO	1595
MOHAIDLE ADRIANA	1596
MOLINS GUILLERMO	1615
MONTERO JOAQUÍN	1389; 1407; 1696
MOORE RAFAEL	1261; 1349; 1353
MORA ANDRÉS	1596; 1598
MORÁN GABRIELA	1489
MORÁN FAIENZO GABRIELA	1478
MORENO ADRIÁN	1514
MORENO MARÍA LAURA	1517; 1620
MORETTI ROMINA	1531
MORTARINI MARIA ALEJANDRA	1648
MOUESCA VIRGINIA	1603
MULLER CARLOS	1507
MULQUI MARÍA VÍCTORIA	1642
MUÑOZ FABIO	1636
NAVARRO YURANIS	1449
NAVES ARIEL	1677

Apellido y Nombres	Trabajos N°
NAZAR CRISTINA	1576; 1680
NEDER DANIELA	1648
NEGREIRA SILVIA	1458
NIEVA GÓMEZ MARTÍN	1359; 1509
NIVELONI SONIA	1383; 1614
NOTARI LORENA	1376
OJEDA ESTEFANÍA	1360; 1615
OJEDA SANTIAGO	1580; 1582
OJEDA SONIA	1516
OLIVIERI LUCÍANA	1571
OLMOS JORGE ATILIO	1224; 1366; 1623; 1688
OMONTE ZAMBRANA ANA MARIA	1514
ORBE GUIDO	1379; 1409
ORELLANA DANIELA	1441; 1595
ORELLANA DANIEL	1680
OROZCO GANEM FEDERICO	1466
ORTIZ JIMENA	1407
ORTIZ LUCÍA	1527; 1611
ORTIZ MARÍA JUSTINA	1494
ORTIZ SUÁREZ PAULA	1545
ORTOWSKI CINTHIA	1656
OTEGUI BANNO CARMEN	1507; 1578
OVIEDO ANA	1500
PADILLA LIMBERT	1474
PADÍN LORENZO	1447; 1448; 1449
PÁEZ DE LIMA ANDREA	1587
PAGANELLI ROMINA	1431; 1432
PAGANINI NATALIA	1713; 1712
PAGLIERE NICOLÁS	1537
PANIGADI GUILLERMO N.	1373
PANIZZA CARLA	1441
PANNO CECILIA GABRIELA	1385
PANUNTO MARTA	1379
PARDO BÁRBARA	1505; 1537; 1592
PAREDES SEBASTIÁN	1466
PARISI BEATRIZ	1525
PARRA ESTELA	1461
PARRA WIRTH ESTELA	1691
PASCUAL JUANA	1389; 1390; 1392; 1401; 1407

Apellido y Nombres	Trabajos N°
PASCUAL RUSSO AGOSTINA	1399; 1516
PATERNI MAURICIO	1634
PATRÓN COSTAS GUSTAVO	1359; 1361; 1509
PATRÓN COSTAS LUCAS	1359; 1509
PATTIN FRANCISCO	1334
PAWLUK MARIA E.	1466
PECCI HORACIO	1566; 1624
PEDREIRA SILVIA C.	1373; 1596; 1598
PEPA PABLO	1502
PERAL FRANCO	1286; 1357
PERALTA DANIEL	1261; 1349; 1353; 1355; 1484
PERALTA EDUARDO	1478; 1489
PEREYRA CRISTELA	1393; 1395; 1638; 1675; 1676; 1686
PEREYRA LISANDRO	1373
PÉREZ PAULA	1473
PÉREZ LUCÍA GABRIELA	1668
PÉREZ ESPARZA CARLOS	1391
PÉREZ ESTEBAN NATALIA	1371
PÉREZ RAVIER ROBERTO	1486
PÉREZ TAPIA JAVIER	1565
PERNA LORENA ALDANA	1253; 1500
PERRON NADIA	1360; 1608; 1609
PETRUZZI LUCILA	1296
PINTO SÁNCHEZ MARÍA INÉS	1620
PIÑERO GISELA	1390; 1392; 1401; 1407
PIOMBINO DIEGO	1466
PISANO BELÉN	1642
PISKORZ MARÍA MARTA	1224; 1366; 1623; 1688
POLES NATALIA	1431; 1432
PONCE CARLA SOFÍA	1576; 1680
PORFILIO GULARTE GIOVANNA	1460; 1461; 1691
PORTILLO LUCÍA PAULA	1525
PORTO VALERIA	1646
POZZOLLI DANIEL	1636
PRINSIPE ROMINA	1618
PROMENZIO ESTEBAN	1397; 1398
PUCCI BETIANA	1603
RAMÍREZ MEDINACELLI	JÉSSICA 1668; 1690
RAMOS ROSA	1254; 1255; 1290; 1397; 1398; 1411; 1434

Apellido y Nombres	Trabajos N°
RATUSNU NATALIA	1466
RÉ VIVIANA	1642
RECALDE MARÍA FLORENCIA	1507; 1578
RECHENE JESSICA	1645
REDONDO AGUSTINA	1422; 1502; 1587; 1636
REGAIRAZ LORENA	1507; 1627
REGGIARDO MARÍA VIRGINIA	1389; 1390; 1401
REGNASCO SANTIAGO	1558
REMES TROCHE JOSÉ MARÍA	1630
REY ENZO	1422
REYES TOSO MARÍA LAURA	1334
RICCOBENE IRINA	1680
RÍOS GABRIELA	1578
RÍOS ARIEL HERNÁN	1531
RIU CECILIA	1371
RIU PAULA	1379
RIZZOLO MARIANA	1400
ROBLEDO FERNANDO	1286; 1357
ROCA ENRIQUE	1400
ROCCA ANA	1648
RODRÍGUEZ CAROLINA	1447
RODRÍGUEZ GUADALUPE	1474
RODRÍGUEZ DE MESA VÍCTORIA	1517
RODRÍGUEZ GAZARI MARÍA M.	1466
RODRÍGUEZ NUÑEZ MARIA GUADALUPE	1577
RODRÍGUEZ ORTIZ DE ROZAS MARÍA ROSARIO	1391
ROEL MARIELA	1373; 1598
ROMEO JUAN	1525
ROMERO MARÍA EUGENIA	1565
ROYG JARA DIEGO	1460
RUBIO SANTIAGO	1334
RUF ANDRÉS E.	1466
RUFFINENGO ORLANDO	1401; 1407; 1389; 1390; 1392
RUIZ GONZALO	1400
RUIZ MARCELO	1286; 1357
RUIZ PABLO M.	1466
RUIZ SORIA FACUNDO	1359; 1509
SAÁ EMILIA CRISTINA	1558
SALLER EUGENIA	1474; 1577

Apellido y Nombres	Trabajos N°
SALMON PICO JONATHAN	1593
SALVADORES ROMANO RUBÉN	1361; 1509
SALVI JORGE	1383
SAMBRESQUI ADRIÁN	1603
SAMBUELLI ALICIA	1458; 1535
SAN MIGUEL PATRICIA	1677
SÁNCHEZ ANDRÉS	1608
SÁNCHEZ MARÍA BELÉN	1570; 1572; 1573; 1668
SANGUINETTI JOSÉ MARÍA	1229; 1230
SANTAPAU RAFAEL	1343; 1344; 1624
SANTILLI JUAN PABLO	1384; 1470
SANTINO JUAN PABLO	1665
SARMIENTO FERNANDO	1636
SARTORI DIEGO	1460; 1461
SAYANES VÍCTORIA	1478; 1489
SCACCHI MARIA AGUSTINA	1371
SCHIAVONE LEONARDO	1486
SCHNEIDER ADOLFO	1345
SCIARRETTA MARTÍN	1360
SEIMAH DÉBORAH	1474
SELVINO MARÍA VÍCTORIA	1282
SEQUEIRA AGUSTÍN	1592
SILVA NADIA CARLA YANINA	1653
SMECUOL EDGARDO	1383; 1517; 1620
SOBRERO MARÍA JOSÉFINA	1570; 1572; 1573; 1668
SOCCINI CECILIA	1379
SOIFER LUIS	1261; 1349; 1353; 1355; 1412; 1484
SOLA ALEJANDRO	1618
SOLA MARÍA VÍCTORIA	1712; 1713
SORDÁ JUAN ANTONIO	1224; 1341; 1366; 1502; 1587; 1593; 1422; 1688
SORIANO TANYA	1383; 1527
SORUCO MATHIUS B.	1642
SOTO SUSANA	1656
SOTO BURGOS BÁRBARA NATALIA	1618
SOUTO GONZALO MARTÍN	1343; 1566; 1624
SPEISKY DANIELA	1290
SPIAZZI RENATA ALINA	1514; 1567
SPROVIERO DANIELA	1447
SRODÁ JUAN	1623

Apellido y Nombres	Trabajos N°
STAVE SALGADO KAREN	1255; 1397; 1398
STEFANOLO JUAN PABLO	1354; 1383; 1620; 1623
STEGMULLER BETTINA	1344
SUGAI EMILIA	1383; 1495
TAIRE VALERIA	1566; 1624
TÁLAMO MARTÍN	1354
TALANI ALEJANDRO	1360
TALIAVACHI SILVINA MARIEL	1471; 1583
TARABOLINO MARÍA FLORENCIA	1470
TARIFA ALDO	1486; 1517
TARRAGA MARÍA FERNANDA	1517
TEDESCHI FABIÁN	1495
TELLECHEA ROMINA	1535
TEMPRANO MARÍA DE LA PAZ	1354; 1517
TÉVEZ ADRIANA	1224; 1366; 1623; 1688
TÉVEZ SILVINA	1523
THOMÉ MARCELO	1495; 1531
THOMPSON MARCOS	1466
TIELLI FEDERICO	1441; 1595
TIRADO PABLO	1263; 1458; 1535
TOMATIS JÉSICA	1466
TONATTO CORA	1361
TONN EUGENIO FEDERICO	1471; 1583
TORRES SASSO DAIANA	1535
TRESITA GONZÁLEZ	1578
TREVIZAN VÍCTORIA	1389; 1390; 1392; 1401; 1407
TRUCCO AGUSTINA	1371
TUFARE FRANCISCO	1360; 1608; 1609; 1637
UEHARA TATIANA NOEMÍ	1366; 1367; 1422; 1502; 1593; 1623
VALDEMOROS PAULA	1493
VALDIVIEZO ERICA MICAELA	1359; 1509
VALENTINI JAVIER	1474; 1577
VARELA MARÍA JULIA	1558
VARELA NATALIA	1296
VARGAS FERNANDA	1507; 1627
VARGAS YOLANDA	1360; 1608
VARGAS PINO JONATHAN ROBERTO	1665
VASEN WALTER	1263
VÁZQUEZ HORACIO	1263; 1383; 1399; 1535; 1576; 1614; 1620; 1634; 1643

Apellido y Nombres	Trabajos N°
VECCHIO GABRIELA	1595
VEGA IBARRA GLORIA MILA	1428
VELIZ EDUARDO	1531
VERDÚ ELENA	1383
VIDES ALMONACID GERARDO	1229
VIGLIONE RICARDO	1344
VIJODITZ JAVIER	1505; 1537; 1592
VILLALBA JAVIER	1374
VILLAMIL ALEJANDRA MARÍA	1668
VILLVERDE AUGUSTO	1360
VIOLA LUIS	1245; 1380; 1435; 1523
VISMARA FLORENCIA	1712; 1713
VISSO ANA	1505; 1537; 1592
VITALE LUICINA	1360
VIZCAINO BEATRIZ	1596
VOLPACCHIO MARIANO	1593
VOROBIOFF JULIO	1392
WANDA ELENA	1542
WALDBAUM CARLOS	1341; 1422; 1502; 1593
WEINSCHLBAUM RENATA	1496
WONAGA ANDRÉS	1245; 1435; 1593
YANTORNO MARTÍN	1360; 1637; 1609
YANTORNO SILVINA	1334; 1466
YAÑEZ CAROLINA	1286
YAÑEZ CHAVEZ DAIANA	1357
ZAGALSKY DAVID	1282
ZALAZAR FABIÁN	1495
ZANETTI MATÍAS	1620; 1486; 1493
ZARATE FABIÁN EDUARDO	1381
ZÁRATE FABIÁN	1653
ZAVALLA YALJ JUAN CRUZ	1376
ZERBO OSVALDO	1491; 1634
ZEREGA ALINA	1466
ZUBIAURRE IGNACIO	1255; 1290; 1398
ZUBILLAGA MARCELA	1420
ZUTARA TANIA	1486

TC - ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Código: 1698

HALLAZGO ENDOSCÓPICO EN PACIENTES CON CLÍNICA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS

María Ughelli.

Hospital de Clínicas - departamento central - Paraguay

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.1.Esófago, Estómago y Duodeno

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON CLÍNICA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. INTRODUCCION: La EDA (Endoscopia Digestiva Alta) se ha convertido en el "Gold Standard" para diagnóstico de patologías digestivas altas, ya que permite localizar e identificar el origen de la hemorragia, evaluar la velocidad de sangrado, definir cuál de todas las lesiones es la causa de sangrado y riesgo de re-sangrado. OBJETIVOS GENERAL: Identificar las lesiones endoscópicas más frecuentes en los pacientes (pctes) con clínica de hemorragia digestiva alta, en el Hospital de Clínicas, periodo junio 2013-junio 2014. ESPECIFICO: Caracterizar a la muestra según datos demográficos y clínicos. Describir los tipos de tratamientos endoscópicos y médicos recibidos. RESULTADOS Y DISCUSION: Durante el periodo junio 2013 - junio 2014 se realizaron 1370 EDA. 273(19,92%) en base a la historia y clínica de sangrado digestivo alto. La edad media fue de 60±18 DE. Predominio masculino. El mayor número de pctes consultaron por el Servicio de URGENCIAS ADULTO, 214(78,4%); seguido de pctes derivados desde Consultorio Externo. 55(20%). Motivo Consulta: melena 134(49,1 Hematemesis 81(29,7%), rectorragia 13(4,8%), Hematoquezia 2(0,7%). Analizando el tiempo de evolución, desde el inicio de los síntomas hasta la consulta, tomando como referencia solo aquellos que consultaron por el servicio de URGENCIAS, 214(78,4%) pctes, 83 (38%) fueron excluidos por no contar con datos sobre el tiempo de evolución. De los 131(61,2%) pctes restantes, 33(25,2%) pctes, consultaron con una historia de sangrado menor o igual a 12hs, 35(26,7%) de 13 a 24hs de evolución y 63(48%) con más de 24hs de evolución. Tratamientos Endoscópicos recibidos: Hemoclip 1(0,4%), Adrenalina, Ligadura Elástica 4(1,5%), Adrenalina 8(2,9), Ligadura Elástica 11(4%), No recibieron tratamiento Endoscópico 249(91,2%).Total: 273 pctes. De los 214 pctes derivados de URGENCIAS: 20(9,34%) recibieron como único tratamiento Goteo de omeprazol continuo. 194 pctes (90,6%) restantes, recibieron Bolos de omeprazol a horario, acompañado o no de tratamiento Endoscópico. La causa más frecuente de sangrado fue la úlcera péptica (Gastro-Duodenal) 98(35,9%), siendo la úlcera Gástrica a predominante 59(60,2%) FORREST Tipo III. En segundo lugar Varices Esofágicas/Gástricas 54(19,8%).Entre las menos frecuentes: Neoplasias, desgarros de Mallory-Weiss, Lesión de Dieulafoy, Angiodisplasia, Duodenitis/Bulbitis erosiva, tx sub epitelial ulcerado, entre otros. CONCLUSION: La causa más frecuente de HDA sigue siendo la úlcera péptica, el sexo masculino el más afectado. La consulta tardía en el Servicio de Urgencias, así como el inicio precoz de perfusión intravenosa de IBP disminuye la tasa de sangrado activo y el requerimiento de tratamiento endoscópico, podrían ser la causa del mayor porcentaje de hallazgos de Ulceras Pépticas en estadio FORREST III.

TC - ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Código: 1681

"HEMORRAGIA DIGESTIVA COMO MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE ANEURISMA GIGANTE DE ARTERIA HEPÁTICA"

Jorge E Alach; Alejandro U Buscaglia; Paula A Chavero; Marcela V Contreras; Marcelo R De faveri; Julio C De maria; Raul F Matanó; Claudio A Santos; Leandro A Spalletti.

Hospital Italiano de La Plata - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.1.Esófago, Estómago y Duodeno

Introducción El aneurisma de arteria hepática (AAH) es poco frecuente con una incidencia estimada de 0,002%-0,4%. Se cree que representa el 20% de los aneurismas viscerales. El aumento de la disponibilidad de nuevas tecnologías ha permitido detectar un mayor número de dichas lesiones. Son más frecuentes en el sexo masculino y su presentación clínica es variable, con dolor abdominal, anemia, ictericia, hemobilias y hasta asintomático. La fistulización es más frecuente con el árbol biliar y la comunicación con el tubo digestivo solo ha sido reportada en pocos casos. La mortalidad por su ruptura espontánea es alta. El AAH es un desafío diagnóstico debido a que es una patología infrecuente con múltiples opciones terapéuticas. Objetivo Presentar un caso de aneurisma de arteria hepática complicado con una fistula duodenal Materiales o pacientes Se presenta el caso de un hombre de 69 años con

antecedente de hipertensión arterial (en tratamiento con losartán) y tabaquismo que consulta en guardia por presentar dolor abdominal de seis semanas de evolución, melena y episodio de hematemesis dentro de las 12 horas previas a la consulta. Al examen físico se encuentra taquicárdico, con hipotensión arterial (que revierte con infusión de volumen), abdomen no doloroso, sin masas palpables y se observa abundante débito de sangre rojo rutilante a través de sonda nasogástrica. Se realiza videoendoscopia digestiva alta de urgencia y se observa en bulbo duodenal una lesión elevada de aspecto extra mucoso con una pequeña ulceración con un coágulo adherido. Ante sospecha de lesión submucosa se indica internación en unidad de terapia intensiva y se realiza tomografía computada de abdomen con contraste oral y endovenoso, observándose un aneurisma gigante de arteria hepática complicado con fistula a duodeno. Luego de realizarse el estudio, el paciente presenta súbitamente episodio de hematemesis y hematoquezia masiva, con shock hipovolémico y paro cardiorespiratorio, que responde a maniobras de resucitación. Se realiza arteriografía selectiva a cargo de servicio de hemodinamia observándose aneurisma gigante con imagen compatible con fistulización a tubo digestivo. Se coloca Plug de 8 mm con control angiográfico evidenciándose embolización de arteria hepática sin fistula residual. Continúa internación en unidad de cuidados intensivos y fallece 24 horas posteriores al procedimiento, como consecuencia del Métodos, resultados y conclusiones El método seleccionado es el reporte de caso. Se comunica un caso de aneurisma gigante de arteria hepática complicado con fistula duodenal. Consideramos importante reportar un caso de hemorragia digestiva de etiología poco frecuente y de alta mortalidad. La sospecha clínica permite optimizar la selección de métodos de diagnóstico y tratamiento.

TC - ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Código: 1575

INDICACION DE ENDOSCOPIA EN PACIENTES CRITICOS CON CAÍDA DE HEMATOCRITO SIN SIGNOS DE SANGRADO GASTROINTESTINAL

Andrés Sánchez; Martín Diego Di Marco; Alejandro Buscaglia; Pablo Cura; Adrian Anselmo Bologna; Alicia Scarponi; Ernesto Giergoff; Martín Sciarretta; Ivanna Candel; Yolanda Vargas; Rocío Lema; Sofía Domeniconi; Gloria Romero; Francisco Tufare.

Hospital Interzonal General de Agudos José de San Martín - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.1.Esófago, Estómago y Duodeno

INTRODUCCIÓN La anemia aguda evidenciada por una caída de hematocrito (hto) en pacientes hospitalizados en cuidados críticos es una entidad cotidiana. Encontrar su etiología es fundamental para instaurar su tratamiento inmediato. Las pérdidas gastrointestinales altas (gia) son una de las causas. Ésta se evidencia por presentar síntomas de sangrado como hematemesis y melena o signos como lavado gástrico y tacto rectal positivos. Para objetivarla contamos con video endoscopia alta (veda). Ante la ausencia de estos signos se plantea si la endoscopia tiene indicación. Siendo un estudio invasivo, seguir un criterio basado en la evidencia resulta de importancia. Buscamos conocer los resultados de las endoscopias realizadas a pacientes en cuidados críticos que presentan caída aguda del hematocrito sin presentar evidencia de sangrado. OBJETIVOS conocer la frecuencia en que la caída del hto sin evidencia de sangrado se debe a una causa gia. Como también conocer qué porcentaje requiere tratamiento endoscópico. MATERIALES Y MÉTODOS se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de pacientes internados en terapia intensiva que presentaron anemia aguda objetivada por caída de hto mayor a 3 puntos, sin evidencia de sangrado gia. Se objetivó motivo de consulta, hematocrito, resultado de tacto rectal y de lavado. Se realizó veda observando si presentó resultados positivos y si requirió terapéutica tanto endoscópica como médica. Resultados se recolectaron 21 pacientes a los cuales se les realizó veda. Todas las endoscopias fueron completas. De los 21 pacientes se encontraron hallazgos en 9, siendo 12 endoscopias negativas. De éstos 9 estudios en 7 se encontraron lesiones en tracto gastrointestinal y 2 en hipofaringe. Por esto 33.3% (7 De 21) presentaron hallazgos atribuibles a patología gastroenterológica. Dentro de los 7 pacientes con hallazgos, 3 presentaron gastritis erosiva sin evidencia de sangrado, interpretando que la caída de hematocrito no fue debida a aquella causa. Los 4 pacientes restantes (19%) presentaron lesiones que cambiaron una conducta médica, 2 por presentar úlcera gástrica forrest iii a quienes se indicó tratamiento con ibp y 1 por presentar úlcera por decubito de sng al que se le retiró la sng. El paciente restante fue el único que requirió tratamiento endoscópico (4.76%) Por úlcera gástrica forrest iia la cual se trató de manera combinada con inyección de adrenalina 1:20.000 Y método mecánico con hemoclip. CONCLUSIÓN la caída de hematocrito en pacientes en unidades críticas es un evento frecuente. La hemorragia digestiva alta es una de las causas que pueden producirla. La veda es fundamental para realizar el diagnóstico y eventual tratamiento. A pesar de que los hallazgos endoscópicos en pacientes sin evidencia de sangrado raramente requieren de tratamiento endoscópico, realizar el estudio puede modificar la conducta terapéutica.

TC - ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA**Código: 1555****PREVALENCIA DE METAPLASIA INTESTINAL GÁSTRICA EN UN SERVICIO DE ENDOSCOPIA ASIA INTESTINAL GÁSTRICA**

Fernanda Dorado; Jorgelina Graciano.

SAGE. S. Dupuytren - Bs. As. - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.1.Esófago, Estómago y Duodeno

Debido al progresivo envejecimiento de la población, se ha registrado un aumento de la prevalencia de cáncer gástrico, cuyo diagnóstico temprano lleva a una mayor sobrevida. La metaplasia intestinal gástrica es el mejor marcador de riesgo para este cáncer. Sin embargo el costo-beneficio del screening endoscópico para cáncer gástrico, no está probado fuera de Asia. La prevalencia reportada de metaplasia intestinal gástrica en países occidentales varía en un rango de 7%-25%. El objetivo de nuestro trabajo es describir la prevalencia de metaplasia intestinal gástrica en pacientes derivados para endoscopia digestiva alta a nuestro Servicio.

TC - ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA**Código: 1652****PERFORMANCE DIAGNÓSTICA DE LA GLUCOSA INTRAQUÍSTICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS QUISTES PANCREÁTICOS MUCINOSOS**

Inés Oria; Augusto Villaverde; Juan Pizzala; Emiliana Martínez; Oscar Mazza; Analía Pasqua; Victor Abecia; Mariano Marcolongo.

Hospital Italiano de Buenos Aires y Hospital San Martín de La Plata - Capital Federal - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

Introducción: El diagnóstico preoperatorio de las lesiones quísticas pancreáticas continúa siendo deficiente por lo que varios marcadores intraquísticos han sido evaluados mediante ecoendoscopia con punción (EUS/FNA) en los últimos años. La glucosa es una alternativa atractiva que ha demostrado ventajas sobre el resto los marcadores intraquísticos en algunos reportes. Objetivos: Evaluar la performance diagnóstica de los valores de glucosa intraquística obtenida por EUS/FNA en el diagnóstico de los quistes mucinosos. Materiales y métodos Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes que realizó EUS/FNA por quistes pancreáticos entre Junio 2018 y Junio 2019 en dos centros de alta complejidad. Analisis estadístico Se evaluó la sensibilidad, especificidad, valores predictivos y área bajo la curva (AUC), con sus intervalos de confianza del 95%, para un valor de glucemia en el líquido intraquístico menor a 50mg/dl. Se definió como quiste mucinoso a aquel que presente histología compatible en pacientes operados, y en los no operados basado en los criterios del líquido intraquístico (citología positiva, CEA > 192ng/ml, string sign positivo) Resultados Se incluyeron 27 pacientes, la media de edad fue 63.4 (DS 12.9) y 18 (66.7%) fueron mujeres. 18 pacientes presentaron diagnóstico definitivo de quiste mucinoso lo que constituye una prevalencia del 67% (IC95% 46-83.5). Presentaron glucosa baja en el líquido 20 pacientes (74,1%). La sensibilidad fue 94.4% (IC95% 72.7-99.9). La especificidad fue 66.7% (IC95% 29.9 -92.5). El valor predictivo positivo fue 85% (IC95% 62.1- 96.8). El valor predictivo negativo fue 85.7% (IC95% 42.1- 99.6). El área bajo la curva (AUC) fue 0.81 IC 95% 0.63-0.98) Conclusión: La concentración de glucosa intraquística es un marcador muy preciso, accesible y de bajo costo para el diagnóstico de quistes mucinosos, Debería considerarse de rutina en la punción de los quistes pancreáticos.

TC - ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA**CÓDIGO: 1650****QUISTES PANCREÁTICOS: VALOR AGREGADO DE EUS-FNA SOBRE EUS Y RMI. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALTA COMPLEJIDAD**

Eduardo Pizzala; Ines Oria; Augusto Villaverde; Dalila Urgiles; Analía Pasqua; Oscar Mazza; Victor Abecia; Mariano Marcolongo.

Hospital Italiano - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

Introducción: La ecoendoscopia (EUS) y la colangiopancreatografía (CPRMN) son herramientas valiosas en la caracterización y manejo de las lesiones quísticas pancreáticas (LQP). Sin embargo, el diagnóstico preoperatorio de las LQP sigue siendo un desafío. La aspiración con aguja fina (FNA) guiada por EUS, nos permite analizar el líquido intraquístico y obtener así información adicional. Objetivos: Comparar la concordancia entre el diagnóstico de quiste por FNA, con la obtenida por dos métodos de diagnóstico por imagen (morfología EUS y CPRMN). Evaluar si EUS-FNA ofreció algún beneficio en casos de CPRMN no concluyente. Materiales y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los registros informáticos de todas las ecoendoscopias digestivas realizadas entre Enero 2015 y Diciembre 2018 y se incluyeron los pacientes con diagnóstico de quistes pancreáticos. Se analizaron las

imágenes, el líquido quístico pancreático (PCF) y el seguimiento Resultados: De un total de 2238 ecoendoscopias realizadas, 319 presentaron diagnóstico de quistes pancreáticos. Se realizó punción en 139 pacientes: 62 (44,6%) fueron clasificados como mucinosos según el CEA y/o la citología. La concordancia entre el diagnóstico presuntivo del quiste por punción, con el obtenido por EUS fue 89,2% (Kappa 0.78, P<0,001). La concordancia entre el diagnóstico presuntivo del quiste por punción, con el obtenido por CPRMN fue 72,66% (Kappa 0.41, P<0,001) Por otro lado, de los 319 pacientes con quistes pancreáticos 60 (18,8%) tenían resultado indeterminado en la CPRMN y por morfología endosonográfica 31 obtuvieron un diagnóstico presuntivo. En cambio, en el grupo de los 139 pacientes punzados la CPRMN era indeterminada en 40 pacientes (28,8%) y la punción diagnosticó 36 de los 40 pacientes (90%) Conclusión: En nuestro estudio, la EUS +/- FNA fue superior a la CPRMN, especialmente en casos de CPRMN no concluyente.

TC - ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA**Código: 1697****FRECUENCIA DE POLIPOS COLONICOS Y CANCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL DE BARRIO OBRERO**

María Ughelli; Carolina Miranda; Hilda Bernal.

Hospital de Clínicas - departamento central - Paraguay

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon

INTRODUCCION: Pólipo es una descripción macroscópica para denominar un tumor o crecimiento localizado que protruye desde la pared hacia la luz intestinal. Según su histología pueden ser neoplásicos y no neoplásicos. La secuencia adenoma-carcinoma es bien conocida y se acepta que más del 95% de los adenocarcinomas proceden de un adenoma. OBJETIVOS: General: Determinar la frecuencia de pólipos recto colonicos y/o Cáncer colorrectal en pacientes sometidos a colonoscopia en el Hospital de Barrio Obrero. Específicos: Caracterizar a la muestra según datos demográficos y clínicos. Describir la forma, número y distribución topográfica. Analizar la histología. METODOLOGIA: observacional, retrospectivo. Se revisaron informes de colonoscopias e informes histológicos, período 1 de julio de 2013 a 31 de diciembre de 2014 de pacientes de ambos sexos, sin rango etario, sintomático/asintomático, con pólipos y/o Cáncer Colorrectal en la colonoscopia. RESULTADOS Y DISCUSION: Del total de 331 colonoscopias se hallaron 73(22%) pacientes con pólipos y 16(5%) con lesiones de aspecto neoplásico. El promedio de edad fue 58±11 años y 60±14 años respectivamente. La mayoría sintomáticos. 37 pacientes con pólipos eran de sexo femenino y 36 de sexo masculino. Una ligera tendencia hacia el sexo masculino para el Cáncer Colorrectal. Aquellos con pólipos, 54(74%) eran únicos, 19(26%) múltiples. Se hallaron en total 107 pólipos, 74(69%) sésiles, 27(25%) pediculados, 3(3%) sub pediculados, 3(3%) pólipos planos. En relación a la histología, 22 no adenomatosos y 52 adenomatosos, 1 pólipo subpediculado rectal informo Carcinoma In situ, 32 pólipos sin informe histológico. El 81% de las lesiones neoplásicas se hallaban en colon izquierdo. El 50% eran lesiones estenosantes. Solo 2(13%) pacientes tenían pólipos colonicos asociados. 8(50%) eran Adenocarcinoma Infiltrante moderadamente diferenciado Grado I, seguido de Adenocarcinoma Infiltrante Pobremente diferenciado Grado III, 2(13%) Estos hallazgos coinciden con otros trabajos publicados. CONCLUSION: Del total de colonoscopias 22% presentaron pólipos. La mayoría sintomáticos, sésiles, localizados en colon izquierdo y correspondían a pacientes mayores de 50 años, lo que confirma la regla. En aquellos con lesiones de aspecto neoplásico, la edad promedio fue mayor a 50 años y de mayor localización en colon izquierdo. La presencia de adenocarcinoma asociado a pólipos fue baja comparada con hallazgos de adenocarcinoma sin pólipos, esto podría explicarse porque el 50% eran lesiones estenosantes a nivel rectal o unión recto sigmoidea, siendo el estudio incompleto. Teniendo en cuenta la secuencia adenoma-cáncer, es importante el screening de Cáncer Colorrectal en pacientes asintomáticos y sintomáticos para la detección temprana de pólipos, sobretodo en mayores de 50 años.

TC - ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA**Código: 1557****TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS MEDIANTE VIDEOCOLONOSCOPIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE MENDOZA**

Ana Laura Richardi; Belén Bussetti; Carolina Dutto; Lorena Leiva; Alfredo Torres; Romina Victoria; Carolina Viñuela; Lucrecia Koll; Oliver Jorge; José Adi.

Hospital Lagomaggiore - Mendoza - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon

INTRODUCCION: En Argentina, el cáncer colorrectal (CCR) ocupa el tercer lugar de todos los cánceres para ambos sexos. Es uno de los que cuenta con mayor posibilidad de prevención debido a que su lesión precursora (adenoma) es de lento crecimiento. La tasa de detección de adenoma (TDA) es fundamental dentro de los parámetros de calidad de una videocolonoscopia (VCC). Objetivo Primario: Evaluar TDA en el total VCC realizadas, teniendo en cuenta la edad (> y < de 45 años), la preparación colónica (satisfactoria vs insatisfactoria). Objetivo secundario: Evaluar la TDA en pacientes incluidos en programa de prevención y detección temprana de cáncer colorrectal, teniendo en cuenta la preparación colónica, y la misma comparando

la con la TDA obtenida en el total de VCC realizadas. MATERIALES Y METODOS: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo. Datos obtenidos de VCC realizadas por diferentes motivos (dolor abdominal, anemia, enfermedad inflamatoria, etc) en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Lamomaggiore entre Enero 2016- Febrero 2019. Se seleccionaron además aquellos pacientes que se le realizó screening de CCR. Se valora TDA, teniendo en cuenta edad y preparación colónica. Se compara TDA de todos los pacientes admitidos para realización de VCC con pacientes admitidos por screening de CCR. RESULTADOS: Un total de 2404 VCC fueron analizadas, 57,36% eran femenino, el resto masculino. La edad promedio fue de 51 años. Se detectaron 375 adenomas resultando TDA 15,31%. (Mujeres 12,03%, hombres 18,34%). Respecto a la edad la TDA fue mayor en los paciente >45 años (17,58% vs 7,44%). De acuerdo a la preparación colónica, en preparación satisfactoria la TDA fue mayor comparada con la preparación insatisfactoria (13% vs 2,62%. (p: 0,093). En el subgrupo estudiado por screening se analizaron un total de 241 VCC (10% del total de VCC). La TDA fue 21,57%, 16,35% mujeres y 25,60% hombres. En preparaciones satisfactorias fue de 17,42 % vs insatisfactorias 1,24%. (p: 0,030). CONCLUSIONES: La TDA obtenida en el total de VCC fue menor a la recomendada en la literatura (15% para mujeres y 25% para hombres). Esto podría corresponder al alto porcentaje (18%) de VCC con preparación insatisfactoria, lo cual disminuye la TDA. Otro parámetro que puede influir es la cantidad de pacientes <45 años en donde es esperable que el hallazgo de adenomas sea menor. También es importante la influencia de la variabilidad interoperador, ya que en nuestro servicio consta con formación de residentes supervisados por médicos de planta, lo que puede también disminuir la TDA. También se demuestra que la TDA es significativamente mayor en pacientes con preparación colónica satisfactoria especialmente en el grupo de screening en donde la TDA si fue mayor a la recomendada. Por otro lado, se plantea que para disminuir la mencionada variabilidad interoperador se debe insistir en la observación minuciosa por parte del endoscopista y en respetar el tiempo de retirada recomendado.

TC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Código: 1682
HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CAPITAL FEDERAL

Carlos Brodersen; Lorenzo Padin; Sergio Etchepare; María Victoria Maurette; Yurani Navarro; María Belén Di Donato; Victoria Marturano.

Hospital Durand - CABA - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon

INTRODUCCIÓN: en el mundo, más de once billones de personas presentan deficiencia de hierro, de acuerdo con la OMS. Esto representa cerca del 25% de la población total, siendo el origen gastrointestinal el de mayor relevancia en hombres después de los 50 años y en mujeres postmenopáusicas. Es por eso que el Panel Europeo sobre la Adecuación de la Endoscopia Gastrointestinal (EPAGE) aconseja realizar endoscopia alta y baja para su estudio. OBJETIVO: estudiar cuáles son los hallazgos más frecuentes en los estudios endoscópicos cuya indicación es la anemia ferropénica. MATERIALES Y METODOS: se realizó un estudio de corte transversal desde el año 2016 hasta el 2019 en el Hospital Carlos G. Durand (CABA) con una muestra de 161 pacientes a quienes se les realizó un estudio de endoscopia digestiva alta (VEDA) y/o baja (VCC), incluyendo aquellos que tuvieran más de 18 años, diagnóstico de anemia ferropénica (hemoglobina menor a 13 gr/dl para hombres y 12 gr/dl para mujeres con niveles de ferritina menores a 15 µg/L) y que fueran asintomáticos. RESULTADOS: el 67% de los pacientes incluidos fueron de sexo femenino, la mediana de edad de 60 años. En cuanto a la localización anatómica de las patologías, el 35 % de los pacientes presentaron hallazgos positivos tanto en VEDA como en VCC; el 33% solo presentó hallazgos en la endoscopia baja y un 22% solo en la alta. Un 10% no presentó ninguna lesión. Los hallazgos más frecuentes en VEDA fueron gastropatía erosiva (12.4%), presencia de Helicobacter Pylori (12.4%) y esofagitis grado C (6.9%). En las colonoscopias, los hallazgos preponderantes fueron hemorroides (17.3%), en segundo lugar divertículos (13.3%) y pólipos, que en la anatomía patológica resultaron ser adenomas tubulares con displasia de alto grado (9.3%). CONCLUSION: la realización de estudios endoscópicos del tracto gastrointestinal como arsenal de primera línea, además de descartar otras patologías pertinentes según edad y sexo, continúa siendo una recomendación vigente y acertada para contribuir al diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica asintomática ya que en muchos casos, aunque afortunadamente no la mayoría, puede haber una patología maligna subyacente. COMENTARIOS: en el algoritmo para el estudio de anemia ferropénica los estudios endoscópicos son de primera línea.

TC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Código: 1579
EVALUACIÓN DE CALIDAD EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA, EN UN HOSPITAL DE AGUDOS COMPARADOS CON REGISTROS PREVIOS A LA ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA

Belén Bussetti; Ana Laura Richardi; Carolina Dutto; Lorena Leiva; Romina Victoria; Alfredo Torres; Carolina Viñuela; Lucrecia Koll; Oliver Jorge; Jose Adi.

Hospital Lagomaggiore - Mendoza - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon

INTRODUCCIÓN Debido a la implementación de programas de detección de cáncer colorrectal (CRC) a nivel nacional, ha conducido a la revisión de los parámetros de calidad de la videocolonoscopía (VCC). OBJETIVO: Evaluar indicadores de calidad y seguridad útiles para mejorar desempeño de las unidades de Endoscopia Digestiva. Conocer la evolución del servicio comparada con otro periodo previo a la organización de la unidad de endoscopia. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, protocolizado y observacional desde febrero del 2016 a febrero del 2019, comparando con periodo previo a la organización de la unidad de endoscopia (2010). Método estadístico: medidas de tendencia central, medidas de dispersión, chi2 y test de student. RESULTADOS: Se incluyeron un total de 2389 VCC en el periodo del 2016-2019. Edad promedio fue de 50,75 años (DS±10,64); el 57,76 % (n 1380) del total correspondieron a sexo femenino. Tiempo promedio de espera fue de 23,37 días. Firmaron el consentimiento informado el 100% de los pacientes (pac). Se realizaron con anestesia general mínima 100% (n 2389). Del total de pac. el 81,67 % (n1877) se consideraron con una preparación colónica satisfactoria (BBPS ≥ 6). En el 93,47 % (n 2233) de los pac. se logró intubación cecal (IC). Se realizó ileoscopia a sólo al 18,02% (n 156). La tasa de detección de adenomas (TDA) del 15,82 % (378/2389), TDA >de 50 años 22,16% (324/1462). Tasa de detección de pólipos(TDP) del 35,45% (847/2389) TDP >de 50 años de 40,83% (597/1462). Tasa de polipectomía adecuada del 77%. Biopsias en el 49,19% (n 61) para diarrea crónica y del 67,78% (101) para EII. La tasa de complicaciones fue del 0.16 % (un sangrado post-polipectomía y tres perforaciones, uno de ellos falleció y el resto se resolvió endoscópicamente). Al comparar con el periodo preorganización 2010 (n 307), no hubo diferencias estadísticamente significativas respecto al pedido de consentimientos (100% vs 98%), tiempo de espera 23,7 días vs 10,39 días, TDA y en la realización de biopsias para diarrea crónica e EII. Si hubo diferencias significativas en preparación colónica satisfactoria de 81,67% vs 54,30% (ic95%; p<0,05), tasa de IC 93,74% vs 75,83% (ic95%; p<0,05), TDP fue del 35,45% vs el 22,14% (ic95%; p<0,05). CONCLUSIÓN: Los resultados obtenidos fueron relevantes al compararlos con los registros previos a formación de unidad de endoscopia y que en gran medida se conciden con lo estandarizado por las sociedades científicas. Creemos conveniente continuar a futuro implementado y re-evaluando dichas medidas de rendimiento, en especial la reformulación del informe, agregando datos que posteriormente facilitarían la recopilación de los mismos para ofrecer estudios de mayor calidad.

TC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Código: 1300
¿AVALA EL ANÁLISIS DE LA TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS EN DIFERENTES INTERVALOS DE EDAD LA RECOMENDACIÓN DE COMENZAR LA PESQUISA DEL CÁNCER COLORRECTAL A LOS 45 AÑOS?

Bleenis R. Gutiérrez; José L. Fernández; Federico I. Cassella; Andrés Wonaga; Luis A. Viola.

Centro Integral de gastroenterología - CABA - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon

Antecedentes. La detección y extirpación de los pólipos precancerosos es un objetivo importante para reducir el riesgo subsecuente de cáncer colorrectal (CCR). Recientemente, la American Cancer Society recomendó bajar de 50 a 45 años la edad de comienzo para pesquisar el CCR. Sin embargo, son limitados los datos sobre la prevalencia de las lesiones precursoras en adultos más jóvenes. Objetivo. Evaluar la tasa de detección de adenomas (TDA) en diferentes intervalos de edad. Métodos. Estudiamos una revisión retrospectiva de las colonoscopias realizadas por cualquier indicación a pacientes ambulatorios de 18 o más años de edad en un centro de endoscopia de Buenos Aires, durante el período de enero de 2016 a mayo de 2017. Se registraron las características de los pacientes y del estudio (edad, sexo, tasa de llegada a ciego, escala de Boston). Se evaluó la TDA en la población total y en los pacientes con indicación de pesquisa de CCR. Los pacientes fueron divididos según la edad en los siguientes grupos: 50 o más años (grupo 1), menores de 50 años (grupo 2), 45 a 49 años (grupo 3), 50 a 54 años (grupo 4), y 55 a 59 años (grupo 5). Se compararon las TDA en cada grupo usando una prueba de x2. Resultados. Analizamos 2.665 colonoscopias, la indicación fue la pesquisa de CCR en 1.438 de ellos, 1.359 pacientes eran mujeres y 1.306 hombres, la edad promedio fue 56,0 +/- 12,8 años, la tasa de llegada a ciego fue 96,5%, y la escala de Boston promedio fue 6,52 +/- 1,16. Se detectaron adenomas en 457 de 1.956 pacientes del grupo 1 (TDA 23,4%) y en 66 de 709 del grupo 2 (TDA 9,3%) (P = 0,000). En el grupo 3, tenían adenomas 30 de 215 pacientes (TDA 13,9%); en el grupo 4, 63 de 383 (TDA 16,4%); y en el grupo 5, 104 de 438 (TDA 23,7%) (grupo 3 vs. grupo 4: P = 0,49, grupo 4 vs. grupo 5: P = 0,012). Considerando la población de pesquisa, se detectaron adenomas en 260 de 1.225 pacientes del grupo 1 (TDA 21,2%) y en 34 de 213 del grupo 2 (TDA 15,9%) (P = 0,045). En el grupo 3, tenían adenomas 18 de 94 pacientes (TDA 19,1%); en el grupo 4, 39 de 273 (TDA 14,2%); y en el grupo 5, 62 de 292 (TDA 21,2%) (grupo 3 vs. grupo 4: P = 0,34, grupo 4 vs. grupo 5: P = 0,04). Conclusiones. Aunque, tanto en la población total como en la de pesquisa, la TDA fue significativamente mayor en los pacientes de 50 o más años que en los pacientes menores de 50 años, no hubo diferencias entre los intervalos de 45 a 49 años y de 50 a 54 años. La diferencia se hizo significativa cuando se consideraron los pacientes de 55 a 59 años. La TDA similar en los pacientes de 45 a 54 años sugiere que la pesquisa del CCR debería comenzarse a los 45 años.

TC- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA

Código: 1309**UTILIZACION DE SCORES ENDOSCOPICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL***Mariano Biagioni; Olga Quintero; Andres Wonaga; Juan Sorda; Maria Eugenia Linares.*

Hospital de Clinicas José de San Martín, Sección Enfermedad Inflamatoria Intestinal - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon

La evaluación de la actividad endoscópica en la era de la "curación mucosa" continúa siendo un desafío en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Para ello se han propuesto varios scores endoscópicos pero muy pocos han sido validados adecuadamente y su uso esta principalmente restringido a ensayos clínicos. Objetivos: Evaluar el conocimiento y aplicación de los índices de severidad en EII en endoscopistas de la República Argentina y averiguar que variables se asocian a la utilización de scores. Material y método: Estudio descriptivo de corte transversal durante el año 2019, a través de un cuestionario de carácter anónimo que se distribuyó mediante correo electrónico y mensajería móvil a médicos endoscopistas de Argentina. Se tomaron datos del médico y preguntas que evalúan la aplicación de índices endoscópicos de severidad en colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC). Para el análisis estadístico se utilizó el programa Stata 15.1. Para comparar variables dicotómicas se utilizó Chi Cuadrado. Resultados: La encuesta fue contestada por 149 endoscopistas. El 75,17% de los encuestados utiliza correctamente los scores de actividad en CU (67.8 MAYO y 7.38% UCEIS) y el 20.8% no utiliza scores. En el caso de EC solo el 26.84% los utiliza adecuadamente (12.75% CDEIS y 14.09% SES-CD) y el 40.9% no utiliza scores. Encontramos diferencia significativa en relación a la cantidad de pacientes con EII que ven mensualmente los endoscopistas en consultorio: en CU, los que ven mas de 10 pacientes al mes con EII, el 90.91% utiliza scores adecuados y en los que ven menos de 10 pacientes, sólo el 70.69% los utiliza correctamente (p 0.018). Similares resultados se observan en EC: en los que ven menos de 10 pacientes al mes con EII, el 48.4% utiliza scores adecuados vs 20.6% los que evalúan menos de 10 (p 0.001). Encontramos que la edad del endoscopista es relevante: En CU 87.34% de los menores a 40 años utiliza adecuadamente los scores vs el 61.43% en mayores a 40 (p 0.000). En el caso de EC, 39.24% de los menores de 40 años utilizan scores adecuados y en mayores solo el 12.86% (p 0.000). Conclusiones: Hay mayor conocimiento y adherencia en la utilización de scores endoscópicos de severidad en CU que en EC. Las variables comunes para el uso de scores fueron una edad menor de 40 años y más de 10 consultas mensuales de pacientes con EII. Consideramos que es necesario desarrollar estrategias de capacitación para el seguimiento de pacientes con EII.

TC- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA

Código: 1454**EVALUACIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL DE INTERVALO EN DOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL***María Victoria Mulqui; María Florencia Alvarez; Nadia Belén Agüero; María Victoria Laborie; Ricardo Martín Amé; Mathius Bernardo Soruco; Andrea Bolomo; Yanina Gabriela Carlino; Mariano Antonio Higa; Domingo César Balderrama.*

Hospital Universitario Privado de Córdoba. - Córdoba - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon

INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal (CCR) es la segunda causa mundial de muerte por cáncer, tanto en varones como en mujeres. La colonoscopia es el «patrón oro» para el despistaje del CCR con una alta sensibilidad. Sin embargo se puede presentar el cáncer colorrectal de intervalo (CCR-I) que es la neoplasia de colon que se diagnostica entre los períodos de cribado posterior a una colonoscopia sin lesiones neoplásicas. El CCR-I es un marcador de calidad en los centros que realizan despistaje de CCR y se acepta una frecuencia menor al 5% de todos los CCR. En Argentina existen escasas publicaciones sobre CCR-I. OBJETIVOS: El objetivo principal fue determinar el porcentaje de pacientes con CCR-I en 2 centros de tercer nivel de la ciudad de Córdoba. Los objetivos secundarios fueron comparar las características clínicas de los pacientes con CCR-I y los hallazgos de la colonoscopia previa de estos pacientes. MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, desde Enero/2008 hasta Diciembre/2018 en el Hospital Privado Universitario de Córdoba y Hospital Raúl Ángel Ferreyra. En ambas instituciones en conjunto se realizan más de 4500 colonoscopías/año. Se definió CCR-I de acuerdo a las guías internacionales como los pacientes que presentaron diagnóstico de CCR dentro de los 60 meses posteriores a una colonoscopia previa sin hallazgos de neoplasia. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico patológico de CCR durante el período de estudio. Se excluyeron pacientes con CCR que se diagnosticaron posteriores a los 5 años de la realización de una colonoscopia

con antecedentes de resección de colon. El protocolo de investigación fue aprobado por el comité de ética institucional. RESULTADOS: Se incluyeron 285 pacientes en el estudio. Se detectaron 6 (2,1 %) casos que cumplieron los criterios de CCR-I. La edad promedio de los pacientes con CCR-I fue de 67.6 (±)13.6 años. El tiempo promedio entre el diagnóstico de CCR-I y la última colonoscopia fue de 29.5 (±)16.5 meses. La localización de las neoplasias fueron 50% en colon ascendente-ciego y 50% en recto-sigma. Respecto a la colonoscopia inicial se observó que la preparación fue inadecuada en 1 de 6 casos y en 4 pacientes la exploración fue hasta ciego. El 60% tenía antecedentes familiares de CCR. No se observaron casos de CCR-I por resección incompleta de lesiones previas. CONCLUSIÓN: En nuestro medio encontramos una frecuencia de CCR-I del 2,1 % en un periodo de 10 años de evaluación, que se encuentra de acuerdo a lo sugerido por las guías de calidad de colonoscopia de tamizaje. En el 66% de estos pacientes la colonoscopia previa fue completa hasta ciego y la preparación fue óptima.

TC- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA

Código: 1662**UTILIDAD DIAGNOSTICA DE LA ENTEROSCOPIA SIMPLE BALÓN SEGÚN ESTUDIO INICIAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE DERIVACIÓN***Sebastián Duran; Pamela Ruth Daffra; Víctor Hugo Abecia; Juan Eduardo Pizzala; Santiago Gustavo Rinaudo; Mariano Martín Marcolongo.*

Hospital Italiano de Buenos Aires - Caba - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.4.Intestino Delgado

La enteroscopia asistida por balón ha demostrado ser eficaz en el diagnóstico y tratamiento de lesiones del intestino delgado visualizadas previamente por otros métodos. Pocos estudios evalúan la utilidad de la cápsula endoscópica (CE) y los estudios por imágenes no invasivos que preceden la enteroscopia simple balón (ESB). Este trabajo representa una contribución al mejor entendimiento de la ESB en relación al rédito diagnóstico y a la correlación de la ubicación de las lesiones entre la enteroscopia y los diferentes estudios que lo preceden. Materiales y métodos: Estudio analítico y observacional de una cohorte retrospectiva de pacientes derivados para realización de ESB. Entre septiembre 2010 y junio 2017 se incluyeron pacientes consecutivos a los que se realizó ESB en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Resultados: Se analizaron 140 ESB realizadas en 120 pacientes. La vía de acceso fue anterógrada en un 91% de los estudios. La indicación más frecuente fue el sangrado de origen oscuro oculto (41%). El 50% de los pacientes tenían CE previa al estudio, el 27% contaba con enterotomografía (ETC) o enteroresonancia (ERMN) y 21% con ambos estudios. El rédito de diagnóstico de lesiones global fue del 70% donde las angiodisplasias (46%) fueron el hallazgo más frecuente. Este fue aún mayor cuando la enteroscopia fue precedida por CE comparado con ETC o ERMN (76 % vs 61 % p= 0,06). La concordancia entre la CE y la ESB fue moderada para diagnóstico de lesiones (kappa 0,4194; p < 0,001) y buena para localización de las mismas (Kappa 0,6337 p < 0,001). Conclusiones: La ESB en nuestro centro es un procedimiento con alto rédito diagnóstico. Dicho rédito mejora y la concordancia topográfica de lesiones es mayor, cuando se realiza de forma dirigida posterior a una CE.

TC- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA

Código: 1271**HALLAZGOS DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN LA PATOLOGÍA DE INTESTINO DELGADO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL 601 CIRUJANO MY DR. COSME ARGERICH, EN EL PERÍODO DE JUNIO 2017 A***Elsy Alcivar; Mariel Iriarte; Noel Aldabe; Daniela Ibarra; Priscila Fantín.*

HOSPITAL MILITAR CENTRAL 601 CIR My DR COSME ARGERICH - CABA - ARGENTINA

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.5.Endocápsula

Introducción: La cápsula endoscópica (CE) es un estudio de diagnóstico, indirecto, inalámbrico no invasivo que permite explorar la totalidad del intestino delgado. La indicación más frecuente es la hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO) que puede ser evidente u oculto. Objetivos: Describir los hallazgos de la CE como método diagnóstico en la patología del intestino delgado y enumerar la prevalencia de las causas más comunes, así como los motivos por los cuales se realizó el estudio en los pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Militar Central. Materiales y métodos: Análisis retrospectivo de 58 pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología, que se realizaron CE en el período Junio 2017- Abril 2019. Resultados: El promedio de edad de los pacientes fue 62,76 años con una desviación estándar de 15,21 (rango: 22 a 89 años). El 71% (41 pacientes) fueron

de sexo femenino y (17 pacientes) el 29% de sexo masculino. El tiempo promedio total del tránsito del estudio fue de 687.24 minutos +/- 169.43. Los 3 principales motivos de solicitud del examen corresponden a: anemia (57%), dolor abdominal en el 9% de los pacientes y enfermedad inflamatoria intestinal (9%). El resto del grupo se divide entre hematoquezia, sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca y otros motivos. De los 58 exámenes analizados, en 45 de ellos, (78%) se obtuvo un resultado patológico y en 13, (22%), el resultado del examen fue informado como normal. Considerando los exámenes con hallazgos patológico (45), en 22 exámenes (49%) el hallazgo correspondió a angi displasias; en 5 exámenes (12%) lesión submucosa, 4 exámenes (9%) el resultado del examen correspondió a erosiones de la mucosa, 4 estudios (9%) duodenopatía congestiva y xantomas en otros 4 estudios (9%). Los siguientes hallazgos fueron: en 2 exámenes (4%) úlceras, en 1 (2%) enteropatía difusa, en 1 (2%) sospecha enteropatía por AINES, en 1 (2%) sangrado activo en duodeno y 1 caso (2%) pólipos duodenal. Conclusiones: En nuestro trabajo se encontró que el motivo más frecuente de solicitud del estudio es anemia por sospecha de HDOO, siendo el hallazgo más frecuente las angi displasias. Concomitantemente los pacientes con evidencia de sangrado tienen 1,4 veces más probabilidad de tener un resultado positivo, que aquellos que no presentan este signo, similar a lo reportado en la literatura.

TC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Código: 1375

UTILIDAD CLÍNICA DE LA VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA DE INTESTINO DELGADO EN LA SOSPECHA DE ENFERMEDAD DE CROHN: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA

Estanislao J. Gomez; Raquel Gonzalez; Lisandro Pereyra; Mariela Roel; Andres G. Mora Nuñez; Federico E. Bentolilla; Cristian D. Ahumada; Jose M. Mella; Silvia C. Pedreira; Daniel G. Cimmino; Luis A. Boerr.

Servicios de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Alemán - BUENOS AIRES - ARGENTINA

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.5.Endocápsula

INTRODUCCIÓN. La videocápsula endoscópica (VCE) de intestino delgado (ID) puede detectar lesiones compatibles con enfermedad de Crohn (EC) en pacientes con síntomas sugestivos y resultados inconclusos en la evaluación diagnóstica convencional. Sin embargo, no ha sido evaluada la utilidad del estudio con VCE en la toma de decisiones clínicas. **OBJETIVOS.** Investigar la utilidad clínica de la VCE para confirmar el diagnóstico de la EC, y también evaluar si los resultados de la VCE modifican las decisiones terapéuticas subsecuentes. **MÉTODOS.** Se realizó un estudio observacional de cohorte retrospectivo. Fueron incluidos pacientes adultos derivados para estudio con VCE por sospecha clínica de EC, en el período Nov 2012-Nov 2018. Se registró información sobre demografía, estudios complementarios, estudio de VCE, intervenciones terapéuticas para enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y seguimiento en los 3 meses posteriores al estudio. Se realizó análisis univariado y multivariado de regresión logística para identificar predictores de EC. **RESULTADOS.** En el período de estudio se realizaron un total de 345 protocolos de VCE, de los cuáles 90 fueron en el escenario de la EII. Incluimos en el análisis a 63 estudios de VCE realizados por sospecha de EC: Sospecha clínica de EC 54 (86%) y colitis indeterminadas 9 (14%). Edad media 41 años (rango 17-77 años) y 54% varones. La VCE alcanzó el ciego en 58 (92%) de los casos, y se observó retención en 5 (8%), requiriéndose la remoción quirúrgica en solo un paciente (1.6%). En total, 28 de 63 (44%) pacientes presentaron hallazgos consistentes con EC en la VCE. Las lesiones identificadas incluyeron úlceras 24 (86%), eritema y edema de vellosidades 17 (61%), aftas y erosiones 5 (86%), estenosis 2 (7%). Se distribuyeron principalmente en ID distal (3er tercio) en 23 (82%), pero en 14 (50%) de los casos se observó afectación de ID proximal (1ro y 2do tercio). Score de Lewis (SL) promedio fue 903 (112-4356). Se observó actividad inflamatoria significativa (SL \geq 135) en 17 (27%) y moderada o severa (SL > 790) en 7 (11%). La VCE evidenció mucosa de ID normal en 34 (54%) de los pacientes, lo que descartó la EC. Con el resultado de la VCE se tomó una conducta terapéutica en 23 (36%) de los pacientes, iniciando una medicación para EII en la mayoría de los casos en los 3 meses posteriores. En el análisis de regresión logística se identificaron las variables sexo masculino (p=0.02) y hallazgos indeterminados en ileocolonoscopía (p=0.004) como predictores independientes de EC. **CONCLUSIONES.** En nuestro estudio, la VCE confirmó el diagnóstico de EC en el 44% de los casos. Sexo masculino y hallazgos indeterminados en ileocolonoscopía fueron predictores independientes de EC. En un tercio de los casos se tomó una decisión terapéutica con el resultado de la VCE. La VCE es una herramienta útil en la sospecha de EC, adicionando información relevante para el diagnóstico y teniendo un gran impacto en las decisiones terapéuticas.

TC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Código: 1700

TUMORES NEUROENDÓCRINOS DE PÁNCREAS: UNA MIRADA BAJO ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA

Ignacio Moratorio; Taullard Andrés; Taullard Daniel.

Hospital Británico de Montevideo Uruguay - Montevideo - Uruguay

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.6.Ecoendoscopia

Introducción y objetivos: Los tumores neuroendocrinos de páncreas constituyen neoplasias raras y comprenden 1-2% de todos los tumores pancreáticos. Si bien la gran mayoría de ellos son indolentes, son potencialmente malignos y la ultrasonografía endoscópica con punción y aspirado con aguja fina permite caracterizar y tomar biopsias para la confirmación diagnóstica. El objetivo del presente estudio es describir los casos de TNE-p diagnosticados bajo ultrasonografía endoscópica, en el servicio de Endoscopia Digestiva de una institución privada en el período 2017-2018 y compararlos con una revisión actualizada de la literatura. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo; en que se identificaron aquellos usuarios que se sometieron a USE en el período 2017-2018, por una sospecha de tumor neuroendócrino de páncreas o aquellos a quienes se les diagnosticó uno después de realizada la biopsia por ultrasonografía endoscópica. **Resultados:** 9 tumores neuroendocrinos de páncreas. Mediana de edad 61.5 años, 75% hombres. Un tumor funcionante (gastrinoma). 9 punciones y aspirado con aguja fina, 8 cromogranina A y sinaptofisina positivos (89%). 1 carcinoma neuroendócrino, 8 tumores bien diferenciados. No síndromes hereditarios **Conclusiones:** La incidencia de los tumores neuroendocrinos viene en aumento principalmente como hallazgos incidentales por la amplia utilización de técnicas de imagen, constituyendo tumores no funcionantes. La ultrasonografía endoscópica constituye una herramienta fundamental en el diagnóstico de estas neoplasias.

TC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Código: 1599

ENGROSAMIENTO PARIETAL DEL TUBO DIGESTIVO POR TOMOGRAFÍA Y HALLAZGOS EN LA ENDOSCOPIA

Leandro Daniel Giunta Rivas; Paula Galletto; Marina Soledad Leiva; Ana Belén Mullinaris; María Ludmila Rossi; Diego Ernesto Martínez; Micaela Chitussi; Juliana Bajo; Julián Blas Hendriksen; María Cecilia Calzona.

HIGA Dr. Rodolfo Rossi - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.Endoscopia Diagnóstica

Introducción: El engrosamiento parietal del tubo digestivo evidenciado por imágenes y su correlación endoscópica ha sido poco estudiada. Aún en la actualidad representa un gran desafío ya que abarca desde patologías benignas hasta aquellas con gran morbimortalidad, por lo que es frecuente realizar estudios endoscópicos para determinar su etiología. **Objetivos:** Describir la frecuencia entre los hallazgos endoscópicos e imagenológicos en aquellos pacientes con engrosamiento parietal del tubo digestivo por tomografía computada (TC). **Materiales y métodos:** Se realiza un estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal analizando los informes endoscópicos entre enero del 2010 hasta enero del 2019, incluyéndose aquellos en los que el motivo de consulta es engrosamiento parietal de algún sector del tubo digestivo evidenciado por TC. Se excluyen los estudios en los cuales la preparación fue inadecuada (Escala Boston \leq 5) o en los que no se logra intubación cecal a pesar de no tener patología orgánica. **Resultados:** Del total de 6586 endoscopias (4600 videoendoscopias digestivas altas [VEDA] y 1986 videocolonoscopias [VCC]), 85 estudios cumplen criterios de inclusión: 63 VCC y 22 VEDA, con una media de 60 años (38-86). De estos, 2 (2.36%) presentaban engrosamiento en esófago, 14 (16.47%) en estómago, 6 (7.05%) en duodeno, 7 (8.24%) en ciego, 10 (11.76%) en colon ascendente, 7 (8.24%) en colon transversal, 5 (5.88%) en colon descendente, 27 (31.76%) en recto-sigma y 7 (8.24%) en el marco colónico. En el 38.8% de los estudios no se evidenciaron lesiones (21 VCC y 12 VEDA), mientras que el 61.2% fue patológico (42 VCC y 10 VEDA). Solo 44% (n=38) del total de los estudios incluidos presenta lesiones coincidentes con el área donde se detectó el engrosamiento parietal: 2 gastropatías no erosivas, 1 pliegue gástrico engrosado, 5 diverticulosis, 2 colopatías, 18 lesiones vegetantes, 6 lesiones superficiales, 2 lesiones deprimidas y 2 estenosis. **Discusión:** Sólo el 17.6% (n=15) del total, evidenciaron lesiones coincidentes con el sector de engrosamiento y hallazgos que motivaron la toma de la biopsia encontrándose: 5 gastritis crónicas inespecíficas, 8 adenocarcinomas (2 gástricos y 6 colorrectales), 1 linfoma tipo B gástrico, 1 adenoma avanzado y 2 colitis crónicas inespecíficas. Los sectores que mayor asociación demostraron son: Colon descendente (60%), Marco colónico (57%), recto sigma (51.9%) y estómago y colon ascendente (50%). En comparación con otros estudios publicados la proporción entre nuestros hallazgos y engrosamiento fue menor. **Conclusión:** Si bien el porcentaje de hallazgos patológicos compatibles con el sector engrosado fue menor al 50%, consideramos que nuestro tamaño de muestra no es suficiente para arribar a conclusiones estadísticas, pudiendo ser un punto de partida para realizar un estudio prospectivo que consigne la relación entre sintomatología, signos imagenológicos y endoscópicos permitiendo desarrollar un score diagnóstico.

TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA**Código: 1529****COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE DERIVACIÓN ZONAL CON COMPLEJIDAD PARA RESOLVER LA PATOLOGÍA DE LA VÍA BILIAR POR INSTRUMENTACIÓN ENDOSCÓPICA***Matías Martín; Marcelo Peche; Sergio Martín.*

Clínica Roca S.A. - Centro de Enfermedades Digestivas - Río Negro - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.1.Esófago, Estómago y Duodeno

Introducción: La indicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) incluyen la remoción de litos biliares y la obstrucción maligna. La litiasis coledociana es una complicación frecuente de la litiasis vesícula. Durante la realización de colangiografías intra operatorias por litiasis vesicular, la prevalencia es de 20.9% de hallazgo de litiasis coledociana en Sudamérica. En un estudio argentino sobre 734 CPRE, se objetivó: media de edad de 60 años, varones 34.9%. La complicación más reportada en CPRE es la pancreatitis aguda con incidencia del 3 al 10% en revisiones sistemáticas, y mortalidad del 0.7%. El riesgo de sangrado se estima entre el 0.3-2% y el de colangitis es del 0.5-3%. Objetivo: Describir los resultados a lo largo de cinco años y 5 meses de experiencia en CPRE. Métodos: Estudio descriptivo, de corte trasversal en pacientes sometidos a CPRE en centro sanatorial privado, desde el 1/1/2014 hasta el 31/5/2019. Los datos descriptivos se presentaron en forma de proporción, media y rango según correspondiera. Se utilizó un Videoduodenoscopia Pentax HD EPKj y fuente Electrobisturí ERBE Endocut I. Se usaron esfinterotomos de tracción, Cesta de Dormia, Balón extractor de litos de 12-15 mm, guías hidrofílicas de 0.035 y stents plásticos. Se revisaron los casos registrados en una base de datos propia que constata cada CPRE realizada, incluyendo pacientes de 18 años o más con criterios clínicos y/o radiológicos de patología de vía biliar principal y demanda de CPRE para su resolución. Se analizaron variables demográficas, aspectos técnicos (canulación, esfinterotomía, solución de patología biliar y colocación de prótesis biliar), y variables clínicas (diagnóstico, y necesidad de nueva CPRE o cirugía para resolución de la patología de la vía biliar). Además fueron registrados los eventos adversos. Resultados: En el periodo del estudio se realizaron 256 CPRE en 196 pacientes, varones 36.76%. La media de edad fue de 65 años. Del las CPRE realizadas el 79.6% fue por litiasis coledociana, el 6.6% para colocación de prótesis biliar (de ellos el 64.7% fue por tumores primarios de cabeza de páncreas y el resto por metástasis en páncreas y por compresión por quistes hidatídicos). El 5% de las CPRE fue por estenosis benigna del colédoco, el 3.9% por tumor maligno del colédoco y por tumor papilar el 3%. Fue posible realizar canulación del colédoco en el 91% de los casos, y en 50 de los casos los pacientes tenían esfinterotomía previa. 45 pacientes tuvieron que ser sometidos a una segunda CPRE de acuerdo a la evolución clínica (17.5%) y 36 (14%) no pudieron ser solucionados por CPRE y fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos. En cuanto a las complicaciones por CPRE se registraron 8 casos de pancreatitis aguda (3.1%), 2 casos de hemorragia digestiva alta (0.8%) y 1 caso de perforación intestinal. En total se registró un 4.3% de complicaciones. No se registró ninguna muerte relacionada a las complicaciones.

TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA**Código: 1699****VALORANDO LA ENDOSCOPIA INTERVENCIONISTA EN LA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO***Estela Parra Wirth; Giovanna Porfílo Gularte; Milena Llera Sosa; Sebastian De Oliveira; Guadalupe Luzuriaga; Diego Royg.*

Servicio de Gastroenterología, Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga - Misiones - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.1.Esófago, Estómago y Duodeno

INTRODUCCION: La ingestión de cuerpos extraños es un problema frecuente. Más frecuente en la población pediátrica. Segunda causa de urgencia endoscópica. El 80-90% pasan espontáneamente, el 10-20% extracción endoscópica y 1% cirugía. OBJETIVOS: Evaluar casuística de ingresos por cuerpos extraños en nuestro hospital. Comparar los datos obtenidos con la literatura a nivel mundial. Valorar la herramienta de cierre endoscópico de perforaciones como una opción válida para el tratamiento eficaz de las complicaciones. MATERIALES Y METODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo, de análisis univariado, de tablas de frecuencias y análisis bivariado de tablas de contingencia transversal, desde el 2010 al 2019, incluyó 3006 consultas de urgencia por cuerpo extraño, ambos sexos en población pediátrica y adulta. Considerando: síntomas de ingreso, el tipo de endoscopia, tiempo entre la consulta y la extracción del cuerpo extraño, antecedentes de impactaciones previas, forma y tamaño del cuerpo extraño, localización, lesiones por decúbito, plan de extracción, complicaciones y resolución endoscópica y quirúrgica. RESULTADOS: Un total de 3006 consultas por cuerpo extraño, 1926 población adulta y 1080 pediátrica. De este total, se realizaron 1260 videogastroscopias, y 9 videocolonoscopias. Se concreta extracción en 618 pacientes. Extracción en el primer intento 94.9%, segundo intento 3.3% y tercer intento 1.3%. Sexo masculino mayor frecuencia (54,20/45,80%), edad media en población pediátrica 4 años, y adultos 45 años.

Síntomas más frecuentes odinofagia (25,80%), disfagia (9,30%), sialorrea (8,60%). Tiempo entre consulta y endoscopia 4 a 6 hs. Ingesta accidental 92,30%, intencional 7,70%. Pacientes con antecedentes de impactación previa representan el 6,90%. Tipos de cuerpos extraños punzantes 68,1% (huesos, espinas alfileres prótesis dental), bolo alimentario 14,6%, romos 10,7% (monedas, pilas) y largos 6% (bombillas, antenas). Sitio de impactación en esófago 47,8%, distribuidos tercio superior 66,40%, medio 22,70%, inferior 10,90%; hipofaringe 36,8%; estómago 9,2%; intestino delgado 3,4%; colon 2,4%; recto 0,4%. Lesiones por decúbito erosión 80,50%, úlcera 12,49% y desgarro 7,02%. Las complicaciones que se registraron en esta serie 17 perforaciones (0,8%), 4 con cierre endoscópico (dos por huesos vacunos), uno por hueso de pollo asociado a una fistula esófago subclavia, y uno en población pediátrica por objeto metálico dentado (dispositivo de placa de televisión), utilizando como herramienta de cierre; 6 endoscópica quirúrgica, 7 resolución quirúrgica. No hubo óbitos en esta serie. CONCLUSIONES: Coincidencia con la literatura mundial. No se registraron óbitos, interpretamos por el tiempo de intervención temprana, la utilización de herramientas de cierre endoscópico, Co2 durante el procedimiento, y la disponibilidad de accesorios, disminuyendo el riesgo de mediastinitis. Pendiente estudios funcionales en paciente con antecedentes de impactaciones previas.

TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA**Código: 1223****EXPERIENCIA INICIAL CON UN BALON DIGERIBLE***Fernando Robledo; Franco Peral; Juan Pablo Del Aguila; Tatiana Alfonso; Melvi Cossio; Matias Garriga; Cinthia Choque Vargas.*

HIGA Dr. Diego Paroissien - NOT APPLICABLE - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.1.Esófago, Estómago y Duodeno

Introducción Con el aumento de las tasas de obesidad, los pacientes y los médicos tienen un interés creciente en las opciones de pérdida de peso no quirúrgicas. Los balones intragástricos endoscópicos han mostrado éxito hasta la fecha y continuamente se están desarrollando nuevos dispositivos. el Balon digerible Lexbal aprobado por la ANMAT, que consta de 1 o2 balones rellenos de líquido ingeridos por etapas y retirados después de 4-6 meses. Nuestro objetivo fue evaluar el perfil de seguridad y el éxito de este sistema de globos. Métodos Trece pacientes de una práctica bariátrica multicéntrica se estudiaron prospectivamente entre enero de 2018 y abril de 2019. Los datos recopilados de los pacientes incluyeron edad, género, peso inicial, IMC, duración del tratamiento y eventos adversos. El análisis estadístico se realizó para el exceso de pérdida de peso (EWL), la pérdida de peso corporal total (TBWL) y el cambio de IMC. Todos los balones se colocaron bajo visión radioscópica con control ecográfico posterior. Ninguno de los pacientes presentaron molestias post colocación. Método de colocación resultado rápido sencillo y seguro y de bajo costo Se evaluaron el IMC, la grasa corporal, la circunferencia de la cintura, la presión arterial diastólica, la Hb glicosilada, el colesterol, los triglicéridos, la glucosa en sangre y el HOMA-IR. índice La hormona estimulante de la tiroides, GOAT y GPT. La calidad de vida y el grado de satisfacción del paciente mejoraron significativamente al final del tratamiento Resultados La cohorte era predominantemente femenina con una edad promedio de 38 años. El peso promedio inicial fue de 90/10 kilos y un IMC de 33. La pérdida de peso promedio fue de 12 kilos, IMC disminuido en 3.2. Más del 65% de los pacientes alcanzaron > 5% de TBWL. Hubo una diferencia significativa entre los pacientes que completaron el curso de 150 días (82.5%) en comparación con los pacientes que tuvieron una recuperación temprana del balón en términos de reducción de peso. No se produjeron eventos adversos importantes. Se presentaron complicaciones menores en el 22,2% de los pacientes: arcadas (9,5%), úlceras gástricas (3,2%), náuseas (3,2%), dolor abdominal (3,2%), vómitos (1,6%), dispepsia (1,6%) e intolerancia al dispositivo (1,6%). Conclusiones Desde nuestra experiencia, el balón digerible Lexel es una opción segura y efectiva para la pérdida de peso no quirúrgica. No hubo complicaciones graves y la mayoría de los pacientes experimentaron reducciones de peso. Los estudios futuros se centrarán en determinar la duración óptima del tratamiento.

TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA**Código: 1284****¿ES ÚTIL REPETIR UNA COLANGIOGRAFÍA ENDOSCÓPICA LUEGO DE UN PRECORTE INICIAL CON CANULACIÓN FALLIDA?***Martín Guidi; Nelson Condado; Cecilia Curvale; Julio De María; Agustín Sequeira; Ignacio Málaga; Raúl Matanó.*

Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce" - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

INTRODUCCION: A pesar de los avances tecnológicos la colangiografía endoscópica (CPRE) continúa siendo un procedimiento desafiante. Las principales situaciones complejas son: el fracaso en la canulación y las complicaciones post-CPRE. Ante una canulación dificultosa se puede realizar un precorte para acceder a la vía biliar. Existen varios reportes de éxito de las distintas técnicas de precorte sin diferencia significativa entre ellos, con un porcentaje de canulación global de 83-100%. Pero,

ENDOSCOPIA

ante el fracaso de acceder a la vía biliar con precorte, el próximo paso sería la realización de un abordaje biliar percutáneo (DBP), ecoendoscópico o quirúrgico. **OBJETIVO:** Determinar la tasa de éxito en lograr la canulación biliar en una segunda y/o tercera CPRE luego de un precorte inicial fallido. Como objetivos secundarios evaluar las complicaciones. **METODO:** Estudio de cohorte retrospectivo. Se analizó la base de datos en Excel de todas las CPREs con papila naïve entre 01/01/2017 y 01/01/2019. Se analizaron las siguientes variables: A) canulación dificultosa (más de 8 minutos de intento de canulación, más de 5 intentos infructuosos de acceso biliar y más de 3 canulaciones al wirsung), B) tipos de precorte (estándar, septotomía, infundibulotomía) y C) complicaciones. **RESULTADOS:** De las 730 CPREs realizadas, 597 se incluyeron en el análisis por presentar papila naïve. Se realizó precorte en 85 pacientes (14%) por canulación dificultosa. La técnica más utilizada fue la infundibulotomía en 79 pacientes (92%). La canulación exitosa global con precorte se logró en 84/85 pacientes (98,8%): 70 pacientes en el precorte inicial (82%), 10 en el segundo intento (12%) y 4 en el tercer estudio (4,8%). El único paciente en quien no se logró canulación se realizó una derivación biliodigestiva por cáncer de páncreas (1,2%). El intervalo entre los intentos de precorte fue de 3 a 5 días. La tasa global de complicaciones fue del 6% (6 pacientes) y todas en la primer CPRE (no registrándose eventos adversos en los retomes). Las mismas fueron: 1 perforación peripapilar, 2 hemorragias y 2 pancreatitis y b) 2º intento: 1 hemorragia. Todas las complicaciones se manejaron endoscópicamente. **CONCLUSIONES:** Repetir la CPRE luego de una canulación dificultosa con precorte inicial fallido permite mejorar notoriamente la tasa de éxito en el abordaje terapéutico de la patología biliar sin incrementar las tasas de complicaciones y evitando el tratamiento quirúrgico y/o percutáneo.

TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Código: 1252

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO EN ESTENOSIS PAPILARES

Martín Guidi; Martín Ferrario; Nelson Condado; Cecilia Cuvale; Raúl Matano.

Hospital alta complejidad "El Cruce" - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

Introducción: La estenosis papilar (EP) es una lesión estenótica benigna de longitud variable que compromete la región intraduodenal del complejo esfinteriano y/o la porción distal del colédoco. Se ha reportado una prevalencia del 1 a 3,9%. Generalmente su diagnóstico ocurre durante la colangiografía endoscópica. La confirmación diagnóstica requiere la realización de un cepillado y biopsia de la estenosis con resultado negativo para células atípicas. También suele solicitarse dosaje de CA 19.9, tomografía axial computarizada abdominal (TAC) resonancia magnética de abdomen con colangiografía (RNM) y/o ecoendoscopia (EUS) para descartar malignidad. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de EP tanto como la efectividad y seguridad del tratamiento endoscópico de las mismas. **Diseño:** Estudio de cohorte retrospectiva. **Material y métodos:** Ingresaron en forma consecutiva 3676 pacientes con indicación de CPRE durante el periodo comprendido entre noviembre de 2010 y febrero de 2018. Los criterios de inclusión fueron: estenosis con compromiso papilar (tipo I) o de colédoco distal hasta 1 cm por encima de la pared duodenal (tipo II). Cepillado y biopsia negativa, ausencia de hallazgos compatibles con malignidad evaluados mediante CA 19.9, TAC, RNM y/o EUS con posterior seguimiento mayor a 12 meses. Los datos fueron analizados usando el programa estadístico SPSS versión 22 para Windows 10. En las estenosis tipo I se postula la ampliación de la. Mientras que en las tipo II hay varias variantes: la estricturotomía, estricturoplastia, estricturotomía seguida de estricturoplastia, protocolo de Roma o colocación temporal de prótesis biliar metálica totalmente cubierta (SEMSfc). **Resultados:** Se registraron 35 estenosis papilares (0,95% del total de CPREs realizadas). Todos los pacientes con EP tipo I recibieron ampliación de EPT. En los pacientes con EP II se realizaron: 6 estricturoplastías, 6 estricturotomías, 6 tratamientos, 10 protocolos de Roma y en un paciente se colocó temporalmente prótesis biliar metálica totalmente cubierta durante el lapso de 6 meses. **Conclusiones:** Las EP son entidades frecuentes. Las EP tipo I están asociadas principalmente a EPT previas y las tipo II a coledocolitiasis. El tratamiento endoscópico en esta entidad es seguro y efectivo.

TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Código: 1308

ROL DE LOS DIVERTÍCULOS PERIAMPULARES EN LA PATOLOGÍA BILIO-PANCREÁTICA

Martín Guidi; Martín Ferrario; Nelson Condado; Cecilia Cuvale; Raúl Matano.

Hospital alta complejidad "El Cruce" - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

Introducción: Los divertículos duodenales son observados en el 5 a 10 % de la población, llegando a ser del 20% en personas mayores de 80 años. El 75 % de los mismos son divertículos periampulares (DPA). Los DPA pueden ser causantes de diferentes patologías biliopancreáticas. Entre ellas se pueden citar al Síndrome de Lemmel, la coledocolitiasis primaria y pancreatitis aguda recurrente. Debido a que en la bibliografía sólo hay reportes de casos, se desconoce su verdadera prevalencia. **Objetivo primario:** Determinar la prevalencia de los DPA como factor etiológico de patología biliopancreática. **Objetivos secundarios:** Determinar la efectividad y seguridad de la CPRE en la resolución de las patologías biliopancreáticas en este grupo de pacientes. **Diseño:** Estudio de cohorte retrospectivo. **Material y métodos:** Durante el lapso de los últimos 6 años 3433 pacientes consecutivos tuvieron indicación de realización de CPRE. Con el objetivo de determinar la causalidad de los DPA en la patología biliopancreática, el análisis de los datos se realizó dividiendo a los pacientes en dos grupos: grupo 1 integrado por pacientes con DPA y grupo 2 pacientes sin DPA, considerado arbitrariamente como grupo control. Se registraron las siguientes variables: a) tasa de DPA; b) patologías biliopancreáticas diagnosticadas; c) tasa de canulación biliar selectiva; d) tasa de requerimiento de precorte e) resolución completa y f) complicaciones post CPRE. **Análisis estadístico:** Un valor de $P < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo. Para el análisis de los datos se utilizó el test de Chi2 y el odds ratio con un intervalo de confianza del 95%, para evaluar diferencias de edad y sexo entre ambos grupos se utilizó prueba de hipótesis para comparación de medias y proporciones. **Resultados:** Se presentaron 112 pacientes con DPA (3,26%). Siendo el 9,8% (11 casos) de los pacientes con DPA diagnosticados como Síndrome de Lemmel. **Tabla adjuntada.** **Conclusiones:** La prevalencia de patologías biliopancreáticas causadas por DPA es más frecuente de lo sospechado. La CPRE es segura y efectiva como terapéutica en este grupo de pacientes. Los DPA son causales de coledocolitiasis primaria en pacientes colecistectomizados o portadores de vesículas alitiásicas, por ende, no debería considerárselos como grupos independientes al antiguamente descrito Síndrome de Lemmel.

TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Código: 1285

TASA DE CANULACIÓN Y EFECTOS ADVERSOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ANATOMÍA GASTROINTESTINAL ALTERADA DEBIDO A CIRUGÍA DERIVADOS PARA REALIZACIÓN DE COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA

Martín Guidi; Agustín Sequeira; Cecilia Cuvale; Raúl Matano.

Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce" - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

INTRODUCCIÓN: La anatomía gastrointestinal alterada debido a cirugía aumenta la dificultad para la realización de colangiografía endoscópica (CPRE), especialmente debido a que la canulación es compleja usando endoscopios de visión frontal. **OBJETIVO:** Determinar el éxito de canulación biliar en pacientes con anatomía gastrointestinal alterada debido a cirugía derivados para CPRE, así como los eventos adversos asociado al procedimiento MATERIALES Y MÉTODOS: Se incluyeron todos los pacientes derivados a nuestra institución para realización de CPRE que tenían anatomía gastrointestinal alterada desde enero de 2010 hasta noviembre 2018. En todos los casos se realizó evaluación inicial con endoscopio de visión frontal. La incidencia de canulación biliar exitosa y la de complicaciones fueron analizadas. Las siguientes variables fueron analizadas para establecer potenciales factores asociados a la falla de canulación: edad, género, indicación de CPRE, tipo de cirugía (gastrectomía subtotal tipo Billroth II, hepático-yeyuno anastomosis, etc) y tipo de endoscopio utilizado. Se realizó un análisis univariado, Odds Ratio con su correspondiente intervalo de confianza del 95%. Finalmente, un análisis multivariado posterior a un modelo de regresión logística fue usado para determinar factores significativos asociados con la falla de canulación biliar **RESULTADOS:** Se incluyeron 79 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. La edad media fue de 68 (19-90) años, siendo el 53,6% hombres. La principal indicación de CPRE fue la estenosis biliar benigna (74,68%). La gastrectomía vertical tipo Billroth II fue la cirugía más frecuente (73,42%), seguido de hepáticoyeyuno anastomosis (20,25%). Los estudios se realizaron con colonoscopio en el 75,95% de los casos, duodenoscopio en el 13,92% (previa colocación de guía en el asa aferente con endoscopio de visión frontal) y enteroscopio (10,13%). Se logró una canulación biliar exitosa en 77,22% de los casos. En cuatro casos con visión frontal, se realizó una técnica de rendezvous usando una guía a través de acceso percutáneo, con un éxito de canulación de 100%. En el análisis univariado anatomías diferentes a la Billroth II y el uso de enteroscopio se asoció a un mayor riesgo de falla de canulación (OR 2,95 -1-9,31- y 1,59 -0,97-6,85, $p < 0,05$). Pero en el análisis multivariado ninguno de ellos mostró una asociación significativa. La incidencia de efectos adversos fue de 10,12% (colangitis 3,79%, perforación intestinal 2,53% y pancreatitis en un paciente). **CONCLUSIÓN:** La tasa de canulación biliar en este grupo de pacientes es alta, con una baja incidencia de efectos adversos. La realización de una evaluación inicial con endoscopio de visión frontal es mandatoria.

TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Código: 1550**DECÚBITO VENTRAL O DORSAL: ¿ES IMPORTANTE LA POSICIÓN DURANTE LA C.P.R.E?**

Dante Manazzoni; Sebastian Durán; Manuel Mahler; Mauricio Higa; Jonathan Vargas Pino; María Lourdes Posadas Martínez; Santiago Rinaudo; Juan Eduardo Pizzala; Victor Hugo Abecia Soria; Mariano Marcolongo.

Hospital Italiano de Buenos Aires - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

Introducción: La colangiopancreatografía retrograda endoscópica (C.P.R.E) fue realizada, en sus inicios, con el paciente en decúbito lateral izquierdo. Con el perfeccionamiento de la técnica, se fue adoptando la posición de decúbito ventral, que es en la actualidad la más utilizada. Esta posición además de ofrecer buenas imágenes radioscópicas, permite una excelente visualización y posicionamiento frente a la papila duodenal. Entre sus ventajas se menciona, la imposibilidad de un correcto manejo de la vía aérea. La posición de decúbito dorsal permitiría una mejor valoración radioscópica de la vía biliar y brindaría un mejor manejo de la vía aérea. En la actualidad no hay una guía que recomiende una posición por sobre la otra y la bibliografía disponible es escasa. Por esto, hemos decididos llevar a cabo este estudio, que comparará las tres posiciones utilizadas para la realización de la C.P.R.E. Objetivos: determinar la eficacia y complicaciones para las tres posiciones durante la CPRE. Secundariamente evaluar si la posición influye en los tiempos del procedimiento y de radioscopia. Materiales y métodos: Cohorte prospectiva de pacientes mayores de 18 años que realizaron una C.P.R.E en el hospital Italiano de Buenos Aires entre Julio de 2018 a mayo de 2019. Se excluyeron los pacientes que hayan realizado CPRE y ecoendoscopia en el mismo procedimiento. Todos los estudios fueron realizados con anestesia general e intubación orotraqueal. La posición fue elegida por el endoscopista a cargo. Resultados: durante este período se realizaron 391 procedimientos, de los cuales 308 se incluyeron para el análisis. En total, 155 fueron en hombres (50,3%). La mediana de edad fue de 71 años (RIC 18-94). Se realizaron 147 (47,7%) procedimientos en decúbito dorsal, 129 en decúbito ventral (41,9%) y 32 en decúbito lateral izquierdo (10,4%). La tasa global de éxito fue del 99 % y la de complicaciones del 8,8 %, siendo la pancreatitis aguda la más frecuente (5,1%). En el análisis uni y multivariado no se observaron diferencias significativas entre las distintas posiciones para eficacia y complicaciones. El tiempo de procedimiento fue mayor en la posición de decúbito dorsal (mediana 45,6 minutos) vs decúbito ventral (mediana 33,8 minutos) OR: 2,98 p= 0,003 IC 95%:2,8-16. La mediana de tiempo de radioscopia fue de 2,8 minutos para el decúbito ventral, 3,8 para decúbito lateral y 4 minutos para decúbito dorsal. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los grupos, p= 0,1. Conclusión: en nuestro estudio no se observaron diferencias significativas entre las distintas posiciones en cuanto a éxito terapéutico y complicaciones. Los tiempos de procedimiento y de radioscopia fueron mayores cuando el paciente se posicionó en decúbito dorsal. Este hallazgo deberá ser validado en estudios futuros, considerando los efectos nocivos de la radiación y la exposición continua a la que se encuentra el endoscopista.

TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Código: 1584**DRENAJE TRANSMURAL GUIADO POR ULTRASONOGRAFIA ENDOSCOPICA DE COLECCIONES PANCREÁTICAS**

Juan Pizzala; Augusto Villaverde; Ines Oria; Dante Manazzoni; Victor Abecia; Manuel Mahler; Dalila Urgiles; Mariano Marcolongo.

Hospital Italiano de Buenos Aires - CABA - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

Introducción: Las colecciones peripancreáticas son una complicación frecuente de la pancreatitis aguda. El manejo de estas colecciones ha cambiado significativamente en la última década. El drenaje guiado por ultrasonografía endoscópica mediante colocación de stent ya sea metálico o plástico, es hoy en día la técnica de elección. Objetivo:El objetivo primario fue describir nuestra experiencia en drenaje transmural guiado por ecoendoscopia de colecciones pancreáticas sintomáticas. Los objetivos secundarios fueron el éxito técnico y clínico, la duración del procedimiento, los eventos adversos y la duración de la estancia hospitalaria. Materiales y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los registros informáticos de todos los pacientes a los que se les realizó drenaje transmural guiado por ecoendoscopia de colecciones pancreáticas desde enero del 2015 hasta junio del 2019. Resultados:Se realizó drenaje transmural ecoguiado en 8 pacientes, el 50% eran hombres. La mediana de edad fue de 64 años (RIC 56-73). La ubicación más común de las colecciones fue en cuerpo pancreático. La indicación para el drenaje de la colección más frecuente fue el dolor en 6 casos (75%), seguida de la infección. De los casos analizados 5 (62,5%) fueron por necrosis encapsulada y 3 por pseudoquistes pancreático. La mediana de tamaño de las lesiones fue de 95 mm (RIC 67,5-120). Solo un caso presentó impronta en pared gástrica, pero presentaba circulación colateral; por lo cual se realizó drenaje ecoguiado. En 6 pacientes se utilizaron stents metálicos por aposición luminal; de ellos 3 fueron stents Axios y 3 stents Nagi. Los dos casos restantes fueron drenados con stents plásticos doble pigtail. La ruta de drenaje en todos los casos fue la transgástrica. Se observó mayor duración de los procedimientos

realizados con stent plástico, con una mediana de duración de 80.5 minutos (RIC 77.8-83.2), en comparación con una mediana de 29 minutos (RIC 24.2-42) con los stents metálicos. Se consiguió el éxito técnico en 7 de los 8 casos. En el caso fallido hubo una migración interna del stent durante la colocación, con resolución endoscópica. No se observaron complicaciones graves relacionadas al procedimiento. Se logró el éxito clínico en el 100% de los casos. En 3 casos (37,5%), se observaron eventos adversos clínicos, siendo la infección de la colección, la común en todos. No se registraron complicaciones mayores. En todos los pacientes con tejido necrótico sólido, se requirieron necrosectomias endoscópicas posterior al drenaje. La mediana del número de días para el retiro del stent metálico fue de 26 días (RIC 23-35). La mediana de la estancia hospitalaria para el procedimiento fue 1.5 días (RIC 1-3.5). Conclusión:En nuestra experiencia el drenaje transmural guiado por ultrasonografía endoscópica, demostró ser una técnica eficaz y segura, con buenos resultados tanto técnicos como clínicos; con bajo porcentaje de efectos adversos.

TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Código: 1600**PIEDRAS OTRA VEZ: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA RECURRENCIA DE LITIASIS COLEDOCIANA LUEGO DE UNA C.P.R.E. PREVIA EXISTOSA**

Dante Manazzoni; Santiago Rinaudo; Sebastian Duran; Fernando Gimenez; Mauricio Higa; Jonathan Vargas Pino; Manuel Mahler; Maria Lourdes Posadas Martínez; Juan Eduardo Pizzala; Victor Hugo Abecia Soria; Mariano Marcolongo.

Hospital Italiano de Buenos Aires - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

Introducción: La litiasis coledociana es tratada en la mayoría de los casos de forma endoscópica a través de una colangiopancreatografía retrograda endoscópica (C.P.R.E). Se estima que la prevalencia oscila entre el 4% y 24%. Con el aumento de la expectativa de vida, las recurrencias se han convertido en un evento cada vez más frecuente que en ocasiones puede comprometer la vida de los pacientes. Identificar los factores de riesgo es crucial para un adecuado seguimiento de los mismos. Objetivo: determinar la tasa de recurrencia de litiasis coledociana, después de una cpre con resolución completa de los litos. Secundariamente evaluar factores de riesgo asociados a la recurrencia. Materiales y métodos: análisis retrospectivo de los registros médicos electrónicos de pacientes mayores de 18 años pertenecientes a la cobertura médica del hospital Italiano de Buenos Aires que hayan realizado una C.P.R.E entre enero de 2006 y mayo de 2016 por coledocolitiasis. Se excluyeron pacientes que hayan tenido tubo de Kehr, esfinteropapilotomía previa, estenosis de la vía biliar, trasplantados hepáticos y con enfermedades autoinmunes de la vía biliar.Los pacientes con seguimiento menor a 36 meses también fueron excluidos. Resultados: Se incluyeron 329 pacientes, el 62,9% (n= 207) fueron mujeres. La tasa de recurrencia fue de 17,9% (n=59) y fue más frecuente en mujeres con el 67,8% (n=40). La mediana a la primera recurrencia fue de 26,5 meses (RIC 3-156). La mediana de edad a la recurrencia fue de 82 años (RIC 43-95). El 59,3% (n=35) presento colangitis como sintoma inicial de la recurrencia y dos de estos pacientes (3,4%) fallecieron a causa de la misma. En el análisis multivariado la presencia de la vesícula biliar fue el único factor significativo asociado a la recurrencia p= 0.008 OR:2,4 IC 95% 1,23-4,64. Un 16,9 % (n=10) presento una 2da recurrencia siendo la presencia de una papila diverticular de relevancia estadística n= 0.02 OR 7 IC 95% 1,3- 39. Cuatro pacientes (40%) presentaron una tercera recurrencia con una mediana de 43,25 meses al evento (12-72). En total tres (0,9%) pacientes murieron por colangitis en el contexto de la recurrencia. Conclusión: se observó una alta tasa de recurrencia de litiasis coledociana. Las papilas peridiverticulares y la presencia de la vesícula in situ fueron los dos factores asociados a recurrencia.

TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Código: 1655**EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA NEUROLISIS DEL PLEXO CELIACO BAJO EUS. EXPERIENCIA EN DOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL**

Inés Oria; Juan Pizzala; Augusto Villaverde; Dalila Urgiles; Agustina Redondo; Vanina Pagotto; Victor Abecia; Mariano Marcolongo.

Hospital Italiano de Buenos Aires y Hospital San Martín de La Plata - BUENOS AIRES - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

Introducción: El dolor visceral secundario al cáncer de páncreas es difícil de controlar y supone un desafío para el médico. Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de la neurolisis del plexo celíaco guiado por ultrasonido en pacientes con cáncer de páncreas irresecable. Materiales y métodos: Diseño retrospectivo de registros electrónicos de ecoendoscopias biliopancreáticas realizadas entre Junio 2017 y Junio 2019 en dos centros de alta complejidad. Se incluyeron todos los pacientes con cáncer de páncreas avanzado que realizaron neurolisis del plexo celíaco. Se evaluó el dolor en una escala de 0-10 en cuatro periodos: previo al procedimiento, a las 24hs posterior al procedimiento, a los 15 y 30 días. Se definió como mejoría del dolor a la reducción >= 30% entre 15 y 30 días respecto al basal y la reducción de analgesia si se presentó reducción en el esquema de tratamiento. Análisis estadístico: las variables cuantitativas se describieron en media y desvío estándar (SD) y las

variables categóricas en frecuencia absoluta y relativa. Se compararon las medias de dolor entre los periodos con un análisis de medidas repetidas y se ajustaron las comparaciones múltiples mediante Tukey. Se consideró una $p < 0,005$. Se utilizó el software R. Resultados: Se evaluaron 38 pacientes con dolor severo a pesar del tratamiento con opioides que fueron sometidos a neurolisis bajo EUS. Cuatro fallecieron antes del primer mes del diagnóstico y seis se perdieron en el seguimiento, por lo que se incluyeron 28 pacientes. La media de edad fue 60.61 (SD 13.77) y 14 (50%) fueron hombres. La media del dolor luego del procedimiento, en los tres periodos evaluados, fue menor que antes del mismo ($p < 0,0001$) (Tabla 1). Considerando como basal al dolor previo al procedimiento, fue menor el dolor a las 24hs ($p < 0,001$), también fue menor el dolor a los 15 días ($p < 0,001$) y a los 30 días ($p < 0,001$). Además se observó reducción del dolor entre las 24hs y a los 15 y 30 días ($p < 0,001$). Entre los 15 y 30 días posteriores al procedimiento no se observaron diferencias significativas en el dolor ($p = 0,9$). Presentaron mejoría del dolor a los 15 días 20 pacientes (71%). A los 30 días 19 pacientes presentaron mejoría del dolor (68%) La media de reducción del dolor a los 15 días fue 43.75 (SD 23.66) y a los 30 días fue 42.96 (SD 27.66). Presentaron reducción de la analgesia 15 pacientes (53%). Dos pacientes presentaron como complicación hipotensión transitoria leve. Conclusión: Se observó reducción del dolor y del requerimiento de analgesia luego de la neurolisis bajo EUS. La reducción del dolor se registró a las 24 hs del procedimiento, alcanzando la máxima reducción a los 15 días y persistiendo al mes del procedimiento. En nuestro estudio, la neurolisis bajo EUS fue un procedimiento seguro y efectivo para el tratamiento del dolor severo secundario al cáncer de páncreas.

TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Código: 1679

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA NEUROLISIS DEL PLEXO CELÍACO BAJO EUS. EXPERIENCIA EN DOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL

Augusto Villaverde; Ines Oria; Juan Pizzala; Dalila Urgiles; Agustina Redondo; Victor Abecia; Mariano Marcolongo.

Hospital Italiano de Buenos Aires - CABA - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

Introducción: El dolor visceral secundario a cáncer de páncreas es difícil de controlar y supone un desafío para el médico. Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de la neurolisis del plexo celíaco guiado por ultrasonido en pacientes con cáncer de páncreas irresecable. Materiales y métodos: Diseño retrospectivo de registros electrónicos de endoscopias biliopancreáticas realizadas entre Junio 2017 y Junio 2019 en dos centros de alta complejidad y se incluyeron todos los pacientes con cáncer de páncreas avanzado que realizaron neurolisis del plexo celíaco. Se evaluó el dolor en una escala de 0-10 en cuatro periodos: previo al procedimiento, a las 24 hs posterior al procedimiento, a los 15 y 30 días. Se definió como mejoría del dolor a la reducción $\geq 30\%$ entre 15 y 30 días respecto al basal y la reducción de analgesia si se presentó reducción en el esquema de tratamiento (escalón) Análisis estadístico: las variables cuantitativas se describieron en media y desvío standard (DS) y las variables categóricas en frecuencia absoluta y relativa. Se compararon las medias de dolor entre los periodos con un análisis de medidas repetidas y se ajustaron las comparaciones múltiples mediante Tukey. Se consideración un $p < 0,005$. Se utilizó el software R. Resultados: Se evaluaron 38 pacientes con dolor severo a pesar del tratamiento con opioides que fueron sometidos a neurolisis bajo EUS. Cuatro fallecieron antes del primer mes del diagnóstico y seis se perdieron en el seguimiento, por lo que finalmente se incluyeron 28 pacientes. La media de edad fue 60.61 (SD 13.77) y 14 (50%) fueron hombres. La media del dolor luego del procedimiento, en los tres periodos evaluados, fue menor que antes del mismo ($p < 0,0001$) (Tabla 1). Considerando como basal al dolor previo al procedimiento, fue menor el dolor a las 24hs ($p < 0,001$), también fue menor el dolor a los 15 días ($p < 0,001$) y a los 30 días ($p < 0,001$). Además se observó reducción del dolor entre las 24hs y los 15 y 30 días ($p < 0,001$). Entre los 15 y 30 días posteriores al procedimiento no se observaron diferencias significativas en el dolor ($p = 0,9$). Presentaron mejoría del dolor a los 15 días 20 pacientes (71%). A los 30 días 19 pacientes presentaron mejoría del dolor (68%) La media de reducción del dolor a los 15 días fue 43.75 (SD 23.66) y a los 30 días fue 42.96 (SD 27.66). Presentaron reducción de la analgesia 15 pacientes (53%). Dos pacientes presentaron como complicación hipotensión transitoria leve. Conclusión: Se observó reducción del dolor y del requerimiento de analgesia luego de la neurolisis bajo EUS. La reducción del dolor se registró a las 24 hs del proced,alcanzando la máxima reducción a los 15 días y persistiendo al mes del procedimiento. En nuestro estudio, la neurolisis bajo EUS fue un procedimiento seguro y efectivo para el tratamiento del dolor severo secundario al cáncer de páncreas.

TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Código: 1711

INDICADORES DE CALIDAD EN COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSCOPICA RETRÓGRADA (CPRE)

Andrea Judith Diaz; Mariana Omodeo; Carlos Adrian Canelada; Javier Andres Omodeo; Daniela Zelarayan; Abel Novillo; Guillermo Herrera Babot.

Sanatorio 9 de julio - Tucumán - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

Introducción: La Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) se utiliza de manera eficaz en el manejo no quirúrgico de una variedad de patologías pancreatobiliares. Es uno de los procedimientos endoscópicos más exigentes técnicamente y de mayor riesgo para los endoscopistas y es por ello que la Sociedad Americana de Gastroenterología (ASGE) y el Colegio Americano de Gastroenterología (ACG) han establecido una serie de indicadores para ayudar a reconocer los exámenes de alta calidad. Objetivos: Evaluar los indicadores de calidad de las CPRE que fueron realizadas en una institución privada, en Argentina, y compararlos con estándares internacionales. Materiales y métodos:Se realizó un análisis retrospectivo, descriptivo, observacional y autoevaluativo del cumplimiento de los indicadores de calidad en CPRE propuestos por la ASGE. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a una CPRE en el período comprendido entre noviembre de 2016 y mayo de 2019. Las variables evaluadas como indicadores de calidad fueron: Indicación adecuada, Consentimiento informado, Profilaxis antibiótica, Tasa de canulación, Tasa de extracción de coledocolitias. Colocación de prótesis en obstrucciones biliares por debajo de la bifurcación, tiempo y dosis de radiación y tasa de complicaciones. El desenlace se midió como porcentaje de cumplimiento de cada estándar de calidad sobre el total de CPRE. Resultados: En el período de estudio se realizaron 169 CPRE. Todos los procedimientos fueron realizados por un mismo operador. El consentimiento informado se obtuvo en el 100 % de ellos. La indicación fue apropiada en el 100 % de los casos siendo las más frecuentes la litiasis coledociana (93%) y las estenosis malignas (4%) y benignas de la vía biliar (3%). Se realizó profilaxis antibiótica en 34 pacientes (20.7%) la mayoría de ellas en pacientes sometidos a Rendes Vous. No se registraron casos de colangitis post-CPRE. El éxito de la canulación fue de 93.4 % y el éxito en la extracción de coledocolitias fue de 96%. Se registraron complicaciones en 2 pacientes (1.3 %), 1 caso de hemorragia con resolución endoscópica y una perforación duodenal Stapfer tipo II que fue manejada de manera exitosa con tratamiento conservador. Con respecto a la colocación de prótesis en obstrucciones biliares bajas, se realizaron 14 drenajes en total, 6 en patología tumoral, 3 en estenosis biliares benignas y 5 en coledocolitias no extraíbles. El éxito fue del 100% y no se registraron complicaciones. El tiempo de fluoroscopia y la dosis de radiación fueron documentadas en 21 procedimientos (43%). Conclusiones: Nuestro trabajo muestra cumplimiento en algunos de los indicadores de calidad y falla en otros. Esto nos estimula a generar cambios en busca de mejorar nuestros niveles de calidad.

TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Código: 1378

RECURRENCIA LOCAL LUEGO DE LA RESECCIÓN DE LESIONES COLORECTALES GRANDES Y FACTORES ASOCIADOS

Pablo Carrara; Maria Eugenia Romero; Leandro Di Paola; Guido Orbe; Rodrigo Ubeira; Federico Cassella; José Sotelo; José Luis Fernandez; Luis Viola.

Sanatorio Güemes/ Centro Integral de Gastroenterología - CABA - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.3.Colon

Introducción. La resección de las lesiones colónicas es una herramienta fundamental en la prevención del cáncer colorrectal. La polipectomía está indicada para las lesiones pediculadas y la resección mucosa endoscópica (RME) para los pólipos sésiles grandes y las lesiones de extensión lateral. La recidiva es la principal limitación de estos procedimientos. Objetivos. Determinar la tasa de recurrencia local luego de la resección endoscópica de las lesiones colorrectales grandes y analizar los factores asociados. Material. En dos centros de la Ciudad de Buenos Aires, analizamos retrospectivamente 62 lesiones > 20 mm resecadas endoscópicamente en 57 pacientes a los que se les realizó una colonoscopia de vigilancia con un intervalo de por lo menos 3 meses. Métodos. Determinamos el sexo y la edad promedio de los pacientes, el intervalo para la endoscopia de vigilancia, el tamaño promedio de las lesiones y la tasa de recurrencia. Como factores asociados comparamos el tamaño de las lesiones (> 30 mm vs. < 30 mm), la morfología (sésiles o de extensión lateral vs. pediculadas), la localización (colon derecho vs.colon izquierdo), la técnica de resección (RME vs. polipectomía y RME en fragmentos (piecemeal) vs. RME en bloque), y la histología (adenoma túbulo-veloso, veloso o serrato vs. adenoma tubular). Utilizamos una prueba de Fisher para la comparación estadística y la odds ratio (OR) con el intervalo de confianza del 95% (IC 95%) como medida de asociación. Resultados. La edad promedio de los pacientes fue 62,9+10,9 años, 36 eran hombres y 21 mujeres. La endoscopia de vigilancia se realizó entre 3 y 14 meses (mediana 6,2 meses). El tamaño medio de las lesiones fue 27,9+13,6 mm (rango 20 a 80 mm). Recurrieron 17 lesiones (27,4%). La recurrencia se observó en: > 30 mm 7/19 (36,8%) vs. < 30 mm 10/43 (23,3%) [P=0,36, OR 1,9, IC 95 % 0,6-6,2]; lesiones sésiles o de extensión lateral 15/47 (31,9%) vs. pediculadas 2/15 (13,3%) [P=0,20, OR 3,0, IC 95 % 0,6-15,2]; lesiones de colon derecho 9/22 (40,9%) vs. de colon izquierdo 8/40 (20,0%) [P=0,14, OR 2,8, IC 95 % 0,9-8,7]; RME 15/47 (31,9%) vs. polipectomía 2/15 (13,3%) [P=0,20, OR 3,0, IC 95 % 0,6-15,2]; RME en fragmentos 14/27 (51,9%) vs. RME en bloque 1/20 (5,0%) [P=0,001, OR 20,5 IC 95 % 2,4-175,3]; y adenomas túbulo-velosos, velosos o serratos 15/50 (30,0%) vs. tubulares 2/12 (16,6%) [P=0,48, OR 2,1, IC 95 % 0,4-11,0]. Conclusiones. Nuestra tasa de recurrencia fue mayor que la de la literatura. Esto puede deberse a que no cauterizamos los bordes de la lesión, los endoscopistas tenían distinto nivel de experiencia y no usamos endoscopios de alta definición en todos los casos. Aunque no se alcanzó significación estadística por lo pequeño de la muestra, hubo más recurrencia en las lesiones más grandes, sésiles o de extensión lateral, localizadas en colon derecho, o con componente veloso o serrato. La RME en bloque disminuyó significativamente la tasa de recurrencia.

TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Código: 1612**FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE ADENOMAS SERRATOS EN UNA INSTITUCION PRIVADA DE MAR DEL PLATA***Mauricio Arco; Juan Conosciuto; Verónica Fanjul; Roberto Higa; Ruben Lozzi; Fernando Moreno; Eugenia Paredes; Martín Pastorino; Héctor Roman.*

CLÍNICA COLON - BUENOS AIRES - ARGENTINA

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.3.Colon

Introducción Recientemente se ha descrito la asociación entre obesidad, pólipos colonicos y cáncer colorectal (CCR). El mecanismo por el cual se produce estaría determinado por la activación de diversas vías moleculares que finalmente favorecen la carcinogénesis. Un Índice de Masa Corporal (IMC) elevado se relaciona con la mayor posibilidad de generar pólipos adenomatosos. Objetivo Evaluar en un análisis prospectivo la asociación del índice de masa corporal y la tasa de detección de adenomas junto con otras variables clínico endoscópicas en nuestro medio Material y métodos Se analizaron en forma consecutiva todas las videocolonoscopias (VCC) realizadas en una institución privada de Mar del Plata durante un lapso de 8 meses (desde agosto 2018 – hasta marzo 2019) por screening de CCR. Se excluyeron pacientes menores de 40 años o portadores de Enfermedad Inflamatoria Intestinal o síndromes de poliposis colonica. Se analizaron los indicadores de calidad en VCC: tiempo de retirada, escala de Boston, llegada a ciego y Tasa de Detección de Adenomas (TDA). Se analizó la relación entre pólipos colonicos y diversas variables como edad, IMC, tabaquismo y Diabetes (DM). Se realizó un análisis univariado y estratificado de estas variables utilizando el programa EPI INfo 7.2. Resultado Se analizaron 934 VCC en un periodo de 8 meses por screening CCR. La edad promedio fue de 58.05 ± 12.12 años. Se realizaron 339 polipectomías, de ellos 262 fueron pólipos adenomatosos o serratos. La TDA fue de 24.14%. Del total de pólipos el 69,5% fueron adenoma tubular con DBG (n=182), 11.5%, adenoma tubular con DAG (n=30), 2.3% adenoma túbulo-velloso con DBG (n=6), 6.8% adenoma túbulo-velloso con DAG (n=18), 0.4% adenoma vellosos con DBG (n=1), 3.4% adenoma vellosos con DAG (n=9) y un 6.1% fueron Pólipos Serratos (PS) (n=16). Los PS predominaron en colon derecho 81.25% (n=13) y en mujeres 62.5% (n=10). Una escala de Boston mayor a 7 permitió la detección del 93.7% de los mismos. Al correlacionarlos con el IMC se observó 4 PS en pacientes con $IMC \leq 29$ y 12 en aquellos con $IMC \geq 30$ (p 0.0001). Fisher exact test. No hubo diferencia significativa al correlacionarlos con el consumo actual o pasado de tabaco o Diabetes Mellitus tipo 2. Conclusiones Los parámetros de calidad en colonoscopia permiten aumentar el rendimiento en la TDA. En la literatura se describe una mayor proporción de adenomas en pacientes obesos, pero no se hace hincapié en su relación con PS. En nuestra experiencia un $IMC \geq 30$ y una edad superior a 50 años son factores de riesgo para el desarrollo de adenomas serratos.

TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Código: 1649**RESECCIÓN ENDOSCÓPICA TRANSMURAL COLÓNICA. EXPERIENCIA INICIAL***Maria Marcolongo; Manuel Mahler; Sebastian Duran; Dante Manzoni; Juan Piz-zala; Victor Abecia.*

Hospital Italiano de Buenos Aires - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.3.Colon

Introducción: Las técnicas avanzadas de resecciones endoscópicas son herramientas fundamentales en el tratamiento de lesiones colónicas complejas. Sin embargo, estas técnicas pueden resultar inadecuadas en lesiones que involucren a capas más profundas de la pared o en aquellas ubicadas en localizaciones difíciles. No obstante, la incorporación de la resección endoscópica transmural nos brinda una nueva alternativa para el tratamiento minimamente invasivo de estas lesiones. Objetivo: Describir nuestra experiencia inicial en la resección endoscópica transmural de lesiones colónicas utilizando el dispositivo FTRD? (Full Thickness Resection Device, Ovesco Endoscopy; Tübingen; Alemania). Pacientes y Métodos: Fueron evaluados en forma retrospectiva los datos de los 6 pacientes a los que se les realizó resección transmural colónica entre septiembre de 2017 y octubre de 2018. La edad media de los pacientes fue de 69 años (rango 56 - 76). Las indicaciones fueron: adenomas con "no lifting sign" recurrentes o residuales (zona de cicatrización previa o resección previa incompleta) en 4 pacientes, adenoma sin tratamiento previo con "no lifting sign" en un paciente, y adenoma involucrando el orificio apendicular en un paciente. Las lesiones estaban localizadas 3 en colon transversal, una en colon ascendente, una en ciego y una en colon sigmoideas. Resultados: En los 6 pacientes se logró una resección técnicamente exitosa. En los 6 casos se obtuvo una resección histológica completa (R0). El tamaño medio de las lesiones fue de 2 cm. (rango 1,5 - 2,5). El diámetro medio de las piezas fue 3,3 cm. (rango 2,5 - 4). El diagnóstico histopatológico definitivo fue: 2 adenomas vellosos con displasia de alto grado, 1 adenoma tubular con displasia de bajo grado, 2 lesiones aserradas sésiles (una de ellas con

displasia de bajo grado) y un adenocarcinoma (T1). Este último presentaba como único factor adverso una invasión submucosa de 1,3 mm. El tiempo medio del procedimiento fue de 50 min. (rango 46 -102). El tiempo medio en alcanzar la lesión con el dispositivo montado en el colonoscopio fue de 13 min. (rango 4 -36). En un caso se observó sangrado en napa leve inmediatamente posterior al corte que se controló mediante coagulación tipo "soft" aplicada con el catéter de marcación. No se observaron complicaciones mayores vinculadas al procedimiento. Conclusiones: En nuestra experiencia la resección endoscópica transmural colónica utilizando en dispositivo FTRD? es factible y segura.

TC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Código: 1626**POLIPECTOMÍA DE INTESTINO DELGADO EN EL SÍNDROME DE PEUTZ JEGHERS MEDIANTE ENTEROSCOPIA***Maria Laura Garbi; Florencia Giraud; Martín Yantorno; Gustavo Javier Correa; Martín Sciarretta; Fernando Baldoni; Francisco Tufare.*

HIGA San Martín - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.Endoscopia Terapéutica

Introducción: El Síndrome de Peutz Jeghers (SPJ), es una enfermedad hereditaria autosómica dominante, caracterizada por la pigmentación mucocutánea y la presencia de pólipos hamartomatosos en el tubo digestivo. El intestino delgado (ID) es la localización más frecuente de los pólipos. La vigilancia y el tratamiento del ID en el SPJ se basa en la prevención de las complicaciones (invaginación, sangrado y malignidad). Por lo tanto, deben ser resecados todos los pólipos con un tamaño mayor a 1 cm. La capsula endoscópica, la entero-tomografía y la enteroscopia permiten la detección y la resección temprana de los pólipos, evitando la cirugía. Objetivos: describir el éxito técnico y la seguridad de la enteroscopia para la resección de pólipos hamartomatosos del intestino delgado > 1 cm en pacientes con diagnóstico de SPJ. Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en un centro de salud de tercer nivel, entre enero 2015 y enero 2018. Se recolectaron los datos a partir de historias clínicas informatizadas. El diagnóstico de pólipos en el ID, se realizó mediante enterotomografía o videocápsula endoscópica. Se realizó polipectomía con asa, previa inyección con adrenalina mas indigo carmin. Se incluyeron todos aquellos con histología compatible con hamartoma. Se analizaron las características de las lesiones, su localización, vía de abordaje, el éxito y la seguridad de la técnica. Resultados: se incluyeron 10 pacientes (4 mujeres y 6 hombres), 4 con antecedentes de resección intestinal secundaria a complicaciones de pólipos intestinales. El rango de edad es de 15 a 44 años. Se realizaron 15 procedimientos, 6 por vía anterógrada y 9 por vía retrógrada. Los procedimientos se realizaron con enteroscopia: 4 simple balón, 11 con doble balón. El tiempo promedio fue 55 minutos (30 a 120 minutos). Se resecaron 34 pólipos (30 pediculados, 1 sub-pediculado y 3 sésiles), el tamaño promedio fue de 2,7 cm, con un rango de 1 a 10 cm). Se localizaron 11 en yeyuno y 23 en íleon. Se logró la resección completa en todos los pacientes en una única sesión, excepto en uno que se necesitaron dos sesiones. La tasa de éxito técnico fue del 100%. Con respecto a las complicaciones, 3 pacientes presentaron sangrado inmediato y un único paciente sangrado tardío, que se resolvió con colocación de clip de hemostasia. Conclusiones: en nuestra experiencia, la polipectomía de ID de pólipos hamartomatosos mediante enteroscopia es un método seguro, con baja tasa de complicaciones y alta tasa de éxito técnico, en concordancia con la bibliografía. Por lo tanto, es importante resaltar el rol de la vigilancia, para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los pólipos mediante enteroscopia, evitando complicaciones asociadas a estos como invaginación, sangrado y malignidad, disminuyendo la necesidad de cirugía.

TC- ENDOSCOPIA MISCELÁNEA

Código: 1499**HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA***Mariana Massera; Maria de los Angeles Daca Alvarez; Javier Vijoditz; Ana Laura Visso; Barbara Pardo; Romina Fischman; Rafael Escobar Fernández.*

Sanatorio Mendez - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 14.Endoscopia Miscelánea

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA Autores: Massera M.; Daca Alvarez M.; Pardo B.; Vijoditz J.; Visso A.; Fischman R.; Escobar Fernández R. RESUMEN Introducción: La OMS define a la anemia como la disminución de la concentración de hemoglobina menor a 12 mg/dl en mujeres y menor a 13 mg/dl en hombres, siendo la ferropénica el subtipo con mayor prevalencia. El sangrado gastrointestinal crónico constituye la principal etiología, en varones adultos y mujeres postmenopáusicas. La videoendoscopia digestiva alta (VEDA) y la videocolonoscopía (VCC) son estudios esenciales para realizar el diagnóstico y orientar el tratamiento. Las gastropatías y la enfermedad diverticular son los hallazgos endoscópicos más frecuentes en la literatura en este grupo de pacientes. Objetivo: Describir los hallazgos endoscópicos en pacientes con anemia ferropénica

ENDOSCOPIA

en la población de un centro de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Materiales y métodos: Se analizaron los resultados de los estudios endoscópicos (VEDA y VCC) realizados a pacientes ambulatorios e internados con diagnóstico de anemia ferropénica entre Marzo de 2017 y Marzo de 2019. Se incluyeron pacientes con anemia ferropénica, mayores a 18 años, con valores de ferritina <15 ng/dl, saturación de transferrina <16%, VCM < 80 fl, HCM <27 pg. Se excluyeron pacientes con sangrado digestivo evidente y mujeres en edad fértil sin estudios ginecológicos al día. Resultados: Los hallazgos endoscópicos en la VEDA fueron: gastropatía atrófica (20.3%), gastropatía congestiva (12.7%), pólipos gástricos (7.6%) y gastropatía erosiva (6.7%); sin hallazgos en el 12.7%. Los hallazgos en la VCC: enfermedad diverticular (26.7%), patología hemorroidal (20.4%) y pólipos colónicos (14.9%); sin hallazgos en el 23.6%. Solo el 3.3% de los pacientes estudiados no presentaron hallazgos en ambos estudios endoscópicos simultáneamente. Discusión: El 88% de las VEDA y el 77% de las VCC presentaron hallazgos patológicos en los pacientes estudiados, con un predominio en mayores de 60 años. Los hallazgos más frecuentes en nuestra serie, la gastropatía atrófica y la enfermedad diverticular, coinciden con los reportados en la bibliografía. Así como la baja frecuencia (3,3%) de hallazgos negativos en ambos estudios de forma simultánea. A pesar de la amplia variedad de hallazgos endoscópicos, no todos justifican la presencia de la anemia ferropénica, lo que replantea la toma de decisiones acerca de instaurar la terapéutica específica sin progresión del estudio, o continuar con el estudio de intestino delgado. La historia clínica pormenorizada, los factores de riesgo asociados a pérdidas digestivas imperceptibles, especialmente en pacientes de mayor edad con comorbilidades, deben ser elementos que junto a los hallazgos endoscópicos nos permitan decidir adecuadamente la mejor estrategia a seguir.

TC- ENDOSCOPIA MISCELÁNEA

Código: 1358

UTILIDAD DEL ANTIGENO DE HELICOBACTER PYLORI EN SANGRE COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO NO INVASIVO

Tatiana Alfonso; FERNANDO ROBLEDÓ; Franco Peral; Lettieri; Mauro Iantorno; Juan Pablo Del Aguila; Melvi Cossio; Cinthia Choque Vargas; Carolina Yañez Chavez; Marcelo Navajas.

HIGA Dr. Diego Paroissien - NOT APPLICABLE - Argentina

Área Temática: 14. Endoscopia Miscelánea

Resumen: La infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) es causa de úlcera péptica y desarrollo del cáncer gástrico. Se detecta mediante métodos invasivos y no invasivos. Este estudio prospectivo se realizó para evaluar la utilidad de la detección de antígeno en sangre como prueba no invasiva para el diagnóstico de enfermedad producida por *H. pylori* (biocard home test) vs Biopsia endoscópica. Se comparó con la biopsia y su detección histológica, método de referencia invasivo, analizando la asociación entre ambos. Se realizaron endoscopia-biopsia y análisis de sangre en 30 pacientes con síntomas del tracto digestivo superior. Se excluyó a pacientes que tomaban inhibidores de la bomba de protones (IBPs) y consumidores de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) de esta prueba no invasiva comparadas con el método de referencia (biopsia endoscópica) Materiales y métodos: Se reclutaron en total 30 pacientes con confirmación endoscópica de *H. pylori* sin tratamiento posterior (vírgenes de tratamiento con IBP y o con AINE) Se evaluaron VPP y VPN y la sensibilidad de ambos métodos Conclusiones. La detección de antígeno en sangre (Biocard Home test) es una prueba no invasiva, fácil y rápida para el diagnóstico y confirmación de enfermedad. En pacientes vírgenes de IBPs y AINEs no se encontraron diferencias significativas VPP: 81,1, VPN: 44,0 La sensibilidad de ambos métodos fue igual para ambos métodos Solo se observó una discrepancia en 1 solo caso. Creemos que es útil especialmente en la población pediátrica o como primer instancia en el consultorio de medicina general para detectar posibles casos que rechazan la endoscopia por diversas razones (miedo, desconocimiento etc).

TC- ENDOSCOPIA MISCELÁNEA

Código: 1386

RÉDITO DE LA VIDEO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES AMBULATORIOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Pablo Martín Marini.

Gastroenterólogo, Hospital municipal subzonal de Balcarce - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 14. Endoscopia Miscelánea

Introducción: la Video Endoscopia Digestiva Alta (VEDA) y Baja son los procedimientos diagnósticos más solicitados en gastroenterología. En la mayoría de los países de Latinoamérica las unidades de endoscopia son de acceso libre, en donde los estudios son solicitados por médicos no especialistas, lo que incrementa la de-

manda de estos procedimientos. Sin embargo en el hospital de la ciudad de Balcarce los pacientes con solicitud de estudio endoscópico, son evaluados previamente por un gastroenterólogo. El Objetivo fue mostrar cuales son los motivos de solicitud de VEDA en pacientes ambulatorios y sus hallazgos endoscópicos de relevancia. Materiales y métodos: se revisó la base de datos del servicio de endoscopia en el período comprendido desde el 2 de Junio de 2016 hasta el 27 de Diciembre de 2018. Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 18 años, con pedido de VEDA diagnóstica ambulatoria y los criterios de exclusión, pacientes menores de 18 años, pacientes internados, pedidos de guardia y VEDAS terapéuticas. Se registraron: edad, sexo, motivo del estudio y hallazgos endoscópicos. Los datos fueron descargados a una planilla Excel para su análisis. El tipo de estudio fue descriptivo de cohorte transversal. Resultados: en el período comprendido en el estudio se realizaron 217 VEDAS, 149 reunieron los criterios de inclusión. 44,3% correspondieron a mujeres con una edad promedio de 60 años (min 18-max 87) y 55.7% a hombres, edad promedio de 66 años (min 30-max 87). Las principales solicitudes de estudio con sus correspondientes hallazgos endoscópicos de relevancia se detallan a continuación. Epigastalgia (18%): 15 mujeres (2 gastropatía erosiva) y 12 hombres (2 proceso orgánico de estómago). Disfagia (14%): 7 mujeres (5 con VEDA normal) 14 hombres (4 cánceres de esófago y de la unión, 1 candidiasis esofágica y 1 con signos endoscópicos de acalasia), Anemia (12%): 10 mujeres (6 presentaron endoscopia normal, 1 un cáncer de estómago y 1 una úlcera forrest IIc) y 8 hombres (3 endoscopia normal, 1 proceso orgánico de estómago, 1 úlcera forrest IIc, 1 lesión compatible con GIST y 1 lesión en duodeno). Dolor (7.3%): 4 mujeres y 7 hombres (1 cáncer estómago remanente, 1 cáncer de la UEG y 1 estómago en cascada). Celiacía (3.5%): 5 mujeres (3 con VEDA normal y 2 con signos de atrofia vellositaria). Vómitos (1,3%): 1 mujer con compresión extrínseca del cuerpo gástrico y 1 hombre con esofagitis Los Angeles B asociado a gastropatía erosiva. Alteración por tomografía (<1%): 1 hombre con cáncer de estómago. Conclusión: este trabajo demuestra que la VEDA aplicada con criterio es una valiosa herramienta con un excelente rédito diagnóstico.

TC- ENDOSCOPIA MISCELÁNEA

Código: 1606

LOS CRITERIOS DE ROSEMONT EN ECONEENDOSCOPIA ¿SON PREDICTORES DE INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA EN PACIENTES CON PANCREATITIS CRÓNICA?

Mariana Arramon; Agustina Redondo; Loudet Cecilia; Brizzio Ana; Baldoni Fernando; Cura Pablo; Villaverde Augusto; Tufare Francisco.

HIGA San Martín La Plata - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 14. Endoscopia Miscelánea

Introducción: La ecoendoscopia (USE) en la actualidad es el método de elección para la detección de cambios morfológicos tempranos relacionados a pancreatitis crónica (PC). Para el diagnóstico por USE de PC los criterios de Rosemont modificados presentan una sensibilidad de 84 % y especificidad de 70%, y son los más utilizados. Actualmente el diagnóstico de insuficiencia pancreática exocrina (IPE) es un desafío. La elastasa en materia fecal (EF) es el test más sencillo y disponible, es un indicador de función pancreática. Nuestra hipótesis es que la USE podría proporcionar información morfológica confiable que se asocia con la probabilidad de severidad de IPE en la PC. Objetivo: Determinar la probabilidad y severidad de IPE de acuerdo a los criterios de Rosemont en pacientes con diagnóstico de PC. Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo. Se recolectaron datos de pacientes derivados a nuestro servicio entre abril 2017 y abril 2018, en relación a las características por USE de pacientes con diagnóstico de PC evaluado de acuerdo a los criterios de Rosemont y se relacionaron con el diagnóstico de IPE. Se incluyeron pacientes de acuerdo a la presencia/ausencia de 5 hallazgos parenquimatosos y 4 ductales. El diagnóstico de IPE se determinó de acuerdo a los valores de EF, a través de Elisa Kit (ScheBo®) que utiliza anticuerpos monoclonales junto a la presencia de síntomas. Se consideró IPE severa cuando presentaron valores de elastasa menores a 100 µg/g, moderada entre 100-200 µg/g y leve mayores a 200 µg/g. Para comparar criterios de Rosemont con probabilidad de IPE se utilizó test de Fisher, y para evaluar severidad de IPE se utilizaron criterios de Kruskal Wallis con corrección de Bonferroni. Se consideró significativa p<0.05. Programa STATA 14. Resultados: Se incluyeron 21 pacientes, 11 de ellos con diagnóstico de IPE severa. Se observó una tendencia hacia la presencia de cálculos y dilatación del conducto pancreático principal en los pacientes con IPE, pero dicha tendencia no fue significativa. El número de criterios fue significativamente mayor en pacientes con PC e IPE severa (p<0.04). La presencia de focos hiperecóticos > de 2 mm con sombra acústica posterior se asoció a la presencia de IPE severa en forma significativa (p<0.001). De los 8 pacientes en el grupo de PC consistente la mediana de EF fue de 31 µg/g (14-59), con pancreatitis sugestiva fue de 226 µg/g (38- 336), y con pancreatitis indeterminada la media de los valores de EF fue de 368 µg/g (310-510). Conclusión: En nuestro trabajo la asociación entre hallazgos morfológicos parenquimatosos y ductales de PC fue significativa para predecir IPE. Si bien faltan estudios prospectivos y de mayor número de pacientes, es prometedor el rol de la USE para predecir el compromiso funcional de pacientes con PC.

TC- ENDOSCOPIA MISCELANEA**Código: 1526****EFFECTIVIDAD DE LA PREMEDICACION CON N-ACETILCISTEINA Y SIMETICONA PARA OPTIMIZAR LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA***David Roapillo; Teresa Barcia; Elsa Chaar; Diego Fernandez; Gerardo Llamado.*

Hospital General de Agudos J.M. Penna de la CABA - Buenos Aires AMBA - ARGENTINA

Área Temática: 14.Endoscopia Miscelánea

Una videoesofagogastroduodenoscopia (VEDA) de alta calidad implica la correcta visualización de la mucosa gástrica sin la presencia de moco, burbujas de aire, espuma ni contenido biliar. Se evaluará la premedicación de N-Acetilcisteína y Simeticona como herramientas para optimizar la calidad de este procedimiento. Objetivo: Evaluar la visualización de la mucosa gástrica previa administración de N-Acetilcisteína y Simeticona 30 minutos antes del procedimiento. Material y Métodos: Estudio aleatorizado simple. Se seleccionaron en dos grupos los pacientes con indicación de realizar VEDA que concurren al servicio de gastroenterología. En el período comprendido de mayo del 2018 hasta mayo del 2019. Se utilizó un equipo de videoendoscopia modelo Pentax Epk p 2000. El grupo 1 incluyó a los pacientes premedicados con N Acetilcisteína y Simeticona y el grupo 2 a los pacientes control. La premedicación utilizada N-Acetilcisteína 600mg en pastilla efervescente y Simeticona 200mg en suspensión, 30 minutos antes de realizar el procedimiento. Se evaluó la visibilidad de la mucosa gástrica en cuatro segmentos a través de la Clasificación de Chang et al, modificada del Score original de Kuo. Análisis Estadístico: las distintas variables estadísticas se analizaron utilizando el Test de Fisher y de Mann-Whitney. Se estimaron los ODDS RATIO para el análisis univariado, con sus correspondientes intervalos de confianza del 95%. Se consideró como significativo un valor de p menor a 0,05. RESULTADOS: 34 pacientes que se realizaron una VEDA cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión para el estudio. El grupo 1 (18 pacientes premedicados) y grupo 2 (16 pacientes sin premedicación). Se observó que el Grupo 1 tuvo una visualización óptima del 44.4% y aceptable el 55.5%, mientras que en el Grupo 2 no se registró pacientes con visualización óptima. La visualización aceptable fue del 81.21% y no aceptable del 18.75%, incidiendo en el diagnóstico. CONCLUSIONES: La premedicación con N-Acetilcisteína y Simeticona previa a la VEDA, es efectiva a partir de los 30 minutos de su administración optimizando la visualización de la mucosa de los cuatro segmentos a predominio antral. No se presentaron efectos adversos y el costo beneficio es favorable.

TC- ENDOSCOPIA MISCELANEA**Código: 1622****UTILIDAD DEL STRAIN HISTO PARA EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES PANCREÁTICAS SÓLIDAS***Nadia Perron; Agustina Redondo; Fernando Baldoni; Augusto Villaverde; Francisco Tufare.*

HIGA San Martin La Plata - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 14.Endoscopia Miscelánea

Introducción: El diagnóstico diferencial de lesiones focales pancreáticas sólidas (LFPS) continúa siendo un desafío. Actualmente la punción guiada por ecoendoscopia (USE- FNA/BNF) constituye la alternativa más eficaz. La medición de la elasticidad tisular mediante elastografía por USE en la actualidad se considera un complemento a la USE-FNA/BNF. La modalidad de elastografía cuantitativa Strain Histo, es una variante que posee insuficientes estudios prospectivos y presenta variabilidad en los puntos de corte en la bibliografía actual para el diagnóstico diferencial de LFPS. Objetivo: Definir el punto de corte de Strain Histo que identifica a adenocarcinoma de páncreas. Evaluar la relación de elastografía cualitativa y el diagnóstico de adenocarcinoma. Materiales y métodos: Estudio prospectivo realizado entre enero 2017 y enero 2019 en Unidad de endoscopia del servicio de Gastroenterología de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con hallazgo de LFPS e indicación de USE- FNA/BNF. Se realizaron estudios con ecoendoscopia Pentax® lineal multifrecuencia, bajo sedoanalgesia. Se realizó evaluación inicial con utilización de modo B, posteriormente elastografía cualitativa (según clasificación de Iglesias-García) y por último medición cuantitativa mediante Strain Histo, por el mismo operador entrenado. Durante el procedimiento se realizó USE FNA- FNB con aguja de 22 y 25 G. Se correlacionaron los valores de la medición de elastografía cuali y cuantitativa en relación al resultado histológico y evolución clínica del paciente. Para el análisis de datos se utilizó

programa STATA 14. Resultados: Se incluyeron 47 pacientes. Los hallazgos histológicos fueron 34 (72.3%) adenocarcinomas, 3 (6.4%) neuroendocrinos y pancreatitis crónica 10 (21.3%). En cuanto a la evaluación con elastografía cualitativa, 37 (78.7%) lesiones fueron patrón homogéneo azul y se asoció a mayor probabilidad de ser adenocarcinomas OR 1.15 (IC95% rango), al igual que las heterogéneas azul que fueron 9 (19.1%) lesiones, con OR 1.42 (IC95% rango), 1 (2.1%) lesión fue homogéneo verde y resultó pancreatitis crónica, ninguno fue clasificado heterogéneo verde. El grupo de adenocarcinomas obtuvo valores de Strain Histo de 55 ± 29 (mediana de 53) y las otras lesiones 56 ± 25 (mediana). No hubo diferencia significativa entre ambos grupos (p valor = 0.8). Al realizar curva ROC se obtuvo un área bajo la curva de 0.48. Conclusiones: A diferencia de la literatura, no hemos encontrado un valor de Strain Histo como punto de corte para el diagnóstico diferencial LFPS. En cuanto a la evaluación cualitativa, las lesiones homogéneas o heterogéneas azules tienen mayor riesgo de ser adenocarcinomas. Sin embargo, concluimos que la elastografía debería considerarse como herramienta complementaria para el diagnóstico de lesiones sólidas pancreáticas.

TC- ENDOSCOPIA MISCELANEA**Código: 1273****EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE EDUCACION VIRTUAL EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN ENDOSCOPISTAS NOVATOS: PRIMERA EXPERIENCIA EN ARGENTINA***Maria Marta Piskorz; Andrés Wonaga; Lorena Bortot; María Eugenia Linares; Valentina Araya; Mónica Gardey; Claudio Perretta; Jorge A Olmos.*

Simulación Médica Roemmers (Simmer) - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 14.Endoscopia Miscelánea

La enseñanza de la endoscopia digestiva (ED) se realiza sobre pacientes, con el consecuente riesgo permanente de complicaciones durante la curva de aprendizaje. Con el uso de simuladores ese riesgo desaparece. El simulador virtual con un instructor capacitado, permite aprender ED a través de ejercicios y casos clínicos, con la ventaja de poder medir performance y repetir un mismo ejercicio hasta obtener un desarrollo adecuado. Objetivo: Determinar la efectividad de la implementación de un programa de entrenamiento virtual (PEV) en ED en endoscopistas novatos. Material y método: Estudio quasi experimental antes- después, realizado en un centro especializado en simulación clínica (SIMMER), Buenos Aires, Argentina. Se incluyeron a alumnos que cursan el primer año de la carrera de especialización en gastroenterología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina, durante los años 2017-8. El PEV consistió en una jornada de 8 horas con el simulador GI-Bronch Mentor (Symbionix), coordinada por un instructor especializado en donde se simulaban casos de ED con enseñanza del manejo del instrumental y una discusión clínica de cada situación. Se realizaron al inicio, un ejercicio de habilidad psicomotriz (Endobubble 2) y luego una videocolonoscopia: Tras la jornada de instrucción clínica y endoscópica, se repitieron los dos ejercicios y se compararon para evaluar los resultados. Se utilizó el paquete estadístico STATA 14.0 para el análisis. Resultados: 63 alumnos completaron el PEV. La edad media fue de 30 ± 2.8 años y el 56% eran de sexo femenino. En el ejercicio de habilidad psicomotriz, se observó una disminución estadísticamente significativa en el tiempo de ejecución del ejercicio ($p=0.0134$) y el número de roces con la pared ($p=0.0162$). El número y porcentaje de globos explotados aumentó de manera estadísticamente significativa ($p=0.0108$ y $p=0.0381$ respectivamente). En el ejercicio de la colonoscopia, el porcentaje de llegada al ciego mejoró significativamente ($p=0.008$), como así también el porcentaje de mucosa examinada ($p=0.0002$) y la eficacia para el screening ($p=0.0245$). El tiempo de llegada al ciego en minutos mejoró aunque sin significancia estadística con una $p=0.58$. El tiempo de retirada desde el ciego mayor a 6 minutos mostró una mejoría estadísticamente significativa ($p=0.000$). En el post curso se sacaron fotos de ciego ($p=0.000$) y no se retiró el aire al salir (62% vs 16% , $p=0.000$). En cuanto a los parámetros de conductas de riesgo (tiempo con dolor, tiempo con loop, excesiva presión local y movimientos rápidos), todos mostraron mejoras estadísticamente significativas. Limitaciones: Falta de grupo control y de extrapolación a la actividad clínica. Conclusiones: Este estudio demostró una mejoría significativa en la performance de endoscopistas novatos, mejorando la habilidad psicomotriz, la calidad del estudio y disminuyendo las conductas de riesgo, por lo que recomendamos su uso en el período inicial de formación endoscópica.

CC- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA**Código: 1340****GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA, EL PROCEDIMIENTO EN DONDE NADA PUEDE MALIR SAL (A PROPÓSITO DE UN CASO)**

ENDOSCOPIA

Pablo Martín Marini; Octavio Julio Supaga.

Gastroenterólogo, Hospital Municipal Subzonal de Balcarce Felipe Fossati, Cirujano Hospital Municipal Subzonal de Balcarce Felipe Fossati - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 12. Endoscopia Diagnóstica 12.1. Esófago, Estómago y Duodeno

Paciente de sexo femenino de 85 años de edad con disfagia orofaríngea secundaria a un Accidente Cerebro Vascular (ACV) Isquémico con pedo de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). Se realizó video endoscopia (VEDA) con transluminación, punción percutánea con el pasaje del hilo guía, exteriorización del mismo bajo visión endoscópica y posterior colocación de la sonda PEG con técnica de pull. Finalizando el procedimiento, la paciente presentó un episodio de aspiración acompañado con caída de la saturación de oxígeno, lo cual impidió la reintroducción del endoscopio para corroborar el correcto posicionamiento de la sonda. Veinte días después del procedimiento, el familiar de la paciente refirió observar una pequeña fuga perisonda. Se realizó una VEDA, en la que se observó el enterramiento del tubo PEG. El síndrome de la sonda de gastrostomía enterrada (BBS de sus siglas en inglés Buried Bumper Syndrome), es una complicación rara, en donde el extremo de anclaje de la sonda PEG migra de la luz gástrica y se aloja en la pared gástrica o en cualquier lugar del tracto gastrointestinal fuera de la cavidad gástrica. Tiene una prevalencia que va del 1.5% al 8.8% y generalmente ocurre más allá de las cuatro semanas de realizado el procedimiento pero se han reportado casos en los que ha ocurrido a los 21 días. Los síntomas más comunes incluyen inmovilización de la sonda, dificultad para el pasaje de alimento, fugas peritubulares, oclusión completa y dolor abdominal. El principal factor para BBS es la tracción excesiva de la sonda, aunque la malnutrición, alteraciones en la cicatrización y el aumento de peso han sido descriptos. El diagnóstico es principalmente clínico pero requiere la confirmación endoscópica. La sonda PEG debe ser removida, incluso si esta no produce síntomas, ya que la migración continua puede conducir al sangrado, perforación, peritonitis y la muerte. Varias técnicas pueden ser empleadas para remover el dispositivo enterrado, o se reaccende a la luz con una nueva sonda PEG o se asegura un sitio de acceso completamente nuevo. Conclusión: El enterramiento de la sonda PEG es una complicación poco frecuente de la gastrostomía endoscópica percutánea, pero debe ser tenida en cuenta por el endoscopista ya que un retraso en su diagnóstico y tratamiento puede comprometer la vida del paciente.

CC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Código: 1563

ESOFAGITIS NECROTIZANTE AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Jahaira Fabiola Icaza Cárdenas; María Julia Varela; Leandro Di Paola; Oscar Torrico Paz; Hernán Bracone; Rosalba Pinasco; Santiago Regnasco; Emilia Cristina Saá.

Hospital General de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano" - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 12. Endoscopia Diagnóstica 12.1. Esófago, Estómago y Duodeno

INTRODUCCIÓN: La esofagitis necrotizante aguda, o esófago negro, es una patología infrecuente que se define como pigmentación negra del esófago secundaria a necrosis de la mucosa. De instalación súbita, con potenciales graves complicaciones y restitución ad integrum en 24hs., tiene una presentación clínica inespecífica y baja probabilidad de sospecha diagnóstica. PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 89 años, con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular, anticoagulada y mal estado nutricional. Ingresa a Ginecología por prolapso genital. Durante su internación presenta disfagia súbita para sólidos y líquidos asociada a sialorrea. Se realiza videoendoscopia digestiva alta (VEDA) constatándose mucosa con áreas de necrosis difusa que se extiende en forma concéntrica hasta el tercio medio del esófago. Impresión diagnóstica: Esofagitis necrotizante aguda. Se inicia tratamiento médico con inhibidores de bomba de protones endovenoso, sucralfato y reposo digestivo. Tomografía computada de abdomen: Esófago con engrosamiento mucoso circunferencial del tercio superior y medio, sin signos de compromiso mediastinal. Evolución favorablemente, repitiéndose VEDA a las 72 hs, con recuperación total de la mucosa esofágica. OBSERVACIONES: La esofagitis necrotizante aguda, si bien es una patología infrecuente, debe ser tenida en cuenta entre los diagnósticos diferenciales en adultos con antecedentes cardiovascular y cuadro clínico de disfagia súbita. A pesar de que la incidencia de dicha patología es baja y que la alta mortalidad en estos pacientes deviene de las comorbilidades asociadas, se debe tener especial cuidado por las complicaciones del compromiso esofágico.

CC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Código: 1560

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE CAUSA INFRECUENTE; REPORTE DE UN CASO

Andrés Mauricio Valderrama; Jahaira Fabiola Icaza Cárdenas; María Julia Varela; Hernán Bracone; Carmen Spataro; María José Jaroslavsky; Santiago Regnasco; Emilia Cristina Saá.

Hospital General de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano" - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 12. Endoscopia Diagnóstica 12.1. Esófago, Estómago y Duodeno

Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA), es una patología altamente frecuente de la gastroenterología, con una incidencia entre el 50-150/100.000 personas al año. Es la urgencia gastroenterológica más frecuente con una tasa de mortalidad de 3,5 a 7%. Las neoplasias del tracto gastrointestinal superior representan menos del 3% de todos los casos de HDA, dentro de las cuales las neoplasias de origen epitelial representan el 90%-95%, siendo el adenocarcinoma el más prevalente. Presentamos el caso de sangrado digestivo de origen tumoral como causa infrecuente. Caso clínico: Paciente masculino de 61 años, de nacionalidad argentina, sin antecedentes patológicos. Cursó internación en sala por cuadro de anemia crónica de tipo ferropénica, asociado a disminución de peso no cuantificada, dolor abdominal difuso inespecífico, astenia, adinamia e hiporexia. Refiere episodio de melena autolimitada 5 meses previos a la internación. Sin particularidades al examen físico, laboratorio con anemia leve (HB 11mg/dl), coagulopatía; inmunoserologías negativas; CA 125 y CA 15-3 elevados. Al ingreso se le realiza tomografía de abdomen y pelvis por cuadro de dolor abdominal: A nivel de techo gástrico en pared superior y medial, formación vegetante de 48 x 37 mm. VEDA: Sobre cuerpo alto, en curvatura menor hacia cara anterior, gran lesión vegetante, ulcerada con fondo sucio sin signos de sangrado activo y VCC incompleta por preparación subóptima. Se decide conducta quirúrgica realizando gastrectomía total, esófagoyunoanastomosis en Y de Roux, vaciamiento ganglionar y yeyunostomía de alimentación. Anatomía patológica de resección quirúrgica: Pieza de gastrectomía total, tumor en cuerpo gástrico, cara anterior de tamaño 4 X 4 cm, necrosis presente, AML positivo, Desmina negativo, CD34 positivo, CD 117 positivo, márgenes de resección quirúrgica libres de neoplasia, 3/3 ganglios linfáticos regionales libres de metástasis, grado histológico de 2 mitosis/5mm² (Bajo grado), tipo histológico fusocelular; El diagnóstico morfológico y el perfil inmunológico son compatibles con Tumor del estroma gastrointestinal (GIST). Observaciones Es de destacar el rol importante de la endoscopia para el diagnóstico de esta entidad patológica, siendo el tumor del estroma gastrointestinal (GIST) el 1% de los cánceres gastrointestinales primarios.

CC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Código: 1663

SÍNDROME DE PLUMMER-VINSON EN PACIENTE CELÍACA: REPORTE DE UN CASO

Oscar A. Bedini; Ariel Naves; Patricia San Miguel; José Brunetti.

CEDIR - Santa Fe - Argentina

Área Temática: 12. Endoscopia Diagnóstica 12.1. Esófago, Estómago y Duodeno

Introducción: El síndrome de Plummer-Vinson (SPV), también conocido como Síndrome de Paterson-Brown-Kelly, está asociado a una triada de signos y síntomas entre los cuales se encuentran: Anemia microcítica hipocrómica, estructuras membranosas esofágicas en la región cricofaríngea y disfagia alta, es muy poco frecuente y solo se han publicado muy pocos casos en el mundo, puede estar asociado a enfermedad celíaca. Es más común en mujeres de mediana edad (40-65). Reporte del caso: Paciente femenina de 47 años de edad, desde los 6 años, presenta cuadros frecuentes de anemia ferropénica, decaimiento general y astenia, habiendo requerido transfusiones de sangre. En cuatro oportunidades, hace 12, 10, 9 y 8 años atrás, fue sometida a estudios endoscópicos altos, informados como normales, pero sin la realización de biopsias duodenales. En el mes de octubre del 2018, al ingerir un comprimido de un AINE, presentó un cuadro de ahogo por obstrucción, con sensación de pánico, que motivó que su alimentación hasta la fecha fuese solo de papillas y alimentos procesados. Concorre a la consulta, adjuntando varias analíticas las cuales resumen un cuadro de anemia sideropénica y con bajos niveles de ferritina. Adjunta además una video deglución, solicitada por su ORL, meses atrás, que evidencia la presencia de una falta de relleno de 2mm por 7 mm, que oblitera el 75% de la luz esofágica y otra imagen similar, 2 cm por debajo de la primera, dispuesta en sentido contrario, que oblitera la luz en un 50%. Ante este cuadro, se solicitan nuevos estudios de laboratorio y una VEDA. Al introducir el endoscopio bajo visión directa se evidenciaron dos membranas fibrosas que provocaban estenosis de la luz en la región cricofaríngea, se logro traspasar ambas membranas. Se procedió a la extirpación con pinza de biopsia de cada uno de los fragmentos de membrana adosados al borde circunferencial del esófago. El resto del esófago mostró una mucosa de aspecto normal. En el estomago no se observaron lesiones mucosas. Se realizaron múltiples biopsias en cuerpo, antro e incisura angularis. En bulbo duodenal y segunda porción, se observo mucosa plana, compatible con enf. celíaca. Se realizaron múltiples biopsias. Diag. Anátomo patológico. Enf. Celíaca. Marsh C3. Observaciones: La paciente refirió luego de la VEDA una mejoría a la deglución que evaluó como normal. La evolución clínica ha sido favorable con resolución de la disfagia, tolerando normalmente alimentos sólidos. Se indicó, dieta libre de gluten.

CC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Código: 1280**PRIMER PRINCIPIO DE LA MURPHOLOGÍA MÉDICA EN LA ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA (NO CREAS QUE PORQUE EL MÉDICO SABE DAR UN NOMBRE A TU ENFERMEDAD, CONOCE DE QUÉ SE TRATA)***Pablo Martín Marini; Eduardo Bacigaluppi; Diego Miconi; Sandra Zelaya; Gaudalupe Rógora.*

Gastroenterólogo Hospital Municipal Subzonal de Balcarce Felipe Fossati, Gastroenterólogo Sanatorio Belgrano Mar del Plata, Ecoendoscopia Centro de Estudios Digestivos Mar del Plata, Anatomía Patológica Hospital Municipal Subzonal de Balcarce Felipe Fossati - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.1.Esófago, Estómago y Duodeno

Caso1: Paciente masculino de 54 años de edad sin antecedentes clínicos de relevancia que fue derivado para realización de VEDA por disfagia para sólidos y líquidos de más de un mes de evolución, acompañada de pérdida de peso no cuantificada. Epigastralgia, regurgitación y pirosis ausente. VEDA. Duodeno y estómago sin lesiones, esófago, cambio mucoso a 40 cm de ADS. Desde el cambio mucoso y hasta los 35 cm de ADS se observó una lesión elevada, de superficie nodular con patrón mucoso de aspecto adenomatoso en forma de racimo de uvas. Se tomaron biopsias. Anatomía Patológica: Esófago de Barrett con displasia polipoide. Se solicitó revisión del taco de biopsia en la que se informó un adenocarcinoma y se realizó una ecoendoscopia en la que se observó compromiso de todas las capas de la pared esofágica. Caso 2: Paciente masculino de 86 años de edad, con antecedentes de insuficiencia cardíaca y sin síntomas digestivos, se le solicitó VEDA y VCC por anemia. VEDA: Esófago: cambio mucoso a 35 cm de ADS, hiato a 40cm. Por encima del cambio mucoso y hasta los 30 cm se observó una lesión de superficie granular que comprometía menos de 25% de la circunferencia de la luz. Se tomaron biopsias. Estómago: sobre el saco herniario se identificaron 4 erosiones lineales mayores a 5 cm. Duodeno sin lesiones. Anatomía patológica: Esófago de Barrett con displasia polipoide. Se solicitó ecoendoscopia en la que se observa compromiso de la mucosa con indemnidad de la submucosa adyacente. El Esófago de Barrett (EB) es la metaplasia adquirida del esófago y está asociada con un aumento del riesgo de desarrollar un adenocarcinoma, presumiblemente a través de la secuencia metaplasia-displasia-carcinoma. Sin embargo la gran mayoría de los pacientes que tienen esta enfermedad, no progresan más allá de displasia de bajo grado. El riesgo de desarrollar un adenocarcinoma es del 10% en aquellos pacientes que presentan una displasia de alto grado, es por esto que es importante identificar y estratificar cualquier tipo de displasia. La displasia en el EB puede aparecer como lesiones planas o nodulares y menos frecuentes como lesiones pediculadas. Las características clínicas, patológicas y hallazgos moleculares del EB con displasia polipoide (EBP) son similares al EB con metaplasia plana, incluyendo la predisposición para el desarrollo de adenocarcinoma, sin embargo el EBP polipoide es una entidad poco frecuente y su manejo está limitado sólo a reporte de casos.

CC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Código: 1450**MEMBRANAS ESOFAGICAS COMO MANIFESTACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED***Victoria Marturano; Florencia Marcano; Agustín Leza; María Victoria Maurette; Sabrina Quiñones; Carlos Brodersen; Andres Lucia; Rosa Ramos; M.E Promenzio; V D'Ercole.*

Hospital Durand/ Hospital El Cruce - CABA - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.1.Esófago, Estómago y Duodeno

INTRODUCCION: el hallazgo de membranas esofágicas, definidas como la presencia de formaciones excéntricas finas menores de 2 mm formadas por epitelio escamoso estratificado con crecimiento hacia la luz, son más frecuentes en el tercio superior del esófago y suelen ser únicas. Su hallazgo obliga al estudio de condiciones asociadas que puedan justificar su presencia, estas incluyen al divertículo de Zenker, desórdenes dermatológicos (epidermolisis bullosa, pénfigo o síndrome de Stevens-Johnson), déficit de hierro (síndrome de Plummer Vinson / Patterson Kelly), o desórdenes inmunológicos. MATERIALES Y METODOS: paciente mujer de 33 años con antecedentes de Trasplante de Médula Ósea (TMO) alogénico por Leucemia Mielode Crónica en 2004 que intercurrió con EICH (enfermedad de injerto contra huésped) crónica manifestado por úlceras orales dolorosas en boca y vagina compatibles con liquen plano, que consulta por disfagia orofaríngea progresiva. RESULTADOS:

se realiza VEDA; inmediatamente por debajo del músculo cricofaríngeo, membrana esofágica blanquecina que se desprende y se logra franquear sin resalto. Se biopsia. La anatomía patológica informa epitelio pavimentoso con áreas de esofagitis leve de aspecto inespecífico. Se realiza tomografía computada de cuello y torax con contraste en la que se observa engrosamiento del pliegue aritenopiglótico y vestibular del lado izquierdo, con disminución parcial del seno piriforme homolateral. Se interpreta manifestación esofágica de EICH crónico y se inicia tratamiento con corticoides, con buena respuesta sintomática. Posteriormente se inicia disminución progresiva del tratamiento con corticoides. Luego de tres meses del cese del tratamiento con esteroides presenta recidiva de la patología, por lo cual consulta por disfagia orofaríngea a sólidos. Se realiza video deglución que evidencia estenosis en tercio superior de esófago de 3 cm de largo, tortuoso entre la quinta y sexta vértebra cervical que compromete el 80% de la luz con dilatación de hipofaringe supraestenótica. Actualmente en plan de iniciar inmunosupresores y luego control endoscópico. CONCLUSIÓN: el compromiso esofágico en pacientes con EICH crónica luego de un TMO se presenta en menos del 15% de los casos. Puede manifestarse como enfermedad vesiculobullosa, esofagitis descamativa o úlceras severas con progresión a estenosis. El tratamiento consiste en la inmunosupresión. Pero no hay evidencia de tratamiento tóxico con corticoides que podría actuar en forma directa sobre las lesiones en mucosa esofágica. OBSERVACIONES: el compromiso esofágico secundario a EICH crónico es poco frecuente.

CC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Código: 1444**UN PÓLIPO GÁSTRICO POCO COMÚN: PÓLIPO FIBROIDE INFLAMATORIO Ó TUMOR DE VANEK***Priscila Fantín; Julio Guzmán; Flavio Peré; Alicia Paskiewich; Daniela Ibarra.*

Hospital Aeronáutico Central - CABA - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.1.Esófago, Estómago y Duodeno

Un pólipo gástrico poco común: Pólipo Fibroide Inflamatorio ó Tumor de Vanek INTRODUCCIÓN: El Pólipo Fibroide Inflamatorio también llamado Tumor de Vanek es el tumor menos frecuente del tubo digestivo. Predomina en la sexta década de la vida, principalmente en hombres. El 80% se encuentra en estómago, luego sigue en frecuencia duodeno, yeyuno e íleon. El 70% se localiza en Antro y representan menos del 0,1 % de todos los pólipos gástricos. Se origina en la submucosa y su forma de presentación es muy variable: asintomáticos, dispepsia, náuseas ó vómitos. Los pólipos más grandes pueden ser sintomáticos cuando obstruyen la entrada al píloro y dan síndrome suboclusivo, hemorragia digestiva ó anemia. La etiología se desconoce aunque se proponen causas alérgicas y/o inflamatorias. OBJETIVO: Valorar en el Pólipo Fibroide Inflamatorio la importancia del estudio histopatológico e Inmunomarcación para su diagnóstico ya que es un pólipo infrecuente. Al ser benigno se puede brindar en primera instancia terapéutica endoscópica en aquellos pólipos menores de 2-3 cm evitando cirugías invasivas que tienen mayor morbimortalidad. MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente mujer de 62 años, antecedentes: Hipotiroidismo. Consulta por dispepsia, sin respuesta a IBP. Exámen físico y laboratorio: s/p. VEDA: Pólipo en Antro, subpediculado, de 1,5cm con eritema que se reseca con técnica de polipectomía. ANATOMÍA PATOLÓGICA: Mucosa gástrica con hiperplasia foveolar. En submucosa proliferación de estructuras vasculares de variable calibre con pared propia que se acompañan de infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos, plasmocitos y predominio de eosinófilos. Helicobacter pylori (+) Inmunoistoquímica: CD34 (+), Actina musculo liso (+), Vimentina(+), CD138 (+), H.Caldesmon(+),DOG(-), CD117 (-). Diagnóstico: Pólipo Fibroide Inflamatorio La paciente realizó tratamiento de erradicación para H. pylori. CONCLUSIÓN: El Pólipo Fibroide Inflamatorio es el tumor gástrico benigno menos frecuente y se origina en la submucosa. En el diagnóstico diferencial se deberá considerar: A) En la semiología endoscópica con: Pólipo Hiperplásico, de Glándulas fúndicas, Adenomatoso, Hamartomatoso. B) Con otros tumores submucosos: GIST, mesenquimatosos benignos: Schwannoma, Leiomioma, Tumor Miofibroblástico Inflamatorio. La Ecoendoscopia es un método diagnóstico útil en estos casos. El diagnóstico de certeza lo dará la Histopatología e Inmunoistoquímica: CD34 (+), Vimentina(+), Ckit(-) siendo estos los más importantes. Entre las opciones terapéuticas se encuentra la resección endoscópica hasta pólipos de 2 -3cm, con técnica de polipectomía y/o mucosectomía con disección de la submucosa; en pólipos mayores se indica cirugía. La recidiva es infrecuente y no requiere seguimiento posterior. OBSERVACIONES: Motiva la presentación el hallazgo de un pólipo gástrico benigno infrecuente.

CC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA**Código: 1488****TUMOR MIOFIBROBLASTICO INFLAMATORIO GÁSTRICO***Juan Ignacio Conosciuto; Mauricio Arco; Roberto Higa; Fernando Moreno; Martin Pastorino; Hector Roman; Martin Sabas; Juan Carlos Staltari; Ruben Dario Lozzi.*

SAGE- FAGE- FAAED - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.1.Esófago, Estómago y Duodeno

INTRODUCCION Los tumores miofibroblásticos inflamatorios o pseudotumores inflamatorios, son lesiones poco frecuentes de origen mesenquimal considerados benignos pero con tendencia a la recurrencia local, potencial de transformación maligna y bajo riesgo de metástasis. Se presentan en niños, adultos jóvenes y también en la sexta década. Su etiología es incierta. Se postula que habría una respuesta tisular exagerada de los miofibroblastos frente a una agresión como traumas previos, infecciones virales y eventos autoinmunes. Son masas únicas o múltiples de células fusiformes con diferentes grados de fibrosis que pueden necrosarse o abscedarse. Se observan en múltiples órganos con síntomas órgano-específicos o síntomas generales. Los sitios más reportados corresponden a hígado, pulmón, cabeza y cuello, tubo digestivo y aparato genitourinario. Un porcentaje variable de estos se asocian a enfermedad por IgG-4 relacionado con lesiones fibro- esclerosantes como el pseudotumor orbitario, fibrosis retroperitoneal, pancreatitis autoinmune, tiroiditis de Riedel, etc y serían más inflamatorios que neoplásicos lo que acrecienta el debate respecto a la diferenciación entre verdaderas neoplasias o estados reactivos sin potencial maligno. **OBJETIVOS** Presentación de un caso de una patología inusual manifestada en forma de hemorragia digestiva. **MATERIALES** Paciente de 60 años sin antecedentes de relevancia que ingresa por hemorragia digestiva alta. Se realiza video endoscopia digestiva alta observándose lesión de 5 cm lobulada, ulcerada, de aspecto subepitelial, sobre curvatura menor de cuerpo gástrico, con sangrado activo. Se realiza hemostasia endoscópica inyectable con resolución del mismo. **RMI ABDOMEN:** a nivel de curvatura menor gástrica lesión lobulada de 58 mm con señal heterogénea con caída en las secuencias in- face out- face características de grasa. Las secuencias con difusión son negativas. No se identifican lesiones ganglionares locoregionales. Impresiona lesión submucosa probable GIST. Se realiza gastrectomía parcial. Anatomía patológica con técnica de inmunohistoquímica que informa Pseudotumor miofibroblástico inflamatorio con bordes quirúrgicos libres de lesión. Marcadores: vimentina(+) actina(+) desmina (+) C-kit (CD 117)(-). El paciente evoluciona favorablemente. **CONCLUSION** Si bien son de infrecuente presentación debemos sospecharlo entre los diagnósticos diferenciales en lesiones gastrointestinales de aspecto subepitelial incluso complicadas como en nuestro caso. Podrían confundirse con GIST, linfomas, sarcomas, leiomiomas y lipomas. Debido a su potencial de transformación y de recidiva y su apariencia muchas veces maligna o inespecífica el tratamiento quirúrgico es de elección. **OBSERVACION** Se reporta el caso debido a la infrecuencia de esta patología en la práctica diaria.

CC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA**Código: 1425****SÍNDROME DOWNHILL VÁRICE ASOCIADO A SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR***Andrés Rodolfo Lucia; Victoria García Mercader; Rosa Ramos; Esteban Promenzio; Cecilia Curvale; Raúl Matano.*

Hospital de Alta Complejidad El Cruce SAMIC "Dr. Néstor Carlos Kirchner" - Soltero/a - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.1.Esófago, Estómago y Duodeno

INTRODUCCION: El Síndrome de Down Hill Varice son varices de la submucosa del esófago proximal, que suele desarrollarse por obstrucción de Vena Cava Superior, con menor susceptibilidad al sangrado. Es una causa rara de hemorragia del tracto digestivo proximal. Con una frecuencia del 0,1% de todas las hemorragias por várices esofágicas agudas. Las causas del síndrome de vena cava superior son las neoplasias mediastínicas (dentro de las más frecuentes: timoma, linfoma, cáncer de pulmón), hipertensión pulmonar, Enfermedad de Behçet, presencia de accesos venosos como catéteres de Hemodiálisis (Insuficiencia renal crónica, IRC); constricción del músculo cricofaríngeo, fibrosis mediastínica. En la fisiopatología se evidencia que, si la obstrucción venosa es

por encima del nivel de la vena ácigos, se pueden observar várices esofágicas en el tercio superior; si la obstrucción está por debajo, puede presentar várices esofágicas a lo largo de todo el esófago. **MATERIALES Y METODOS:** Mujer de 43 años con antecedentes personales de Lupus, nefropatía lúpica, trasplante renal en el año 2009 (con rechazo del injerto en el año 2015, fecha a partir de la cual comienza a dializarse). Se interna por pancitopenia en estudio por servicio de Hematología. **RESULTADOS:** Se recibe interconsulta en nuestro Servicio de Gastroenterología, por anemia. Se realizan Endoscopias superior e inferior. En la videocolonoscopia con estudio completo, no se evidencian lesiones con Escala de Boston 9/9. En la videoendoscopia alta se observa en el tercio superior de esófago un cordón tortuoso azulado que no desaparece con la insuflación, con el resto del estudio dentro de parámetros normales. Se sugiere al Servicio de Hematología realizar Angio TC en búsqueda de trombosis venosa, por la alta probabilidad diagnóstica de ambas entidades clínicas. En dicho estudio se evidencia la trombosis de vena cava superior, por lo cual se decide anticoagulación del paciente. **CONCLUSIÓN:** El Síndrome de downhill várice tiene una presentación clínica que suele ser asintomática. Puede ser descubierta de forma incidental por endoscopia o presencia de hemorragia digestiva alta. Los estudios complementarios para realizar son Angiografía TC o Tomografía con contraste endovenoso que nos permitirían realizar diagnóstico de alteraciones vasculares. Dentro del tratamiento endoscópico se describe la colocación de bandas elásticas como mejor alternativa. Dicho tratamiento no fue necesario en nuestro paciente debido a que no presentó sangrado digestivo. El tratamiento de elección definitivo es la desobstrucción de la Vena cava superior, dependiendo de las causas subyacentes.

CC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA**Código: 1368****STRONGILOIDIASIS. IMPORTANCIA DE VEDA Y ESTUDIO ANATOMO PATOLÓGICO DUODENAL***Georgina Don; Antonela Banchemero; Juan Pablo Santilli; Roberto Beresten; Christian Koziura.*

SANATORIO TRINIDAD - BUENOS AIRES - ARGENTINA

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 1 2.1.Esófago, Estómago y Duodeno

Introducción: La Strongiloidosis es una parasitosis endémica de zonas tropicales. El parásito penetra a través de la piel migrando de la sangre al árbol traqueo bronquial y finalizando en intestino delgado, donde se reproduce nuevamente explicándose así las infecciones persistentes e hiperinfección. La sintomatología gastrointestinal suele presentarse como vómitos, dolor abdominal, diarrea intermitente, fiebre y confundir la sospecha diagnóstica con otros síndromes clínicos. **Objetivos** Demostrar la utilidad de la VEDA con biopsias duodenales para diagnóstico de strongiloidosis cuando los métodos convencionales no son positivos. **Materiales y Métodos** Paciente de 58 años, antecedente de TBC pulmonar hace 38 años, Urosepsis en el último año y múltiples infecciones urinarias, con sospecha de reactivación de TBC por infiltrados pulmonares bilaterales y una imagen cavitada en lóbulo superior derecho. Consulta por distensión abdominal, hiporexia y pérdida de peso de 6 meses de evolución. Laboratorio con anemia y eosinofilia leve de 6.5% VSG 52, anticuerpos de enfermedad celíaca negativos, parasitológico seriado de materia fecal negativo. Resultados VEDA: leve peineado y disminución de pliegues de segunda porción duodenal. Biopsias múltiples duodenales (1). Videocolonoscopia hasta ciego sin lesiones. Esputo: Directo y cultivo para BAAR negativos. TAC de tórax sin evidencia de progresión por lo que se descarta como causa de neumopatía a la TBC. Anatomía patológica (1) duodenitis crónica activa con aplanamiento vellositario leve e hiperplasia criptica asociada a infección por microorganismos (strongyloides stercoralis). Se realiza tratamiento con albendazol 400 mg/día por 5 días con mejoría sintomática. VEDA control dos meses post tratamiento duodeno de aspecto normal y estudio anatomo-patológico de biopsias duodenales normales. **Conclusiones** Sólo se puede hacer el diagnóstico de certeza identificando el parásito. Debido a la baja carga parasitaria y a su capacidad de replicarse dentro del huésped los métodos parasitológicos, son de baja sensibilidad. La leucocitosis con eosinofilia es importante aunque puede estar ausente. El aspirado duodenal, la endoscopia y las biopsias, son recursos invasivos, habitualmente no disponibles en zonas endémicas, pero de utilidad. Histológicamente pueden identificarse ulceraciones, distorsión de criptas, atrofia de vellosidades, infiltrados inflamatorios, necrosis y parásitos. **Observaciones** Pendiente evaluación por servicio de inmunología para descartar inmunodepresión por infecciones recurrentes.

CC- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA**Código: 1346****TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES ESOFÁGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO***Guillermo Carnevale; Valeria Quinodoz; Adrian Montironi; Sebastian Correnti; Susana Marotta; Daniel Pozzi; Federico Bucciarelli; Sergio Cohen.*

SANATORIO ROSENDO GARCIA (UOM) - Santa Fe - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.1.Esofago, Estómago y Duodeno

Carnevale, G (1); Quinodoz, V (1); Montironi, A (1); Correnti, S (1); Marotta, S (1); Pozzi, D (2); Federico, B (3); Cohen, S (4). (1) Sanatorio Rosendo García (UOM), Servicio de Gastroenterología, Rosario, Argentina; (2) Laboratorio de patología clínica quirúrgica, Rosario, Argentina; (3) Sanatorio Parque, Unidad Bilio-Pancreática, Rosario, Argentina;(4) Jefe centro de Endoscopia Diagnostico terapéutico del Hospital Barros Luco, Chile. **INTRODUCCIÓN:** El tumor de células granulares del esófago (TCG) es una neoplasia infrecuente que se origina de las células de Swann. Descripto por primera vez en 1926 por Arikosoff, su localización esofágica es la más frecuente dentro del tracto gastrointestinal. A pesar de ciertas características endoscópicas, se requiere de un correcto abordaje multidisciplinario. En tal sentido, el ultrasonido endoscópico resulta importante para su evaluación inicial, aunque su diagnóstico preciso se basa en el examen histopatológico con utilización de inmunohistoquímica. **OBJETIVO:** registrar el hallazgo de una lesión esofágica infrecuente. Destacar el manejo multidisciplinario y finalmente reforzar la importancia de la inmunohistoquímica para establecer diagnóstico definitivo. **CASO CLÍNICO:** Varón de 56 años, por síntomas de ERGE accede a la endoscopia digestiva. Se observa en tercio inferior esofágico, a 5 cm de la UEG una lesión elevada, subepitelial, con zonas de erosión mucosa, y de 30 mm aprox. Se destaca importante dureza al tacto del fórceps endoscópico. Se realiza biopsia sobre biopsia obteniendo como resultado anatomopatológico: lesión mesenquimal fusocelular (GIST vs LEIOMIOMA) no pudiendo realizar inmunohistoquímica por escasa cantidad de material. Posteriormente, se realiza Ecoendoscopia informando una lesión hipoecogénica, de límites definidos, 25 mm x 16mm de diámetro, que asienta sobre la capa muscular propia esofágica. Se realiza Punción con aguja 19 G, no obteniéndose material para análisis anatomopatológico. Tras no poder definir y caracterizar la lesión, y dado el tamaño de la misma, se decide resección bajo técnica de disección endoscópica. Finalmente, con la muestra completa, y tras la utilización de inmunohistoquímica se aborda al diagnóstico definitivo de tumor de células granulares, observándose expresión de proteína S100 y marcador CD68 positivo. **CONCLUSIÓN:** El tumor de células granulares es una causa infrecuente de lesión subepitelial esofágica benigna con infrecuente posibilidad de malignización. Para su correcto manejo y caracterización la Ecoendoscopia y el análisis histopatológico con utilización de inmunohistoquímica resultan ser fundamentales. De existir dudas diagnósticas la resección del mismo bajo técnica de disección endoscópica está indicada dados los importantes DD como el tumor de GIST.

CC- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA**Código: 1283****ENTERORRAGIA POR ÚLCERAS COLÓNICAS IDIOPÁTICAS: DESAFÍO MULTIDISCIPLINARIO***Guillermo D'Ottavio; Guillermo Carnevale; Sebastián Correnti; Cristian Fernández; Mario Cantaberta; Martín Varela.*

Hospital Italiano de Rosario - Santa Fe - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon

Introducción: La hemorragia digestiva baja persistente es una causa de morbilidad y mortalidad, especialmente en pacientes afeosos. Habitualmente requiere la evaluación de múltiples especialidades para llegar a un diagnóstico y realizar tratamiento. **Objetivos:** Transmitir una causa infrecuente de hemorragia digestiva baja y exponer las dificultades en el manejo de estos pacientes. **Paciente:** Mujer de 89 años con antecedente de ICC, que ingresa por NAC con derrame pleural bilateral y requerimiento de oxígeno. Durante la internación presenta melena. Hemodinámicamente estable. SNG: débito gástrico. VEDA: estrechez infranqueable de tipo benigna en esófago superior. Se realiza tratamiento médico sospechando causa no variceal. La paciente presenta nuevos episodios de sangrado constatando enterorragia. VCC: hasta colon sigmoideos por abundante cantidad de sangre roja y divertículos. Nueva VEDA: se franquea estrechez y se observa hasta yeyuno sin sangrado. TAC: diverticulosis sin evidencia sitio de sangrado activo. Cesa el

sangrado y se interpreta como diverticular. La paciente luego continúa con enterorragia intermitente y caída del hematocrito. Nueva VCC hasta ciego observando sangre en todos los segmentos y sangre roja clara en región cecal sin ver lesiones. No aparenta sangrado diverticular. Angiografía: no se observa sitio de sangrado. Gammagrafía: sangrado activo en proyección intestino medio e íleon. Se decide realizar enteroscopia intraoperatoria donde no se observan lesiones ni restos hemáticos. La paciente persiste con sangrado intermitente y requiere múltiples transfusiones. Se realiza nueva VCC donde se observa en ciego tras lavado intenso múltiples úlceras superficiales, algunas con fibrina y otras con sangrado en napa (biopsias). Se decide realizar hemicolectomía derecha. Presenta postoperatorio favorable sin episodios de sangrado pero se complica con una NIH y luego fallece. El resultado de las biopsias y de la pieza quirúrgica evidencia proceso inflamatorio en ciego, mixto con predominio mononuclear, que asocia ulceración y cambios reactivos epiteliales superficiales. Sin inclusiones CMV. PCR CMV-. Microbiológico negativo. Laboratorio con panel viral e inmunológico negativo. Sin consumo crónico de AINEs. **Conclusiones:** El sangrado digestivo bajo persistente es un reto. Las dificultades para realizar los estudios, la preparación y la sedación, y además las propias del sangrado en su localización, como también con los resultados negativos o dispares de las metodologías que suelen complementar la evaluación generan un desafío para todos los profesionales intervinientes. **Observaciones:** Las úlceras se catalogan como idiopáticas tras no evidenciar causa probable. Las úlceras en ciego sin causa específica no son reportadas usualmente. Sin embargo, en los pocos reportes de casos publicados, son las úlceras más frecuentes luego de las causas infecciosas.

CC- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA**Código: 1406****ÚLCERA RECTAL SOLITARIA SECUNDARIA A INTUSUSCEPCIÓN RECTAL.***Natalia Romagnoli; Jhonny Espinoza; Juan Pablo Santilli; Roberto Beresten; Christian Koziura.*

SANATORIO TRINIDAD RAMOS MEJIA - BUENOS AIRES - ARGENTINA

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon

Introducción: El síndrome de la úlcera rectal solitaria es un trastorno raro que se produce en personas que sufren estreñimiento crónico. Este síndrome puede causar sangrado y tensión en el recto durante las deposiciones. A pesar del nombre del síndrome, a veces desarrollan más de una úlcera rectal. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de proctorragia asociado a úlcera rectal solitaria secundaria a intususcepción rectal. **Material y métodos:** Paciente femenina de 29 años, con antecedente de parto hace 3 años. Consultó en 2017 por proctorragia de 2 años de evolución. VCC 18-2-16: Rectitis. Íleon nodular. **Anatomía patológica:** Úlcera solitaria de recto vs prolapso rectal. No cumplió con el tratamiento indicado previamente, por lo que regresó sintomática a la consulta. Se le solicitó video endoscopia digestiva alta (VEDA) y video colonoscopia (VCC). **Resultados:** VEDA 11/17: Gastropatía erosiva de cuerpo. VCC 11/17: Lesión ulcerada de recto, biopsias escalonadas de colon/íleon. **ANATOMIA PATOLOGICA(AP):** Úlcera solitaria de recto vs prolapso rectal. Mucosa de colon e íleon conservada. La paciente no cursó hasta el 9/18. Se le solicitó RMN de abdomen/pelvis con contraste 3-10-18: Engrosamiento pared del rectal inferior predominio cara anterior desde 3 cm hasta 8 cm del margen anal. Interrupción de la muscular propia en horas 7 y 11 evidenciándose tejido isodenso no pudiendo descartar proceso primario. Interconsulta con coloproctología, revisión de todas las AP, nueva VCC, marcadores tumorales, RMN de recto con alta resolución y difusión y videodefecografía (VDGF). Enemas de budesonide y mesalazina. VCC: Hiperplasia linfoides de íleon terminal, Úlcera gigante de recto a correlacionar con AP. Revisión de AP: Úlcera solitaria de recto. RMN 13-12-18 imagen sugestiva de intususcepción rectal que compromete el tercio medio e inferior del recto con mínimos signos de edema a predominio lateral derecho. No engrosamientos parietales significativos. VDGF: Rectificación del ángulo ano/rectal al esfuerzo evacuatorio. Evacuación fragmentada y residuo rectal con imagen de copa de champagne que desaparece al evacuar (INTUSUSCEPCION). Análisis 4-12-18 CEA 0,8, CA19-9 13,1, ESD 9mm, PCR <0,30, HCTO 34,9. **Conclusión:** El síndrome de úlcera solitaria de recto es una entidad rara con una prevalencia de 1/100000 habitantes. Las causas más frecuentes son prolapso rectal e intususcepción asociados a constipación crónica. El diagnóstico en este caso es a través de la VCC con biopsias, VDGF y RMN. El tratamiento incluye biofeedback, enemas de sucralfato, corticoides y mesalazina. En cuanto a la terapéutica quirúrgica, la técnica de elección es la rectopexia. Actualmente paciente asintomática, cursando 5 to mes de gestación.

CC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Código: 1673

"LESIÓN COLÓNICA POR BAROTRAUMA: PRESENTACIÓN DE UN CASO"

Jorge E Alach; Alejandro U Buscaglia; Paula A Chavero; Marcela V Contreras; Marcelo R De faveri; Julio C De maria; Raúl F Matarán; Claudio Santos; Leandro A Spalletti.

Hospital Italiano de La Plata - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon

Introducción La lesión colónica por barotrauma o "lesión en arañazo de gato" es una complicación grave e infrecuente de la videocolonoscopia. El término hace referencia a la visualización endoscópica de lesiones lineales de color rojo brillante, aspecto subepitelial o lacerante, paralelas, disimiles a lesiones de etiología vascular, a predominio de colon ascendente y ciego, algunas de las cuales pueden presentar restos de sangre fresca. Si bien no es patognomónico, puede orientar a la presencia de micro o macrop perforaciones de la pared colónica. Es más frecuente en el sexo femenino, con una edad media de 57 años para el sexo masculino y de 64 años para el sexo femenino. Su causa no está establecida, se cree que es producida como consecuencia de la hiperinsuflación sobre el colon derecho, que presenta menor compliance, y no se debe a daño directo del endoscopio. Biopsias realizadas sobre estas lesiones no han identificado hallazgos característicos ni signos de inflamación. Se asocian a diverticulosis colónica, colitis colágena concomitante y endoscopia prolongada. Objetivo Presentar un caso de lesión colónica por barotrauma, una complicación severa relacionada a la realización de videocolonoscopia. Materiales o pacientes Se presenta el caso de una mujer de 68 años con antecedente de obesidad, hipertensión arterial, diverticulosis colónica y adenoma colónico resecado previamente, que concurre a nuestro servicio para realizarse una videocolonoscopia para seguimiento. Durante el procedimiento se observan orificios diverticulares en sigmoides, lo que dificulta el paso del endoscopio y prolonga el tiempo de estudio. Además se observa un pólipa pediculado (Paris 0 lp) de 9 mm de diámetro que se reseca con ansa caliente sin complicaciones. Asimismo, se identifica como hallazgo marcas rojas lineales y paralelas en colon ascendente y ciego, estas últimas con restos hemáticos frescos, con aspecto de "arañazo de gato". Ante diagnóstico presuntivo de lesión colónica por barotrauma, se suspende endoscopia. En la recuperación anestésica, la paciente refiere dolor abdominal. Se constata taquicardia y signos de irritación peritoneal. En radiografía simple de abdomen de pie y en decúbito dorsal, se evidencia neumoperitoneo. Se realiza laparoscopia que demuestra perforación en ciego, realizándose hemicolectomía derecha, con ileo-transverso anastomosis, presentando evolución favorable y alta hospitalaria doce días luego de su ingreso hospitalario. Métodos, resultados y conclusiones El método seleccionado es el reporte de caso. Se comunica un caso de lesión colónica por barotrauma. Creemos de suma relevancia informar de lesiones relacionadas a la realización de endoscopias, así como factores de riesgo para desarrollarla. Además resaltamos la presencia de signos endoscópicos que permiten orientar un diagnóstico presuntivo durante la endoscopia, no demorar la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas y evitar el alta precoz del paciente post procedimiento

CC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Código: 1501

HISTOPLASMOSIS DISEMINADA CON MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES

Mathius Soruco Garcia; Domingo Balderramo; Mariano Higa; Analía Benavidez; Andrea Bolomo; Marin Ame; María Victoria Mulqui; Nadia Agüero; Florencia Alvarez.

Hospital Privado Universitario de Córdoba - 5000 - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon

El uso de medicación inmunosupresora en los pacientes trasplantados está asociado a un incremento del riesgo de padecer infecciones y éstas representan la segunda causa de muerte en los estudios de seguimiento a largo plazo de los pacientes con trasplante renal. Dentro de las complicaciones infecciosas los hongos son una causa importante de morbimortalidad. El compromiso del tracto gastrointestinal por la histoplasmosis diseminada es extremadamente raro, identificándose en menos del 1% de los casos reportados. Se presenta un caso de histoplasmosis diseminada con manifestaciones gastrointestinales. Paciente masculino de 41 años, como antecedentes personales: trasplante renal Donante Cadavérico en el año 2002, con rechazo de injerto en el 2004. En 2005 nuevo trasplante Donante Vivo. Ingresó al Servicio de Emergencia por dolor abdominal asociado a distensión, pirosis y diarrea acuosa con más de 5 deposiciones diarias sin residuos patológicos. No fiebre. Examen físico normal. Laboratorio PCR 6.5; Creatinina 2.4, FeNa>0.5.Hb 8.1. Se decide internación con diagnóstico de fallo

renal agudo. A las 24 horas se objetiva en laboratorio Hb 6.3, se solicita interconsulta con servicio de Gastroenterología, realizando Videoesoscopia digestiva alta que informa: Bulbo duodenal con elevaciones circulares de la mucosa. Segunda porción se objetivan mismas lesiones con sangrado central espontáneo y al roce del endoscopio. Pliegues de aspecto conservado. Anatomía patológica: Duodenitis crónica. PCR (CMV) positivo. Se inicia tratamiento con ganciclovir ajustado a función renal. Paciente evoluciona con incremento de dolor abdominal sin signos de irritación peritoneal, se solicita Tac de abdomen que informa: Edema submucoso de intestino delgado, con adenomegalias mesentéricas, hepatoesplenomegalia homogénea. Se completa estudios con Colonoscopia: Hasta ciego, mucosa edematosa en todo el trayecto estudiado, con lesiones ulceradas y sobre elevadas en ciego, ascendente y transversal, lesiones polipoides sésiles, algunas con depresión central en colon izquierdo. Anatomía patológica: Colitis aguda y crónica moderada con elementos esféricos PAS positivos vinculables morfológicamente a Histoplasmosis. Histocompatibilidad PCR positiva para Histoplasma capsulatum, llegando al diagnóstico de Histoplasmosis diseminada en paciente trasplantado renal. Se inicia tratamiento con anfotericina B liposomal; paciente con buena evolución clínica tras inicio de terapia antifúngica, posteriormente a las 72 horas se indica alta hospitalaria con indicación de continuar con itraconazol vía oral 200 mg/12 horas durante 6 meses. OBSERVACIONES Si bien la incidencia de infecciones fúngicas en los trasplantados renales es menos frecuente que la reportada para otros trasplantes, la mortalidad es elevada. La histoplasmosis sistémica es una condición rara y grave que debe ser considerada como una complicación en pacientes inmunodeprimidos que residen en áreas endémicas.

CC- ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Código: 1559

"ESTUDIO EN ESCARLATA", UNA PROCTORRAGIA PECULIAR. PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR SOLITARIO EN LOCALIZACIÓN ANORRECTAL

Sofía Domeniconi; Francisco Tufare; Leonardo Garavento; María Alicia Scarponi; Pablo Hernan Cura; Ianina Capaldi; Ivanna María Salome Candel; Rocio Yanet Lema.

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GENERAL SAN MARTIN" DE LA PLATA - BUENOS AIRES - ARGENTINA

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon

INTRODUCCIÓN Los plasmocitomas solitarios extramedulares (PSE) o de tejidos blandos son tumores de células plasmáticas monoclonales. Comprenden <5% de las discrasias de células plasmáticas. En el 90% de los casos se localizan en la cabeza y en el cuello, el anorrecto es un sitio infrecuente [1]. OBJETIVO El siguiente caso relata el estudio de una proctorragia recurrente, con lesión a nivel del canal anal, en una paciente previamente sana. En la literatura, se ha descrito la dificultad que conlleva el diagnóstico, ya que puede confundirse con patologías como proctitis infecciosas, enfermedad inflamatoria intestinal e incluso otras neoplasias [1,2]. PACIENTES Y MÉTODOS Paciente femenina, de 19 años, sin antecedentes de relevancia que consultó por proctalgiya y proctorragia de 3 meses de evolución. Laboratorio: anemia ferropénica. En la videocolonoscopia se evidenció, proximal al canal anal, lesión sésil, mamelonada, digitiforme, de 4 cm, friable; se tomaron biopsias e hisopado para chlamydia trachomatis. Serologías para HIV, Virus Varicela Zóster, Virus Herpes Simplex 1 y 2 fueron negativas para infección aguda que justificase una proctitis. Biopsias histológicas: formación polipoide de 13mm, unión escamocolumnar rectal con marcado proceso inflamatorio crónico activo, sin signos de atipia. La evaluación ginecológica descartó lesiones genitales y anales por HPV. Se reevalúa endoscópicamente observando, disminución del tamaño de lesión digitiforme y cicatriz de biopsia previa. Se toma macrobiopsia. Se indica tratamiento con supositorios de hidrocortisona rectal y analgésicos vía oral. Nuevas biopsias histológicas: epitelio pavimentoso con ligera exocitosis leucocitaria y cambios celulares reactivos. A nivel del estroma se observa proliferación difusa, en contacto con margen de sección, constituido por células plasmáticas de aspecto maduro, presencia de cuerpos apoptóticos y aisladas mitosis. Técnicas de inmunohistoquímica compatibles con neoplasia de células plasmáticas con restricción para cadenas livianas lambda. RESULTADOS: La paciente tuvo una respuesta parcial a la terapéutica local con supositorios de hidrocortisona. Los valores de hemoglobina se reestablecieron a parámetros normales. CONCLUSIONES El PSE con presentación a nivel rectal es poco frecuente, observándose en un limitado grupo de pacientes donde la sospecha diagnóstica es importante para su abordaje, con aislados reportes en la literatura [1,2,3,4]. Consideramos al caso de interés debido a lo poco frecuente en su forma de presentación y grupo etario de la paciente. Para culminar, el enfoque multidisciplinario en conjunto con el servicio de patología y hematología fueron fundamentales para el correcto diagnóstico, tratamiento y mejoría en el pronóstico de la paciente. OBSERVACIONES La proctorragia es un motivo de consulta frecuente, poder explorar de manera adecuada un PSE cambiará el enfoque y pronóstico del paciente.

CC- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA

Código: 1549

PRESENTACION INFRECUENTE DE ADENOMAS SERRATOS SESILES DURANTE COLONOSCOPIAS, UNA SERIE DE CASOS DE PÓLIPOS DE ASPECTO SACULAR

Daniel Cimmino; Federico Bentolila; Cristian Ahumada; Carlos Peczan; Sandra Lencinas; Nicolás Rotholz; Silvia Pedreira; Marcelo Amante; Lisandro Pereira; Maximiliano Bun.

Hospital Alemán - CABA - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.3.Colon

Introducción: Con frecuencia, los adenomas serratos sésiles (ASS) se presentan como un pólipo plano o ligeramente elevado (París 0-Ib o 0-IIa respectivamente) con un patrón mucoso de Kudo tipo II-O, y se encuentran principalmente en el colon derecho. Sin embargo, en los siguientes casos, los ASS se diagnosticaron al encontrarse en el colon lesiones con aspecto elevado y de forma sacular, como un divertículo evertido, requiriendo por esta razón, una resección endoscópica diferente. **Objetivos:** Informar una serie de casos de presentación de ASS poco frecuente durante las colonoscopias. **Materiales y métodos:** Se revisaron los registros médicos y los informes endoscópicos de pacientes en la Unidad de Endoscopia del Hospital Alemán en el período 2006-2018, con énfasis en los casos de ASS presentados como lesiones con apariencia de saco. Se revisaron las características endoscópicas, técnicas de resección y resultados histopatológicos. **Resultados:** Caso 1: Una mujer de 61 años de edad presentó durante una colonoscopia de pesquisa una lesión sésil de 2 cm en el sigmoide, con una apariencia sacular y un patrón mucoso de Kudo tipo IV. Una biopsia con fórceps reveló una histología compatible con ASS. Debido a las características del pólipo, se realizó una resección con un FTRD (Ovesco: full thickness resection device). Los resultados histopatológicos finales revelaron un adenocarcinoma moderadamente diferenciado, Kikuchi SM2, dentro de un ASS que rodeaba el tejido del carcinoma. Caso 2: Una mujer de 42 años de edad presentó en la unión rectosigmoidea una lesión sésil de 1 cm, también con una apariencia sacular, con un patrón de mucoso de Kudo de tipo IV. Una biopsia de fórceps encontró un ASS con DBG (displasia de bajo grado). Se eligió una resección con un FTRD debido al riesgo de divertículo como diagnóstico diferencial. La histopatología evidenció una ASS con LGD. Caso 3: Varón de 76 años de edad presentó un pólipo sésil de 2 cm. El examen con fórceps reveló una estructura hueca; se intentó una mucosectomía para lograr la extracción del tejido polipoideo pero con un pequeño defecto de la pared del colon de 3 mm. Por lo tanto, se implementó el cierre con clips. El paciente permaneció en observación hospitalaria sin más complicaciones hasta el alta médica. La anatomía patológica reveló un ASS con DAG (displasia de alto grado). **Conclusiones:** los casos previos revelaron una presentación infrecuente de los ASS, con diferente morfología y posterior abordaje endoscópico. Estos hallazgos podrían evidenciar un comportamiento particular de los ASS, debiendo considerarse implementar una resección endoscópica con el fin de minimizar el riesgo de perforación y lograr la extracción completa del tejido.

CC- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA

Código: 1451

SINDROME DE WILKIE: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE OBSTRUCCION INTESITAL ALTA

Rafael Villadiego; Florencia Marceno; Antonella Congedo; Juan Viscardi; Lorenzo Padin; Carlos Brodersen.

Hospital Durand - CABA - Argentina

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.4.Intestino Delgado

INTRODUCCIÓN: el síndrome de la arteria mesentérica superior o Síndrome de Wilkie es la obstrucción de la tercera porción duodenal debido al estrechamiento del espacio entre la arteria mesentérica superior (AMS) y la aorta. Habitualmente este ángulo mide entre 38° y 65°, aunque en estos casos puede reducirse hasta 6° con una distancia aortomesentérica de hasta de 2 mm. **OBSERVACIONES:** presentación de una causa poco frecuente de obstrucción intestinal proximal. **MATERIALES Y MÉTODOS:** paciente masculino de 47 años ingresa a la guardia con cuadro clínico de obstrucción intestinal alta. **RESULTADOS:** se realiza laparotomía exploradora, en la se presenta como único hallazgo un estomago dilatado. A continuación se realiza VEDA en la que se observa un abombamiento de la pared del bulbo duodenal, que comprime la luz determinando una disminución del calibre y dilatación luminal en sentido proximal. Se realiza angioTC de abdomen que muestra dilatación de cámara gástrica hasta 2da porción duodenal con colapso de la luz de 3era y 4ta porción, con adecuada progresión del contraste oral hasta asas distales del ID, con ángulo aortomesentérico de 24,1° y una distancia aortomesentérica de 7.04mm. Se realiza yeyunostomía, con resolución de la sintomatología. Se otorga alta hospitalaria a los 5 días. **CONCLUSIONES:** el síndrome de la AMS es un diagnóstico de exclusión. Generalmente se presenta clínicamente como una obstrucción intestinal proximal. Imagenologicamente se observa en angioTC y angioRM como un ángulo aortomesentérico $\leq 25^\circ$ y una distancia aortomesentérica ≤ 8 mm. El tratamiento inicial consiste en brindar sostén nutricional. El tratamiento definitivo es quirúrgico. **OBSERVACIONES:** se presenta el caso de una obstrucción intestinal de causa poco frecuente.

CC- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA

Código: 1294

MUCOCELE APENDICULAR

Mauro Iluch; Ana Belen Diaz; Marcelo Vasia.

Hospital Lucio Molad - La Pampa - ARG

Área Temática: 12.Endoscopia Diagnóstica 12.5.Endocápsula

HDB SECUNDARIA A MUCOCELE APENDICULAR GASTROENTEROLOGIA LA PAMPA/ARGENTINA. INTRODUCCION: Se presenta un caso de hemorragia digestiva baja. Su evaluación diagnostica, tratamiento y revisión bibliográfica determino mucocele apendicular. **HISTORIA CLINICA:** Mujer de 63 años de edad con astenia, adinamia, melena y hematoquezia de 10 días de evolución. Niega antecedentes personales. Hemodinamicamente estable. Hto24%. Resto s/p VEDA: sin hallazgos patológicos. VCC: hasta ciego. Con sangre roja rutilante a predominio de ciego. Gama.camara con glóbulos rojos marcados: imagen hiperactiva de probable origen cecal. Endocapsula: lesión elevada a nivel cecal con umbilicación central. Paciente inestable. Conducta quirúrgica. Hemicolecotomía derecha y anastomosis ilio transversa termino-terminal. AP: mucocele apendicular. El mucocele apendicular, inicialmente descrito por Rokitsky en 1842, es una patología poco frecuente del apéndice caracterizada por una dilatación quística de su luz con acúmulo de material mucinoso. Tiene una prevalencia de 0,2-0,4% de las apendicetomías (1), siendo el cistoadenoma mucinoso el más frecuente (50%). Las complicaciones son raras e incluyen obstrucción intestinal o hemorragia digestiva, siendo la peor el pseudomixoma peritoneal, que ocurre cuando hay diseminación peritoneal de material mucinoso. **CONCLUSIONES:** Las nuevas tecnologías como la capsula nos permitieron llegar a un dx, logrando su localización y su posterior resolución quirúrgica.

CC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Código: 1629

EARLY BURIED BUMPER SYNDROME (EBBS)

Andrés Rodolfo Lucia; Esteban Promenzio; Raúl Matano; Victoria García Mercader.

Hospital de Alta Complejidad El Cruce SAMIC "Dr. Néstor Carlos Kirchner" - Soltero/a - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.1.Esófago, Estómago y Duodeno

INTRODUCCION: El síndrome de enterramiento del tope interno es una grave complicación de la gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) que presenta una prevalencia entre el 0,3 y el 2,4%. El disco de fijación interna migra a través de la pared gástrica o fuera de ella. **MATERIALES Y METODOS:** paciente varón con cáncer epidermoide de esófago, que recibe tratamiento quimioterápico, e intercorre con estenosis actínica. **RESULTADOS:** Se realiza video endoscopia alta (VEDA) donde se observa lesión elevada ulcerada de 16 a 19 cm de la arcada dentaria superior que ocupa un tercio de la circunferencia y es franqueable. Se toman biopsias. Se coloca sonda de alimentación enteral. La histopatología diagnostica cáncer epidermoide de esófago. Al mes se realiza una nueva VEDA, con estenosis infranqueable a 16 cm de la arcada dentaria superior de aspecto actínico. Se realiza dilatación con Savary 7-9 y 11 mm y se decide realización de gastrostomía endoscópica percutánea (GEP). Consulta a las 3 semanas luego de la GEP por imposibilidad de utilizar la misma. Se constata falta de rotación, de introducción y permeabilidad de la sonda de GEP y pérdida perigastrostomía. Se programa VEDA. En esta última se observa eritema y fibrosis en cavidad gástrica, no observándose el botón de la GEP. Se decide utilizar un balón, el cual se insufla por dentro de sonda de gastrostomía, y con una leve tracción se logra reintroducir a la cámara gástrica sin complicaciones. **CONCLUSIÓN:** El EBBS es poco frecuente. Presenta varias alternativas de tratamiento como una de las que se describe en este paciente. La tríada diagnóstica consta de extravasación de líquido perigastrostomía, falta de movilidad (rotación o inserción), ausencia de permeabilidad (aspiración o instilación). Siendo el principal factor de riesgo la excesiva compresión tisular entre el tope interno y externo.

CC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Código: 1546

INCIDENCIA DE FISTULA GASTROCOLOCUTANEA POR GASTROSTOMIA CON TÉCNICA PEG-PULL

Fabiana Franco Alanis; Gerardo Vitcopp; Sebastián Barassi; Raúl Garces.

Hospital Carlos Bonorino Udaondo -Centro medicus Azcuena - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.1.Esófago, Estómago y Duodeno

Introducción:La gastrostomía es un procedimiento que consiste en la colocación de una sonda o tubo en el estómago a través de la pared abdominal. Se indica en aquellos pacientes con alguna alteración en el mecanismo de la deglución y que requieren alimentación por tiempo prolongado.Existen diferentes técnicas:Qui rúrgicas,Laparoscópicas Percutánea y percutánea-Endoscópicas.Esta última es de elección dado que es un procedimiento rápido, de bajo costo y de menor complicación.La fistula gastrocolocutanea es una infrecuente complicación a largo plazo. **Objetivos:**Realizar una revisión de nuestra experiencia y compararla con la bibliografía. Identificar factores de riesgos, signos clínicos presentes que potencien la aparición y su manejo.**Materiales:** Se tuvieron en cuenta las gastrostomias endoscópicas

ENDOSCOPIA

percutáneas realizadas entre enero 2013 a abril 2019 en un hospital público y en dos centros Médicos privados de referencia llevada a cabo por los mismos operadores. Métodos: Observacional, Retrospectivo, Transversal. Resultados: En dicho período se realizaron 100 Gastrostomías Endoscópicas Percutáneas con técnica PEG/PULL. El 53% fue femenino y el 47% masculino con una edad promedio de 74,53 años. La indicación más frecuente fue la Disglusia Neurológica con el 52%, trastorno neurológico 2%. Con Esclerosis Lateral Amiotrófica 9%, negativismo a la ingesta 6%, Neoplasia 4% y 3% otros. Las complicaciones tempranas como infección de piel, dolor, filtrado perisonda y dermatitis local se observaron en el 11%. El 3% de los pacientes presentaron complicaciones tardías, 2% Fístula Gastrocolocutánea y 1% Absceso de pared. Discusión: Se describen algunas teorías sobre su patógena tales como: Anatómicas, Fisiopatológicas, Técnicas y Factor Humano. Clínicamente la fístula gastrocolocutánea puede presentarse de forma aguda o crónica. Las técnicas diagnósticas de elección consisten en pruebas radiológicas contrastadas a través de inyección de contraste; Estudios Tomográficos y estudios endoscópicos. En cuanto al tratamiento se puede retirar o clampar la sonda produciéndose el cierre espontáneo del trayecto fistuloso hacia piel. La cirugía solamente sería necesaria en casos de evidencia de peritonitis o abscesos. La tasa de complicaciones descritas oscila entre el 8-30% mayormente para Causas menores y en complicaciones mayores entre el 1-4%. Conclusión: La gastrostomía endoscópica percutánea es una técnica muy segura con baja tasa de complicaciones. Es indispensable seleccionar los pacientes que se beneficiarían. Una cuidadosa ejecución minimiza la presentación de los eventos adversos, el Iceberg es la trasiluminación. El manejo conservador de esta complicación disminuye la morbilidad. Observación: Dada la poca frecuencia y el difícil diagnóstico planteamos la necesidad de conocer esta entidad, establecer un alto índice de sospecha, seleccionar los métodos diagnósticos, realizar un tratamiento conservador garantizando un aporte nutricional que cubra los requerimientos diarios.

CC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Código: 1403

“RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA DE UN DIVERTÍCULO DE ZENKER CON EVALUACIÓN INCOMPLETA”

Ana Clara Fuentes; Analía Barba; María de los Ángeles Daca Alvarez; Javier Vjoditz; Rafael Escobar Fernández.

Sanatorio Dr. Julio Mendez - CABA - Argentina

Área Temática: 13. Endoscopia Terapéutica 13.1. Esófago, Estómago y Duodeno

Introducción: El divertículo de Zenker (DZ) es una evaginación posterior de la mucosa y submucosa a través de un área de debilidad parietal de la unión faringoesofágica. La disfagia y regurgitación alimentaria es la forma de presentación habitual. La evaluación inicial radiológica debe completarse endoscópicamente y el tratamiento en los casos sintomáticos, es quirúrgico o endoscópico, dependiendo de la experiencia del centro, el cuadro clínico y el tamaño diverticular. Objetivo: Presentar resolución endoscópica de un divertículo de Zenker con evaluación incompleta. Caso clínico: Masculino de 73 años, con antecedentes de enfermedad de Chagas. En 2005 consulta por disfagia esofágica intermitente a sólidos-líquidos y diagnosticándose por imágenes divertículo de Zenker, sin seguimiento médico posterior. En 2018 consulta nuevamente por afagia, pérdida de peso y deterioro del estado general. La seriada esofagogastroduodenal evidenció el divertículo de Zenker de 3cm (Clasificación de Lahey IIB) y esófago conservado. La Videoendoscopia digestiva alta evidenció en tercio superior luz paraesofágica correspondiente a divertículo y rigidez del tabique con estrechez de la luz esofágica que impide la progresión del endoscopio. Se colocó sonda tipo K108 bajo visión endoscópica e inició alimentación enteral. A pesar de la evaluación parcial del tracto digestivo superior se indicó la diverticulotomía endoscópica por el importante al deterioro clínico del paciente. La misma se realizó con CAP y Needle knife, logrando apertura de la luz esofágica con buen pasaje del endoscopio. Se colocaron profilácticamente dos clips hemostáticos en el tabique remanente. Posterior al procedimiento el paciente evolucionó con buena tolerancia a la dieta líquida a las 6hs, externándose a las 24hs con dieta general. Discusión: El tratamiento del DZ con endoscopio flexible es superior a las alternativas quirúrgicas por la menor tasa de complicaciones y tiempo quirúrgico e inicio temprano de la vía oral. En la diverticulotomía endoscópica es necesario una correcta exposición del septum y protección de la pared libre para disminuir la tasa de perforaciones, utilizando SNG o CAP. Utilizar clips metálicos disminuye el riesgo de perforación no percibida, sin datos concluyentes al respecto. Evita la hemorragia post-procedimiento y la cicatrización por segunda serían beneficios adicionales de el uso de clips. Conclusión: La evaluación incompleta o parcial del tracto digestivo superior en presencia de un DZ sintomático con compromiso del estado general no contraindica la posibilidad de resolución por vía endoscópica del mismo. Los beneficios en términos de rapidez en la recuperación de la función deglutoria, la corta estadía hospitalaria y la disminución de las tasas de morbilidad relacionadas son factores a tener en cuenta ante la elección de la técnica a emplear.

CC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Código: 1692

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO CON BANDAS ELÁSTICAS EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA

María Ughelli; Modesto Avalos; Jesús Ortiz.

Hospital de Clínicas - departamento central - Paraguay

Área Temática: 13. Endoscopia Terapéutica 13.1. Esófago, Estómago y Duodeno

INTRODUCCION: La Terapia Endoscópica en el sangrado digestivo alta está dada por los siguientes Métodos: Inyección (adrenalina, Esclerosantes como el polidocanol, etanolamina, alcohol absoluto, así como polímeros como el cianoacrilato. Método térmico (Electrocoagulación monopolar, Electrocoagulación Bipolar o multipolar, Coagulación por plasma de argón. Método mecánico: Clips Metálicos, Endoloop, Ligadura elástica. OBJETIVOS: Demostrar que la ligadura con Bandas Elásticas es una opción válida a la hora de seleccionar un método terapéutico endoscópico seguro y fácil, en sangrado digestivo Alto NO Variceal. CASO 1: Masculino, 30 años. Hematemesis de 24hs de evolución. Hemodinamia estable. Hb/Hto: 4/17%. EDA (Endoscopia Digestiva Alta): Esofagitis por reflujo Grado II (SAVARY-MILLER) Laceración profunda lineal, con sangrado activo tipo MALLORY WEISS. Se realiza hemostasia con adrenalina diluida 1:20.000, se inyecta 14cc + ligadura, cediendo el sangrado. Buena evolución. En endoscopia de control. CASO 2: Masculino - 82 años. Melena y hematoquezia, de 48hs de evolución. Hemodinamia estable. Hb/Hto: 6/25%. EDA: En 3era porción duodenal: gran DIVERTÍCULO con un coágulo grande en su interior. Se procede a movilizar el coágulo, se observa una lesión de DIELAFOY con sangrado activo en JET. Se realiza hemostasia exitosa con bandas elásticas. Buena evolución CASO 3: Masculino - 78 años. Melena de 1 semana. Hemodinamia estable. Hb/Hto: 5/24%. EDA: Estomago: restos hemáticos, en cara posterior, cuerpo medio, se aprecia una LESIÓN ULCERADA AGUDA de aprox. 8-10 mm de tamaño - activa de bordes netos, con sangrado activo en JET (FORREST IA), se inyecta 8cc de adrenalina diluida 1:20.000 combinado con ligadura con banda elástica, deteniendo el sangrado. Buena evolución. METODOS. RESULTADOS. CONCLUSIONES: Serie de Casos. En los diferentes casos presentados, ante la falta de disponibilidad de otros métodos, una elección válida terapéutica fue la ligadura con Bandas elásticas. Ha sido utilizada con seguridad en el tratamiento de las lesiones de Dieulafoy, Angiodisplasia, Ulceras pépticas, Sx Mallory Weis. En lesiones del intestino delgado y del colon pueden usarse ligadura con bandas elásticas, pero existe riesgo de perforación. En el sangrado por úlcera péptica se puede optar por la ligadura elástica siempre que la lesión sea aguda. La terapia combinada es mejor que inyección de adrenalina sola. Pero sin ventaja sobre la monoterapia térmica o mecánica. OBSERVACIONES: Es una serie de casos que constituye un escenario interesante, donde se podría utilizar sin miedo alguno la técnica de ligadura con bandas elásticas, una técnica sencilla y con buenos resultados ante la falta de disponibilidad de otros dispositivos. Este trabajo fue realizado libre de conflictos de interés.

CC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Código: 1424

COLANGIOHIDATIDOSIS: DRENAJE ENDOSCÓPICO DE UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DEL QUISTE HIDIATÍDICO HEPÁTICO

Lucía Luna Tirado; Humberto Luna Tirado; Pedro Belloni; Rodrigo Belloni; Claudio Perez Irigoyen.

Hospital Español de La Plata - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 13. Endoscopia Terapéutica 13.2. Hígado, Vías Biliares y Páncreas

INTRODUCCIÓN La hidatidosis es una zoonosis de gran morbilidad y mortalidad en América Latina. La localización hepática del quiste es la más frecuente. Durante su crecimiento expansivo es probable que se produzcan comunicaciones con el árbol biliar, una complicación de relativa frecuencia que suele pasar inadvertida. La colangiohidatidosis es una situación clínica diferente producida ante la fistulización de la cavidad quística a la vía biliar con volcado de vesículas hijas o membranas germinativas. Esta circunstancia es infrecuente y produce colestasis extrahepática. Existen pocos casos publicados en la literatura sobre su manejo endoscópico. OBJETIVO Reportar un caso de colangiohidatidosis de resolución endoscópica MATERIALES Paciente de 54 años de Perú que consultó por dolor abdominal, náuseas y vómitos de una semana de evolución. Al examen físico presentaba ictericia, dolor en epigastrio donde se palpaba formación duro pétreo que se extendía hacia hipocondrio derecho. En el laboratorio presentaba patrón de colestasis con FAL 346 U/l TGO 190 U/l TGP 470 U/l bilirrubina total 4.58 mg% bilirrubina directa 3.09 mg% bilirrubina indirecta 1.49 mg%. Se realizó TAC donde se constató que el lóbulo hepático izquierdo se encontraba reemplazado por dos imágenes macroquísticas tabicadas con calcificaciones que promediaban los 11 cm de diámetro. La ecografía mostró vesícula biliar con múltiples imágenes litíicas de 8 a 13 mm y vía biliar extra hepática de 12 mm. Se realizó colangiograma que no evidenció imágenes endoluminales en colédoco. Se solicitó ELISA para hidatidosis con resultado positivo. A pesar de falta de evidencia imagenológica de ocupación de vía biliar se decidió realizar CPRE dado el contexto clínico-bioquímico y la sospecha de fistulización del quiste. Se canuló y contrastó colédoco observándose múltiples imágenes en su interior. Se realizó esfinterotomía amplia y se extrajeron con balón membranas y vesículas hijas de quiste hidatídico. Se inició antibioterapia y albendazol. La paciente evolucionó favorablemente, mejoró el patrón de colestasis y la ictericia. Se programó hepatectomía parcial. MÉTODOS, RESULTADOS Y CONCLUSIONES Se reportó un caso de colangiohidatidosis en una paciente con hidatidosis hepática que presentaba métodos complementarios típicos pero que no permitían corroborar fehacientemente la comunicación del quiste con la vía biliar. Se realizó CPRE que permitió confirmar el diagnóstico, resolver la obstrucción biliar, prevenir colangitis y pancreatitis y disminuir las complicaciones posquirúrgicas facilitando el drenaje por esfinterotomía. OBSERVACIONES Se envía este caso a fin de evidenciar el manejo endoscópico de una complicación infrecuente en el contexto de una zoonosis frecuente.

CC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA**Código: 1430****MANEJO ENDOSCÓPICO DE LESIÓN TRAUMÁTICA DE PÁNCREAS***Ivana Azcurra; Natalia Poles; Claudio Guerrina; Ariel Gamba; Encinas Nahuel; Barbieri Pablo; Paganelli Romina; Buseghin Valentino; Yair Atum.*

HECA - Santa Fe - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

INTRODUCCIÓN: Las lesiones pancreáticas, representan el 4% de las lesiones abdominales. Tienen alta tasa de morbimortalidad relacionada a la lesión del conducto de Wirsung. Es fundamental su reconocimiento y tratamiento precoz. Los traumatismos pancreáticos pueden ser penetrantes (los más frecuentes) o cerrados. El diagnóstico se realiza mediante tomografía axial computarizada (TC). La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es fundamental para la evaluación de la integridad del conducto de Wirsung y también es útil en su tratamiento, siendo el método de elección en caso de fistulas pancreáticas. **PACIENTE:** Varón de 25 años que ingresa a unidad de cuidados intensivos por herida de arma de fuego abdominal, con lesión piloroduodenal, hepática, pancreática, de vena cava inferior y pedículo renal derecho. Se realizaron múltiples intervenciones quirúrgicas abdominales. Requiere inotrópicos y asistencia respiratoria mecánica las primeras 72 horas. Presento complicaciones infecciosas respiratorias y de cavidad abdominal y falla renal con requerimiento de hemodiálisis. Cursó 33 días de internación en unidad de cuidados intensivos, con posterior pase a sala y alta hospitalaria por favorable evolución. **Análisis:** Hto 23.2 Hb 7.3 Gb 22400 Plaquetas 118000 Glicemia 94 mg/dl Uremia 28 mg/dl Creatinemia 1 mg/dl Bilirrubinemia 3 mg/dl TGO 723 U/l TGP 703 U/l FA 406 U/l GGT 24 U/l Amilaseamia 94 TP 14 KPTT 32 TC abdomen y pelvis (posterior a primera intervención quirúrgica): hígado áreas hipodensas adyacentes a ligamentos falciformes, que podrían estar en relación a laceraciones/ contusiones hepáticas, páncreas área hipodensa lineal, en la unión de la cabeza con el cuerpo, asociada a dilatación del conducto de Wirsung, riñón derecho no se visualiza, drenajes quirúrgicos, líquido libre perihepático, interasas y en todos los recessos pélvicos. **CPRE:** Ampolla normal. Se realiza papilotomía. Wirsung se canula con guía hidrofílica de 0.035 mm y esfinterotomía de forma selectiva observando fuga de contraste en tercio medio del conducto. Se logra posicionar correctamente en la trayectoria del conducto y se coloca prótesis de 7 Fr x 7 cm a través de la guía en forma correcta. Se observa salida de material compatible con secreción pancreática. **CONCLUSIÓN:** Si bien la fistula pancreática traumática es infrecuente, el médico endoscopista debe estar familiarizado con la misma ya que la CPRE es el tratamiento de elección y disminuye el alto índice de morbimortalidad que esta patología representa.

CC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA**Código: 1477****HALLAZGOS COLANGIOSCÓPICOS EN COLANGIOPATIA POR IGG4***Augusto Villaverde; Manuel Mahler; Dante Manazzoni; Juan Pizzala; Victor Abecia; Mariano Marcolongo.*

Hospital Italiano de Buenos Aires - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

a) **Introducción:** La colangiopatía por IGG 4 es una entidad poco frecuente que se presenta como manifestación de una enfermedad sistémica inmunomediada llamada enfermedad relacionada con IGG4. b) **Objetivo:** Describir hallazgos colangioscópicos en 2 pacientes con colangiopatía por IGG4 con presentación clínica y hallazgos imagenológicos disímiles. c) **Materiales (o Pacientes):** Se presentan dos casos clínicos con sus respectivos procedimientos en video: Caso 1: Paciente hombre de 75 años de edad con antecedentes conocidos de pancreatitis autoinmune tipo 1, consulta por síndrome coledociano, se realiza colangiorresonancia en la que se observa estenosis a nivel de colédoco proximal, se inicia tratamiento con corticoides que mejora parcialmente el cuadro, por presentar prurito intratable se realiza CPRE, durante la misma se confirma la estenosis, se realiza cepillado que no arroja resultados y se coloca prótesis plástica. Posteriormente se realiza colangioscopia directa peroral en la que se observa mucosa con compromiso difuso caracterizado por palidez con áreas dispersas de eritema, se observa resolución completa de la estenosis visualizada en imágenes. Se toman biopsias escalonadas en las que se confirma el diagnóstico. Caso 2: Paciente hombre de 69 años que consulta por dolor abdominal, pérdida de 10 kilos de peso y alteración mixta del hepatograma. Se realiza colangiorresonancia en la que se observa páncreas con alteración difusa de la señal parenquimatosa de significado inespecífico y engrosamiento mural del colédoco. Se realiza ecoendoscopia con punción pancreática que no arroja resultados por lo que se realiza colangioscopia directa peroral en la que se observan los mismos hallazgos en el caso 1. Se toman biopsias escalonadas en las que se observa infiltrado linfoplasmocitario. d) **Conclusiones:** La colangios-

copia directa peroral es un complemento en el diagnóstico de la colangiopatía por IGG4 que puede ser tenido en cuenta cuando otros métodos de menor invasividad no logran confirmar el diagnóstico o cuando la magnitud de los síntomas de colestasis hacen necesario el drenaje biliar. En nuestra experiencia con estos dos casos, el aspecto difuso de las lesiones observadas, presentaron un gran valor al descartar otros diagnósticos probables, fundamentalmente colangiocarcinoma. e) **Observaciones:** En el caso número 2 no se ha logrado diagnóstico histológico por otros métodos hasta la fecha, sin embargo el contexto clínico orienta fuertemente al diagnóstico de ésta entidad, cumpliendo todos los criterios HISORT a excepción del criterio histopatológico.

CC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA**Código: 1515****TRATAMIENTO DE FISTULA ESPONTANEA QUISTEDUODENAL POR WALL OF NECROSIS***Eliana Cilla; Hernan Cordero; Victoria Chiacchio; David Zagalsky; Mariel Iriarte; Noel Aldabe.*

HOSPITAL MILITAR CENTRAL - BUENOS AIRES - ARGENTINA

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

INTRODUCCIÓN: EN LA PANCREATITIS AGUDA LAS COMPLICACIONES LOCALES SON TEMPRANAS O TARDÍAS. LAS TEMPRANAS: COLECCIONES LÍQUIDAS AGUDAS O COLECCIÓN NECRÓTICA AGUDA. LAS TARDÍAS: FORMACIÓN DE PSEUDOQUISTES PANCREÁTICOS Y LA NECROSIS PANCREÁTICA ORGANIZADA. SE PUEDE ACCEDER A LA NECROSIS PANCREÁTICA CON EL ENDOSCOPIO, ABRIENDO UN TRACTO AMPLIO A TRAVÉS DEL ESTÓMAGO Y REMOVIENDO LA NECROSIS. **OBJETIVOS:** DEMOSTRAR EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA NECROSIS PANCREÁTICA. **MATERIAL Y METODOS:** PACIENTE FEMENINA DE 60 AÑOS, CONSULTA: DOLOR ABDOMINAL + TUMORACIÓN PALPABLE EN EPIGASTRIO (IRRADIA A DORSO) + FIEBRE, Y NAUSEAS. **SCAN DINAMICO DE PÁNCREAS:** VOLUMINOSA FORMACIÓN QUISTICA ORGANIZADA, EN REGION CEFALICA-CORPORO Y CAUDAL (10X7X11 CM). DESPLAZA ANTRO-PILORO Y 1a PORCIÓN DE DUODENO. WIRSUNG NO DILATADO. **RMN DE ABDOMEN:** FORMACIÓN QUISTICA CON EFECTO DE MASA SOBRE LA PORCIÓN INTRAPANCREÁTICA DEL COLEDOCO (15MM). SE DECIDIO DRENAJE DE PSEUQUISTE CON COLOCACIÓN DE STENT ENDOSCÓPICO: PERO AL INGRESAR CON EL ENDOSCOPIO SE EVIDENCIA FISTULA ESPONTÁNEA QUISTO DUODENAL A NIVEL DE LA RODILLA, POR LO QUE SE DECIDE TUTORIZAR LA MISMA CON UN STENT AUTOEXPANDIBLE. A LOS 10 DIAS SE REALIZA EXTRACCIÓN DE STENT+ NECROSECTOMÍA ENDOSCÓPICA. SE REALIZA PROCEDIMIENTO EN VARIOS TIEMPOS ENDOSCÓPICOS. LA PACIENTE EVOLUCIONA FAVORABLEMENTE Y NO CONCURRE A CONTROL. **DISCUSIÓN:** EL AVANCE DE LA ENDOSCOPIA INTERVENCIONISTA NOS HA PERMITIDO ACCEDER AL PÁNCREAS Y TRATAR ESTAS COMPLICACIONES EFECTIVAMENTE Y CON MENOR MORBILIDAD. DESPUÉS DE UN EPISODIO DE PANCREATITIS NECROTIZANTE, EL TEJIDO NECRÓTICO PUEDE QUEDARSE ENCAPSULADO. SE PUEDE REALIZAR UNA NECROSECTOMÍA ABIERTA, ESTE ES UN PROCEDIMIENTO INVASIVO CON UNA ALTA TASA DE COMPLICACIONES (34-95%). EN GENERAL LA NECROSECTOMÍA ENDOSCÓPICA ES UN PROCEDIMIENTO SEGURO Y EFECTIVO, SIEMPRE Y CUANDO SEA REALIZADO POR UN ENDOSCOPISTA ENTRENADO Y FAMILIARIZADO CON EL PROCEDIMIENTO Y LA PATOLOGÍA.

CC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA**Código: 1659****BIOPSIA HEPÁTICA Y PANCREÁTICA EN EL MISMO PROCEDIMIENTO ECOENDOSCÓPICO. REPORTE DE UN CASO***Augusto Villaverde; Ines Oría; Juan Pizzala; Dalila Urgiles; Analia Pasqua; Eduardo Mullen; Victor Abecia; Mariano Marcolongo.*

Hospital Italiano de Buenos Aires - BUENOS AIRES - Argentina

Área Temática: 13.Endoscopia Terapéutica 13.2.Hígado, Vías Biliares y Páncreas

La biopsia hepática bajo Ecoendoscopia (EUS) ha surgido en los últimos años como una alternativa al abordaje percutáneo y transyugular, y ha demostrado ser una técnica efectiva y segura. Presentamos un caso clínico en el cual por medio de la EUS logramos obtener un diagnóstico definitivo, mediante biopsia hepática y pancreática, en un solo procedimiento. No hay reportes en nuestro medio de biopsia hepática guiada por EUS. Paciente de 51 años sin antecedentes de importancia ingresa por síndrome coledociano. Refiere pérdida de 7kg en los últimos tres meses y diarrea crónica. Laboratorio: BT9mg/dl BD5.3mg/dl GOT682U/L GPT96U/L FAL132U/L. Resto de parámetros normales. CEA1.6ng/mL, C.A. 19.9 49,U/mL ALFAFETOPROTEINA 98ng/mL. Colangiorresonancia: Múltiples lesiones hipervasculares en ambos

ENDOSCOPIA

l6bulos hep6ticos con dilataci6n de v6a biliar que impresionaban corresponder a localizaciones secundarias. Formaci6n nodular en cola pancre6tica que podr6a corresponder a un primitivo (Tumor neuroend6crino (TNE) at6pico), aunque no presentaba restricci6n en DWI y ten6a diferente patr6n de realce en relaci6n a las lesiones hep6ticas. Se realiz6 drenaje percut6neo de la v6a biliar y biopsia hep6tica percut6nea: c6lulas con nucleos irregulares que esbozan estructuras glandulares. Citoqueratina 7positivo, compatible con Adenocarcinoma bien diferenciado. A pedido m6dico se realizaron t6cnicas de Inmunohistoqu6mica para Cromogranina (Cro) y Sinaptosina (Sin): Ambas positivas en c6lulas at6picas con disposici6n glandular. Ante la discrepancia entre el diagn6stico histol6gico con el cuadro cl6nico e imagenol6gico pancre6tico, y la importancia de obtener un diagn6stico espec6fico para establecer una conducta terap6utica apropiada, se decidi6 realizar nueva biopsia hep6tica y pancre6tica en un mismo procedimiento bajo EUS: Se observ6 en cola pancre6tica lesi6n hipoec6ica de bordes bien definidos de 30mm de diam., vascularizada (Doppler+). Elastografia cuantitativa: strain ratio 80 compatible con tumor neuroend6crino. Se realiza puncci6n aspiraci6n con aguja de histolog6a 20G, (FNB) obteniendo material evaluado por pat6logo en la sala, que se env6a a anatom6a patol6gica para an6lisis histol6gico. Desde bulbo duodenal se observa l6bulo hep6tico izquierdo que presenta gran lesi6n que excede los l6mites de la pantalla, heterog6nea, muy vascularizada. Se realiza FNB. Anatom6a patol6gica: H6gado: presencia de c6lulas at6picas con marcada anisocariosis y anisocitosis. Cro y Sin positivo. Citoqueratina 7negativo. Ki-67 38%. P6ncreas: c6lulas at6picas con nucleos hiper Crom6ticos. Cro y Sin: Positivo. Conclusi6n: H6gado: Met6stasis de Carcinoma Neuroend6crino poco diferenciado G3 de 3 por Ki-67. P6ncreas: Tumor Neuroend6crino bien diferenciado: Ki-67: Indeterminado: material agotado. Con este resultado definitivo el paciente cambio el tratamiento propuesto inicialmente para adenocarcinoma y comenz6 con tratamiento quimioter6pico para carcinoma neuroend6crino.

CC- ENDOSCOPIA TERAP6UTICA

C6digo: 1288

CUERPOS EXTRAÑOS EN COLON. EXTRACCION ENDOSC6PICA

Agust6n Gigena; Jaqueline Gobelet; Pl6cido Gallegos.

Sanatorio Allende - C6rdoba - Argentina

6rea Tem6tica: 13.Endoscopia Terap6utica 13.3.Colon

INTRODUCCI6N: La extracci6n de un cuerpo extrañoo en colon es un motivo de consulta poco frecuente en la pr6ctica endosc6pica de urgencia. Los estudios hist6ricos pre-endosc6picos han demostrado que la mayor6a de los cuerpos extrañoo pasan espont6neamente, con tasas de mortalidad inferiores al 0,1% . Los cuerpos extrañoo que mas frecuentemente presentan complicaciones son los objetos afilados, los cuales, han reportado tasas de perforaci6n intestinal de hasta el 35%. CASO CL6NICO 1: Paciente de 80 años con antecedentes de diverticulosis que durante una colonoscopia de screening, se objetiva un cuerpo extrañoo, filiforme, sugestivo de hueso de pollo, atravesado e impactado a nivel de colon sigmoides. El paciente no hab6a presentado s6ntomas asociados. CASO CL6NICO 2: Paciente de 42 años que, tras ingesta accidental de perno dental, consulta por guardia donde se le realiza Rx de abdomen observ6ndose la pr6tesis en ciego. Se decide seguimiento durante una semana con Rx seriadas, frente a la posibilidad de su eliminaci6n espontanea. Al continuar impactada en ciego, se decide extracci6n endosc6pica. DISCUSI6N: Los cuerpos extrañoo punzantes en colon, plantean un conjunto de riesgos incluyendo la perforaci6n y la obstrucci6n intestinal. En ausencia de signos peritoneales o inestabilidad cl6nica, como en nuestros casos, y en concordancia con la literatura disponible, un abordaje m6nimoamente invasivo por colonoscopia es el manejo standard actual, dado que es un m6todo seguro y eficiente reduciendo el riesgo de perforaci6n distal y la necesidad de cirug6a.

CC- ENDOSCOPIA TERAP6UTICA

C6digo: 1485

TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE TUMORES NEUROENDOCRINOS DE RECTO

Veronica Natalia Dominguez; Diana Weinstock; Nadia Poczter; Ricardo Gotti; Elsa Acosta.

Hospital Nacional del Conurbano de la Pcia de Bs As - Buenos Aires - Argentina

6rea Tem6tica: 13.Endoscopia Terap6utica 13.3.Colon

RESUMEN: CASO CL6NICO: Paciente de sexo femenino de 66 años de edad, con antecedentes patol6gicos de Hta , hipotiroidismo , no refiere antecedentes familiares de c6ncer de colon – rectal ; se realiza vcc de screening en donde se describe una lesi6n de aspecto subepitelial de aproximadamente 12 mm en recto inferior, en contexto del hallazgo se realiza una ecoendoscopia (USE): informa que a 5 cm de MA se observa una imagen redondea de 14 x 10 mm de borde regulares,

homog6nea, hipoecog6nica, que nace a partir de la muscular de la mucosa, sin comprometer capas vecinas, impresi6n diagn6stica; lesi6n subepitelial de recto que podr6a corresponder a un GIST vs carcinoide. Se decide realizar mucosectom6a convencional (REM), con resecci6n en bloque, la anatom6a patol6gica informa: mucosa rectal infiltrada por proliferaci6n at6pica , comprometi6ndo mucosa y submucosa, con margen de resecci6n infiltrada por neoplasia. Diagn6stico anatomo-patol6gico: Tumor Neuroend6crino bien diferenciado (G1), resecci6n incompleta, 6ndice mit6tico 1/10 CGA. Debido a la resecci6n incompleta se plantea realizar una RMN de pelvis de alta definici6n, no identific6ndose a nivel del rectosigma inferior im6genes parietales compatibles con remanencia /recidiva de lesi6n primaria, no se identifican estructuras ganglionares. Se realiza una Videorectosigmoideoscopia y ecoendoscopia (EUS) para evaluar evidencia de lesi6n residual; las mismas no evidencian lesi6n residual. Se realiza marcaci6n de la cicatriz con tinta china. Se realiza una nueva intervenci6n de rescate; resecci6n transmural endosc6pica (FTRD); el tiempo aproximado del procedimiento fue de 35 minutos. Se realiz6 profilaxis antibi6tica pre procedimiento; previa marcaci6n de la lesi6n con sonda de corriente monopolar. Posteriormente se realiza resecci6n seg6n t6cnica FTRD; se recupera una pieza y se env6a muestra a anatom6a patol6gica. La paciente permaneci6 internada durante 24 hs, evolucionando favorablemente. Resultado de Anatom6a patol6gica: Microscopia: epitelio con discreto infiltrado inflamatorio en lamina propia con formaci6n de agregados linfoides, Submucosa con congesti6n vascular, no se observa proliferaci6n at6pica residual en el material evaluado, mucosa rectal libre de infiltraci6n neopl6sica. OBSERVACIONES: La idea de aplicar una herramienta de cierre antes de realizar una resecci6n es innovadora, asegura que la pared gastrointestinal permanezca sellada y evita el riesgo de perforaci6n, permitiendo realizar un procedimiento seguro, r6pido y eficaz, m6nimoamente invasivo. El sistema FTRD parece tener una curva de aprendizaje m6s r6pida y consume menos tiempo comparando con las t6cnicas de EDS o REM.

CC- ENDOSCOPIA TERAP6UTICA

C6digo: 1710

S6NDROME DE PEUTZ- JEGHERS: REPORTE DE UN CASO

Andrea Judith Diaz; Carlos Adrian Canelada; Mariana Omodeo; Daniela Zelarayan; Rodrigo Garrocho; Abel Novillo; Guillermo Herrera Babet.

Sanatorio 9 de julio - Tucum6n - Argentina

6rea Tem6tica: 13.Endoscopia Terap6utica 13.Endoscopia Terap6utica

Introducci6n: El s6ndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es una entidad caracterizada por poliposis hamartomatosa asociada con pigmentaci6n mucocut6nea. El 75% de los pacientes se presenta con un patr6n hereditario familiar de car6cter autos6mico dominante. Generalmente se manifiesta en la infancia y adulez temprana con obstrucci6n intestinal y dolor abdominal. El tratamiento de elecci6n consiste en la extirpaci6n endosc6pica de los p6lipos hamartomatosos. El principal problema lo representan aquellos p6lipos localizados en el intestino delgado, que pueden causar intususcepci6n con obstrucci6n intestinal requiri6ndo cirug6a de urgencia. En cuanto al seguimiento, los protocolos propuestos tienen dos prop6sitos principales: la detecci6n de p6lipos que puedan complicarse y la detecci6n de c6ncer intestinal o extraintestinal en etapas tempranas. Objetivo: reportar el caso cl6nico de una paciente con una patolog6a poco frecuente en nuestro medio. Paciente y m6todos: fem6nina de 27 años con antecedentes de psicosis en tratamiento, resecci6n intestinal por intususcepci6n en la infancia y poliposis gastrointestinal evidenciada por Endoscopias previas. La paciente ingresa a nuestra instituci6n con abdomen agudo suboclusivo. Al examen se evidencian m6culas hiperpigmentadas en mucosa yugal y labio inferior. Con diagn6stico presuntivo de S6ndrome de Peutz Jeghers se solicita enterorresonancia que muestra distensi6n de asas de yeyuno, ileon y colon, formaciones s6lidas endoluminales de tamaño variado y signos compatibles con intususcepci6n ileocecal. Se decide intervenci6n quir6rgica. En la misma se observa invaginaci6n ileocecal y se lleva a cabo una hemicolectom6a derecha m6s ileotransversoanastomosis. Resultados: La paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio y se otorga alta sanatorial. El examen anatomo-patol6gico de la pieza operatoria revela poliposis hamartomatosa hiperpl6sica. Se deriva al genetista para estudio del gen STK 11 y se solicita evaluaci6n por otras especialidades para investigar posibles neoplasias extraintestinales. Se indica estudio del grupo familiar. A los 3 meses del postoperatorio se realiza Endoscopia alta y baja donde se observan m6ltiples p6lipos s6siles (O-Is) y pediculados (O-Ip) y se realizan polipectom6as. Actualmente la paciente continua en seguimiento realiz6ndose endoscopias de manera peri6dica con resecci6n de aquellas lesiones de mayor riesgo. Conclusiones: recalcamos la importancia de conocer este s6ndrome y la relaci6n directa que existe entre el hallazgo de pigmentaci6n mucocut6nea y poliposis gastrointestinal. Por otro lado, respaldamos el enfoque de la vigilancia con eliminaci6n oportuna de p6lipos de mayor riesgo y hacemos hincapi6 en realizar una b6squeda exhaustiva para detectar neoplasias extraintestinales. Observaciones: Consulta con expertos.

CC- ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Código: 1669**DRENAJE TRANSMURAL GUIADO POR ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ABSCESO PERIGÁSTRICO**

Augusto Villaverde; Juan Pizzala; Ines Oria; Dante Manazzoni; Victor Abecia; Manuel Mahler; Dalila Urgiles; Mariano Marcolongo.

Hospital Italiano de Buenos Aires - CABA - Argentina

Área Temática: 13. Endoscopia Terapéutica 13. Endoscopia Terapéutica

Introducción: El drenaje ecoguiado es una técnica endoscópica segura y eficaz para el drenaje biliar, pancreático y vesicular. No hay reportes de drenaje ecoguiados de abscesos intraabdominales hasta el momento. Describimos un caso clínico de drenaje transmural ecoguiado de un absceso perigástrico, como complicación post punción de una lesión pancreática bajo ecoendoscopia (EUS). **Caso clínico:** Mujer de 56 años, con antecedentes de nefrectomía derecha por cáncer renal cromóforo, adenocarcinoma de colon que requirió hemicolectomía izquierda, metastasectomía y hepatectomía atípica. En imagen abdominal por control oncológico se observó lesión nodular a nivel del cuello pancreático, por lo cual se realizó ecoendoscopia con punción aspiración con aguja fina 22G (histología informó carcinoma poco diferenciado con componente de células gigantes de tipo osteoclasto primario de páncreas). Reingresa a los 7 días post procedimiento, con cuadro de fiebre y dolor abdominal. Laboratorio con leucocitosis y en tomografía abdominal se observó absceso adyacente a la curvatura mayor gástrica de 72 x 26 mm, engrosamiento parietal con edema submucoso de antro y cambios inflamatorios adyacentes. Se indicó manejo conservador, con antibioticoterapia endovenosa, pero al no presentar mejoría se decidió realizar drenaje transmural guiado por EUS. **Técnica:** con ecoendoscopia lineal se observó colección heterogénea de 8 cm de diámetro, se realizó punción con aguja 19G, se pasó hilo guía y posteriormente se dilató con balón hidrostático de 10 mm de diámetro. Se colocó stent plástico doble pigtail, visualizándose emergencia de material purulento. Se toma muestra de líquido de absceso (sin rescates). Presentó favorable respuesta, en imagen de control a los 13 días se evidenció disminución de la colección. Se realizó a posterior duodenopancreatectomía céfalica por tumor de páncreas. **Resultados y conclusiones:** Si bien no se encuentra descrito en la literatura la vía de drenaje transmural guiado por EUS de abscesos intraabdominales, el uso de esta técnica en el caso presentado tuvo una evolución satisfactoria.

CC- ENDOSCOPIA MISCELÁNEA

Código: 1464**MIGRACIÓN DE BALÓN INTRAGÁSTRICO POR APARATO DIGESTIVO Y EXPULSION POR ANO. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

María Fernanda Tarraga; Liria Martínez Rejtman; Matías Zanetti; Guillermo Fernández; Mariano Argüello.

Hospital Teodoro Schestakow - Mendoza - Argentina

Área Temática: 14. Endoscopia Miscelánea

INTRODUCCIÓN: La colocación endoscópica de balón intragástrico (IGB) es una técnica utilizada extensamente para el tratamiento de la obesidad, siendo una alternativa a la cirugía bariátrica por ser reversible, ser menos invasivo, tener menor costo y menor tasa complicaciones. Existen múltiples modelos en el mercado, de acuerdo a su tamaño y duración. Las complicaciones asociadas a la colocación del IGB están relacionadas con RGE, dolor abdominal, vómitos, úlceras gástricas, perforación gástrica, pancreatitis aguda, migración del balón con oclusión intestinal, pero hasta el momento no se hemos encontrado descrito la progresión del mismo a través del aparato digestivo y eliminación por ano. **OBJETIVOS:** Los objetivos de esta presentación es reportar como posible complicación, la migración y eliminación del IGB por ano. **PACIENTE:** Reporte de caso clínico de un paciente. Paciente femenino de 35 años, con antecedentes de trombofilia, pseudo tumor cerebral y obesidad. Se coloca IGB sin presentar complicaciones. A pesar de las recomendaciones del equipo médico de retirar el balón antes de los 12 meses, la paciente no concurre a control, y evoluciona asintomática durante 14 meses. Luego de este período, comienza de manera súbita con vómitos alimentarios, con residuos semisólidos azules. En los días posteriores presenta cuadros de intenso dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal y deposiciones diarreas. Consulta por Guardia en reiteradas ocasiones,

donde se medica con Metoclopramida, antiespasmódicos y Ranitidina sin mejoría. Siete días después del inicio del cuadro, presenta dolor rectal, pujos, tenesmo, y finalmente evacuación del balón gástrico, evolucionando de manera asintomática luego de este episodio. **METODO, RESULTADO Y CONCLUSIONES:** Estudio descriptivo observacional. El IGB utilizado fue modelo Spatz3 Ajustable Balloon System marca Acher®, colocado el 17/10/17, utilizando endoscopio Olympus Exera II GIF H180 y eliminado el 4/11/19. Se considera que la paciente presentó un cuadro de emigración y eyección del IGB, causando durante su migración, un cuadro de suboclusión intestinal no diagnosticado ante las consultas realizadas. Luego de su evacuación se realizó VEDA, observándose mucosa antral levemente congestiva y cedieron los síntomas previos. Se reporta la presentación de migración y eliminación de IGB por ano como complicación de colocación del mismo. **OBSERVACIONES:** Al realizar la revisión de la literatura (guías clínicas, información provista por los fabricantes y reporte de casos), observamos que dentro de las complicaciones del balón intra gástrico se destacan la pancreatitis, perforación y migración del balón luego de su rotura. Sin embargo, cabe aclarar que los casos reportados provocaron oclusión intestinal o del tracto de salida gástrico, con necesidad de realizar cirugía de urgencia. En el caso que presentamos, el balón migró, provocando cuadros suboclusivos hasta su expulsión espontánea por ano.

CC- ENDOSCOPIA MISCELÁNEA

Código: 1594**BANDA GÁSTRICA DESLIZADA COMPLICADA CON BEZOAR GÁSTRICO**

Guillermo D'ottavio; Juan Carlos Luciani; Fernando Carballada; José Melgar; Daniel Beltramo.

Hospital Privado de Rosario - Santa Fe - Argentina

Área Temática: 14. Endoscopia Miscelánea

Introducción: La cirugía bariátrica con colocación laparoscópica de bandas gástricas ajustables es una opción quirúrgica para la obesidad que presenta un buen perfil de riesgo-beneficio. Las complicaciones habitualmente no son graves, pero en ocasiones requieren reintervenciones. El deslizamiento de la banda es una de las complicaciones e implica la migración de la banda desde su posición apropiada provocando un prolapso del estómago. La incidencia varía con la técnica quirúrgica y ha disminuido en el tiempo con las modificaciones quirúrgicas. Los bezoares gástricos pueden formarse por la acumulación de sustancias que no pueden pasar a través del píloro. La mayoría de los bezoares se producen como una complicación de cirugías gástricas que crean un ambiente poco ácido, disminución de la peristalsis y una función pilórica anormal. La cirugía bariátrica presenta una baja incidencia de bezoares. **Objetivos:** Exponer complicaciones de la colocación de banda gástrica como cirugía bariátrica. **Paciente:** Mujer de 65 años con antecedente de obesidad, diabetes y colocación de banda gástrica para la obesidad hace 8 años. Ingresó por dolor abdominal y vómitos de 48hs de evolución. **Radiografía baritada:** significativa dilatación gástrica. **TAC de abdomen:** marcada distensión de la cámara gástrica proximal al sitio donde se ubica el anillo gástrico e impactación de restos alimenticios a nivel del mismo. **VEDA:** abundantes restos alimenticios en estómago superior y cuerpo extraño de aproximadamente 40mm impactado sobre impronta de banda gástrica en antro. La mucosa gástrica es normal sin erosiones a nivel de la estrechez de la banda. Se retira el cuerpo extraño con ansa y se fragmenta para que pueda progresar a distal. Se realizó cirugía donde se liberó la banda constatándose adhesión de la misma a la capa serosa del estómago por lo que se efectuó sutura sero-serosa en sitio donde se encontraba anillo y gastroentero anastomosis en asa en omega transmesocolónica. Presento evolución favorable. **Conclusiones:** Los bezoares gástricos son infrecuentes, pero pueden producirse en condiciones favorables como cirugía previa (incluida la cirugía bariátrica), disminución de la motilidad gástrica y trastornos alimenticios. La endoscopia permite evaluar las complicaciones y en algunos casos también tener un rol terapéutico. El deslizamiento de la banda gástrica es una complicación a tener en cuenta ante síntomas digestivos o falta de descenso de peso. Algunas complicaciones pueden manejarse en forma conservadora mediante la modificación de la conducta dietética o la eliminación del líquido de la banda; sin embargo, otras complicaciones requieren remoción de la banda y reparación quirúrgica. **Observaciones:** La cirugía bariátrica es cada vez más frecuente debido a la gran prevalencia de obesidad y sus enfermedades asociadas. Tener presente las distintas modalidades quirúrgicas y sus posibles complicaciones permite tomar la conducta apropiada en forma temprana.

CC- ENDOSCOPIA MISCELANEA

Código: 1613

ROL DE PUNCIÓN GUIADA POR ECOENDOSCOPIA EN ENFERMEDADES DIFUSAS Y LESIONES FOCALES HEPÁTICAS: CASOS CLÍNICOS

Marianela Arramon; Agustina Redondo; Pablo Cura; Fernando Baldoni; Augusto Villaverde; Francisco Tufare.

HIGA San Martín La Plata - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 14.Endoscopia Miscelánea

Introducción: La biopsia hepática es útil para el diagnóstico, pronóstico y el tratamiento de una gran proporción de enfermedades hepáticas difusas. La biopsia hepática guiada por ecoendoscopia (USE-FNA/BNF) ha surgido como una alternativa segura y efectiva a la vía percutánea y transyugular. En relación a las lesiones focales hepáticas la USE puede ofrecer imágenes hepáticas de alta resolución y además podría ser más eficaz para detectar lesiones pequeñas (menores a 20 mm), con la opción de uso de Doppler para reducir complicaciones. **Objetivo:** Presentación de casos clínicos de biopsia hepática guiada por USE, de lesiones focales y patología parenquimatosa difusa. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, observacional de modalidad presentación de casos. **CASO A:** Paciente masculino de 55 años con antecedentes de consumo de enol de riesgo e hipertrasmiasemia. En estudio por lesión focal pancreática con compresión de colédoco distal (diagnostico presuntivo de adenocarcinoma pancreático). Se realizó USE lineal evidenciando en topografía de proceso uncinado pancreático formación hipoeoica de 25 mm X 10 mm con atrofia distal de la glándula. Hígado de ecogenicidad aumentada en forma heterogénea sin evidencia de lesiones focales. Se decide punción con aguja de 22 G de lóbulo hepático derecho e izquierdo con técnica de fanning y wet suction (aspiración húmeda) y ROSE (evaluación rápida por patólogo en sala) para estadificar fibrosis (ante eventual indicación de quimioterapia hepatotóxica). Durante el mismo procedimiento se realiza punción de lesión focal solida de proceso uncinado pancreático con diagnóstico de adenocarcinoma pancreático. La muestra hepática fue considerada optima (mayor de 3 cm y con 15 espacios porta). **CASO B:** Paciente masculino de 64 años, en estudio por múltiples lesiones focal pancreática asociada a múltiples lesiones focales hepáticas de probable origen secundario. Se realiza USE donde se evidencia en proceso uncinado formación hipoeoica de 15 mm de difícil acceso por interposición vascular. Se observan en lóbulo hepático derecho e izquierdo múltiples lesiones hipoeoicas de diversos tamaños de bordes regulares. Se realiza USE/FNA de una de ellas con aguja de 20 G obteniendo diagnóstico de tumor neuroendocrino pancreático. **DISCUSION:** La punción hepática guiada por USE demostró ser efectiva y segura en enfermedades difusas y lesiones focales hepáticas. Las potenciales ventajas del método podrían estar relacionadas a la seguridad adicional (evaluación del sitio post punción, y descartar interposición de estructuras vasculares). En la actualidad representa una alternativa a la vía percutánea y transyugular.

CC- ENDOSCOPIA MISCELANEA

Código: 1602

BACTERIEMIA RECURRENTE ASOCIADA A N-BUTIL-2-CIANOACRILATO

Virginia Wallace; Ivanna María Salomé Candell; Natalí Eva Hanuch; Leonardo Garavento; Andrés Sánchez; Marianela Arramón; Pablo Nicolas Marín; Pablo Cura; Fernando Baldoni; Francisco Tufare.

HIGA San Martín - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: 14.Endoscopia Miscelánea

INTRODUCCION La inyección endoscópica local de N-butil-2-cianoacrilato es el tratamiento endoscópico de primera línea del sangrado por vórices gástricas. Varias complicaciones han sido asociadas a este procedimiento. La prevalencia de complicaciones infecciosas varía de 4.3% a 50%, siendo la mayoría transitorias y carece de relevancia clínica. En oposición a estos episodios transitorios, la bacteriemia recurrente es un evento adverso infrecuente y representa un desafío diagnóstico y terapéutico. **OBJETIVO** Reportar un caso de bacteriemia recurrente asociado a N-butil-2-cianoacrilato **PACIENTE** Mujer de 68 años obesa con antecedentes de hipotiroidismo, cirrosis por colangitis biliar primaria y hemorragia digestiva alta hace 3 años, ingresa a cuidados intensivos por presentar hemoemesis con inestabilidad hemodinámica, requiriendo la colocación del balón de Sengstaken-Blakemore. Inicia tratamiento con Octreotide y profilaxis antibiótica. Se realizan hemocultivos (x 2), urocultivo y, a las 24hs, endoscopia digestiva alta que evidencia variz gástrica aislada (IGV 1). Se realiza hemostasia mediante la

inyección de N-butil-2-cianoacrilato (2 alícuotas). Al 6to día presenta fiebre elevada con taquicardia y taquipnea, sin otro síntoma acompañante. Nuevamente se toman hemocultivos y se amplía esquema con piperacilina/tazobactam, se realiza radiografía de tórax sin hallazgos de relevancia. Al 12º día repite episodio febril, y se informa hemocultivo positivo 1/2 para Klebsiella pneumoniae BLEE +, ajustándose esquema a imipenem. Continúa con episodios febriles recurrentes, uno de ellos acompañado de edema agudo de pulmón. En este contexto se realiza ecocardiograma doppler sin anomalías valvulares ni evidencia de vegetaciones. En la tomografía de tórax, abdomen y pelvis con contraste se observa importante circulación colateral a nivel del epiplón menor, material denso en curvatura mayor de fundus gástrico, que extravasa la pared gástrica y toma contacto con la arteria esplénica. Se repite una endoscopia digestiva alta donde se objetiva la IGV I con induración parcial, por lo que se inyecta 1 alícuota de cianoacrilato. El paciente persiste con episodios febriles recurrentes incluso posterior a la negativización de los hemocultivos. Finalmente, cesan los episodios febriles con mejoría clínica y en conjunto con el servicio de infectología se indica continuar antibioterapia por 6 meses, interpretándose como bacteriemia recurrente asociada a cianoacrilato. **OBSERVACIONES** Revisando la literatura se hallaron 7 casos similares de bacteriemia recurrente después de la esclerosis variceal con N-butil-2-cianoacrilato, siendo todos pacientes con hipertensión portal e indicación de inyección de cianoacrilato por hemorragia variceal debido a vórices gástricas, que luego de una extensa búsqueda no se encontró otro foco de bacteriemia.

VC -

Código: 1292

DRENAJE DE COLECCIONES PANCREATICAS. COMO LO HACEMOS

Gonzalo Palmili; Anibal Soler.

HOSPITAL CENTRAL - MENDOZA - ARGENTINA

RESUMEN INTRODUCCION: EL MANEJO DE LAS COLECCIONES PANCREATICAS Y PERIPANCREATICAS, PUEDE DESARROLLARSE DE MANERA QUIRURGICA, PERCUTANEA, O ENDOSCOPICA, SIENDO ESTA ULTIMA LA PRINCIPAL INDICACION. YA QUE COMBINA LAS VENTAJAS DE LA CIRUGIA MINIVASIVA CON ALTOS POCENTAJES DE RESOLUCION DE LA PATOLOGIA. **DESCRIPCION DE CONTENIDO:** PRESENTACION DE CASO CLINICO DE PACIENTE CON NECROSIS PANCREATICA ENCAPSULADA DONDE SE MUESTRA LA DINAMICA ESTANDARIZADA QUE UTILIZAMOS PARA EL MANEJO DE COLECCIONES PANCREATICAS Y PERIPANCREATICAS, DONDE SE PUEDE OBSERVAR PASO POR PASO DETALLADAMENTE LA CONFECCION DE UNA CISTOGASTROANASTOMOSIS ENDOSCOPICA **OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS:** SE MUESTRA ADEMAS LA EVOLUCION IMAGENOLOGICA DEL CASO EN TOMOGRAFIA.

VC -

Código: 1387

COLANGITIS EN PACIENTE CON BY PASS GASTRO-YEYUNAL. ERCP TRANSGASTRICA ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA

Agustín Gigena; Diego Daino; Jaqueline Gobelet.

Sanatorio Allende - Córdoba - Argentina

Introducción El By Pass gastro-yeyunal en Y-de-Roux es una técnica quirúrgica cada vez mas usada debido, principalmente, al tratamiento quirúrgico de la obesidad. La pandemia de la obesidad se ha asociado a un aumento en la prevalencia de litiasis biliar en esta población, diagnosticada en el estudio preoperatorio y durante el seguimiento postoperatorio. La colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (ERCP) posee una mayor complejidad en estas circunstancias donde existe una alteración anatómica que dificulta el acceso a la papila mayor. **Objetivo:** Presentar un caso de una paciente posoperada de BGYR con colangitis por coledocolitiasis, el cual se resolvió con el acceso transgástrico del duodenoscopia asistido por laparoscopia. Paciente de sexo femenino de 42 años de edad con antecedentes de colecistectomía hace 18 años, y By Pass gastro-yeyunal hace 4 meses. Consulta por presentar dolor en epigastrio e hipocondrio derecho de 6hs de evolución asociado a náuseas, vómitos y fiebre. Se constata Coledocolitiasis y se realizó ERCP transgástrica con asistencia laparoscópica. Buena evolución clínica. La combinación endoscópica-laparoscópica es un procedimiento viable y seguro para el manejo de la coledocolitiasis en pacientes operados de by pass gastro-yeyunal. La interacción entre el cirujano y el endoscopista es fundamental para la correcta realización del procedimiento.

VC -

Código: 1436**TRATAMIENTO ENDOCÓPICO DE COMPLICACIONES ESOFÁGICAS POST RADIOTERAPIA: A PROPÓSITO DE UN CASO***Juan Jesús Fugazzotto De La Cruz; Guillermina Vidart; Juan Cuello; Javier Villalba; Romina Tosti; Pablo Colombo.**Complejo Médico P.F.A. Churrucá – Visca. - CABA - Argentina*

INTRODUCCIÓN: Las fístulas esofagorespiratorias pueden surgir espontáneamente debido a invasión tumoral, radioterapia, tratamiento con láser o necrosis por presión causada por un stent colocado previamente. Se desarrollan en 5 a 15% de los pacientes con cáncer de esófago y debido a los avances en el tratamiento paliativo, su incidencia ha aumentado. La combinación con estenosis se observa más frecuentemente en pacientes con radioterapia previa. **OBJETIVO:** Describir la resolución endoscópica utilizada en las complicaciones post radioterapia en un paciente con carcinoma escamoso de esófago. **DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO:** Varón de 66 años, ex tabaquista severo. Diagnóstico en marzo 2018 de carcinoma escamoso de esófago inferior bien diferenciado, estadio IIIb. Realiza tratamiento con quimio y radioterapia durante 30 días, con respuesta completa imagenológica y clínica. Evolucionó con estenosis infranqueable en esófago inferior, se realiza dilatación con bujías de Savary, descartando recaída mediante biopsias y se coloca stent parcialmente recubierto de 20 x 110 mm por 1 mes. A los 5 meses de retirarlo, consulta por disfagia y tos posterior a deglución. Se realiza videodeglución, que informa en la unión de la segunda y tercera porciones del esófago fístula esófago bronquial lateral derecha. Se realiza videoendoscopia digestiva alta que evidencia a 34 cm de ADS estenosis concéntrica, simétrica, infranqueable de aproximadamente 5 mm. Mediante contraste baritado guiado hacia estenosis por sonda k108, se evidencia longitud de la misma de 6 cm con radioscopia. Dos cm proximales a la estenosis, se observa orificio fistular de 5 mm de diámetro. En TAC de tórax se evidencia trayecto fistuloso en esófago inferior, 5 cm distal a la carina, en relación con los bronquiolos del segmento posterior del lóbulo inferior derecho. Fibrobroncoscopia: no observa orificio fistular. Se decide colocación de stent metálico esofágico totalmente recubierto auto expandible de 13 cm de longitud y 2 cm de diámetro guiado por radioscopia, realizándose control endoscópico de la oclusión de la fístula por el mismo. A las 24 hs se realiza seriada esófago gástrica con contraste yodado, observándose oclusión fistular y correcto pasaje de contraste a cámara gástrica. Paciente actualmente con buena tolerancia a dieta semiblanda. **CONCLUSIÓN:** Los stents metálicos recubiertos pueden sellar hasta el 80% de las fístulas esofagorespiratorias secundarias a radioterapia, esto se asoció con una mejora significativa en la supervivencia en comparación con la ausencia de sellado de la lesión fistular, gastrostomía de alimentación o yeyunostomía. Proporcionan alivio más duradero de la disfagia por estenosis y menor riesgo de perforación que la dilatación, pero hasta un 60% de recurrencia al ser retirados. La mortalidad directa relacionada con el procedimiento es del 6%, aumentando a 54% en pacientes con quimioradioterapia previa.

VC -

Código: 1437**HEMOSTASIA DE TUMOR AMPULAR SANGRANTE CON POLVO HOMOSTÁTICO ENDOCÓPICO***Oscar Olivera; Mario Donatelli; Federico Marcaccio.**Sanatorio Las Lomas - Buenos Aires - Argentino*

La hemorragia digestiva de origen tumoral, suele ser una emergencia de resolución endoscópica con altas tasas de recidiva a corto y largo plazo. La implementación reciente de un polvo inerte hemostático de utilización endoscópica ayudaría a mejorar las tasas de resolución a corto plazo. Caso clínico de paciente año de alto riesgo quirúrgico que ingresa por un síndrome febril asociado a dilatación de la vía biliar e imagen sugestiva de pancreatitis crónica. Se realiza CPRE identificando ampuloma. Biopsia y drenaje biliar con stent plástico. Evoluciona con una HDA con descompensación hemodinámica a los 45 días post cpre. CPRE de urgencia identificando sangrado tumoral activo. Hemostasia efectiva con hemospray y colocación de stent metálico. Buena evolución sin signos de HDA en los siguientes 90 días. Los estudios publicados hasta el momento determinan que el uso del hemospray en situación de sangrado de difícil resolución con técnicas duales habituales (Salvataje) o en sangrados tumorales incoercibles muestra una tasa de resolución a corto plazo cercana al 97% y una tasa de resolución a largo plazo (más de 30 días) cercanas al 70%. En la actualidad se deja reservado su uso de primera intención para pacientes con sangrados asociados a alteraciones hematológicas.

VC -

Código: 1440**DRENAJE BILIAR PREOPERATORIO EN CÁNCER DE PÁNCREAS RESECCABLE EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS TOTALIS***Martín Guidi; Diego Salvador Di Domenico; Luis Agustín Sequeira; Raúl Matanó.**Hospital El Cruce (Dr. Néstor Carlos Kirchner) - Buenos Aires - Argentina*

Introducción: El situs inversus totalis es una variante anatómica infrecuente (1/10.000 – 20.000 nacidos vivos) de órganos abdominales y torácicos, de herencia autosómica recesiva, caracterizada por la transposición de izquierda a derecha de los mismos respecto al plano sagital (imagen "en espejo"); y suele ser un hallazgo incidental en estudios por imágenes. **Objetivos:** Presentar un caso clínico no habitual, con requerimientos técnicos no convencionales; y proponer a la Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) como un método seguro y eficaz. **Caso Clínico:** Hombre de 52 años, tabaquista severo. Consulta por ictericia, coluria, prurito y pérdida de peso significativa. Laboratorio con Bilirrubina Total 14 mg/dl. Tomografía computada con contraste ev: situs inversus totalis, vía biliar dilatada, imagen en cabeza pancreática de aspecto atípico sin afectación de vasos locales. Por presentar prurito y retraso de la cirugía mayor a 2 semanas, se decide CPRE. Se coloca al paciente en decúbito lateral izquierdo. El duodenoscopia fue introducido hasta antro gástrico, donde se rotó 180° en sentido anti-horario, progresando hacia bulbo duodenal, donde se volvió a rotar en igual sentido para acceder a la segunda porción duodenal. Dada la dificultad para enfrentar la papila duodenal, se rotó al paciente a decúbito supino con la cabeza rotada hacia la derecha, pasando el endoscopista hacia la derecha. Con papilótomo rotable se intentó canulación biliar profunda con técnica estándar, dirigiendo instrumental hacia hora 1, ingresando en dos oportunidades al ducto pancreático, por lo cual se colocó stent pancreático de 5 Fr. Posteriormente se realizó infundibulotomía con papilótomo aguja, logrando acceso a vía biliar y evidenciando, tras administración de contraste, estenosis en tercio distal de +/- 30 mm. Se realizó esfinteropapilotomía, y se colocó stent metálico autoexpandible totalmente cubierto (FC-SEMS) de 10 x 60 mm, evidenciando buen drenaje de bilis y contraste. **Discusión:** Desde la primera descripción por Venu et al en 1985, se han reportado poco más de 20 casos de CPRE en situs inversus. Las posteriores descripciones realizadas por los grupos de Fiocca y García Fernández introdujeron 2 estrategias: técnica "de twist" y "en espejo", respectivamente. Nuestro caso tiene la particularidad de reunir varios aspectos ya publicados en reportes previos, pero sólo de forma aislada: el decúbito supino del paciente, la utilización de papilótomo rotable, la colocación de stent pancreático y la colocación de un FC-SEMS biliar. **Conclusiones:** Consideramos, al igual que reportes previos, que la realización de CPRE en situs inversus es segura pero técnicamente dificultosa, al requerir diferentes posicionamientos del paciente y del endoscopista, y maniobras endoscópicas distintas a las convencionales para lograr un acceso adecuado al árbol biliopancreático.

VC -

Código: 1519**ABORDAJE MINIMAMENTE INVASIVO EN LA NECROSIS PANCREÁTICA INFECTADA***Paula Castillo Areco; Maricel Echeverría; Hernan Cordero; David Zakalsky; Iriarte Mariel; Santiago Canteros.**HOSPITAL MILITAR CENTRAL 601 - BUENOS AIRES - ARGENTINA*

INTRODUCCIÓN: La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio agudo que deriva de la activación precoz de las enzimas pancreáticas dentro de las células acinares con afectación variable de tejidos circundantes y órganos a distancia. Se clasifica en LEVE, MODERADO y GRAVE. Se considera GRAVE cuando una o más fallas orgánicas persisten por más de 72 hs con o sin presencia de una complicación local. Las complicaciones se dividen en SISTEMÁTICAS y LOCALES; dentro de estas últimas podemos mencionar las colecciones, los pseudoquistes y la necrosis pancreática que puede evolucionar hacia la necrosis pancreática infectada. **OBJETIVOS:** Demostrar que el tratamiento mínimamente invasivo, basándose en el drenaje percutáneo y la endoscopia, de la necrosis pancreática infectada es una alternativa viable, segura y eficaz frente a la cirugía convencional. **MATERIALES:** Presentamos un paciente masculino de 24 años con antecedentes de HTA, DBT II y pancreatitis aguda en 1990. Paciente que consulta a la guardia médica por cuadro compatible con síndrome coledociano; se realiza colangiorensonancia magnética nuclear que evidencia dos imágenes de defecto de relleno en colédoco intrapancreático. **MÉTODOS, RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Se realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (cpre) luego de la cual evoluciona con dolor abdominal e hiperamilasemia; se realiza tomografía que evidencia aumento de tamaño de la glándula pancreática con cambios densitométricos.

cos en su porción cefálica donde se observan áreas que no realzan con el contraste endovenoso pudiendo vincularse a necrosis pancreática; líquido libre peri pancreático, perihepático y periesplénico. Se interpreta cuadro como pancreatitis aguda grave post cpre. Se toma conducta expectante. Nueva tomografía de control evidencia dos colecciones en cabeza y cola de páncreas. Se realiza drenaje percutáneo de las mismas. Mejoría parcial. Evoluciona con síndrome pilórico; se realiza VEDA que evidencia abombamiento de cara posterior del estomago. Se realiza gastrocistoanastomosis. Evoluciona febril persistente por lo que se decide realizar necresectomía endoscópica con un total de 8 sesiones. Evoluciona con mejoría sintomática. Alta a los 90 días post-cpre con alimentación oral y enteral por sonda nasoyeyunal. OBSERVACIONES: La aparición de técnicas mínimamente invasivas ha demostrado mejorar los resultados de morbimortalidad frente al tratamiento quirúrgico tradicional. En aquellos pacientes con deterioro clínico progresivo que requieran tratamiento invasivo antes de la tercera semana se debe plantear iniciar con el drenaje percutáneo, con posibilidad de añadir posteriormente necresectomía endoscópica transgástrica si no hay mejoría. Sin embargo, actualmente no es posible identificar cuáles son los pacientes que pueden ser manejados de manera eficaz y segura mediante el tratamiento mínimamente invasivo.

VC -

Código: 1520

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE ADENOCARCINOMA DE CABEZA DE PANCREAS IRRESECCABLE

Eliana Cilla; Hernana Cordero; Victoria Chiacchio; David Zagalsky; Mariel Iriarte; Noel Aldabe.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL - BUENOS AIRES - ARGENTINA

INTRODUCCION: EL MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DEL ADENOCARCINOMA DE CABEZA DE PANCREAS IRRESECCABLE, ES LA ESTRATEGIA PALIATIVA EN ESTOS PACIENTES. ES NECESARIO DRENAR LA VIA BILIAR PARA MEJORAR LA COLESTASIS, EVITAR LA COLANGITIS. OBJETIVOS: DEMOSTRAR EL MANEJO DE LA PATOLOGIA MALIGNA DE CABEZA DE PANCREAS DE MANERA MULTIDISCIPLINARIA PARA LA MEJORIA SIMTOMATICA DE LA PACIENTE EVITANDO LAS COMPLICACIONES. MATERIAL Y METODOS: SE PRESENTA LA PACIENTE DERIVADA DE OTRO NOSOCOMIO EN EL POSTOPERATORIO DE COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA CONVERTIDA, PERSISTIENDO SIMTOMATICA. SE REALIZA COLANGIOGRAFIA POR DRENAJE QUE EVIDENCIA UN STOP DEL PASAJE DEL CONTRASTE AL DUODENO. RMN DE ABDOMEN SIN ALTERACIONES A DISTANCIA. CRMN EVIDENCIA LESION EN CABEZA DE PANCREAS CON ESTENOSIS DE LA VIA BILIAR DISTAL. SE INTENTA DRENAR LA VIA BILIAR POR CPRE CON COLOCACION DE STENT PERO NO ES POSIBLE DE PASAR POR LA ESTENOSIS. SE DECIDE DRENAR LA VIA BILIAR DE FORMA PERCUTANEA CON COLOCACION DE STENT PERCUTANEO. LA PACIENTE EVOLUCIONA FAVORABLEMENTE PERO EL STENT PERCUTANEO MIGRA Y SE TAPA AL AÑO. SE DECIDE INTENTAR DESPROGRESAR EL STENT A LA LUS DUODENAL POR CPRE NO SIENDO POSIBLE, SE REALIZA CORTE DEL STENT CON ARGON PLASMA. SE INGRESA POR EL STENT LIMPIANDOLO. SE COLOCA UN NUEVO STENT DEJANDO PERMEABLE LA VIA BILIAR. CON MEJORIA DE LA PACIENTE. SE ENVIO EL VIDEO POR WETRANSFER.

VC -

Código: 1524

PAPILECTOMIA ENDOSCOPICA POR ADENOMA TUBULO VELLOSO

Eliana Cilla; Hernan Cordero; Victoria Chiacchio; David Zagalsky; Mariel Iriarte; Noel Aldabe.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL - BUENOS AIRES - ARGENTINA

INTRODUCCION: PAPILECTOMIA ENDOSCOPICA POR ADENOMA TUBULO VELLOSO, SE REALIZA EN PACIENTES QUE SE EVIDENCIA QUE LA LESION ESTA CONFINADA A LA PAPILA, POSIBLE DE RESECAR POR ENDOSCOPIA. CON BUENOS RESULTADOS. OBJETIVOS: DEMOSTRAR LOS BENEFICIOS DE REALIZAR LA PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA EN LESIONES CONFINADAS A LA PAPILA. SIN EVIDENCIA DE LESIONES A DISTANCIA. MATERIAL Y METODOS: PACIENTE FEMENINA QUE CONURRE A CONTROL ANUAL DONDE SE EVIDENCIA EN ECOGRAFIA DILATACION DE VIA BILIAR DISTAL, SE REALIZA VEDA QUE EVIDENCIA PORO BILIAR PROMINENTE CON SALIDA ESPONTANEA DE BILIS, SE TOMA BIOPSIA QUE EVIDENCIA ADENOMA TUBULO VELLOSO DE LA PAPILA. SE REALIZA PAPILECTOMIA ENDOSCOPICA Y SE COLOCA STENT PANCREATICO. AL MES POR FALTA DE PROGRESION DEL STENT SE REALIZA EXTRACCION DEL STENT PANCREATICO. LA PACIENTE EVOLUCIONA FAVORABLEMENTE. SE ENVIO EL VIDEO POR WETRANSFER.

VC -

Código: 1534

DRENAJES BILIARES ECOGUIADOS, PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS EN VIDEO

Juan Pizzala; Augusto Villaverde; Manuel Mahler; Dante Manazzoni; Victor Abecia; Mariano Marcolongo.

Hospital Italiano de Buenos Aires - Buenos Aires - Argentina

a) Introducción: El drenaje biliar ecoguiado es una técnica que habitualmente se utiliza cuando no se logra o no es factible realizar el drenaje biliar transpapilar. b) Objetivo/s: Describir 2 casos clínicos de drenajes biliares ecoguiados c) Materiales (o Pacientes): Se presentan 2 casos clínicos en video. Caso 1: Hombre de 53 años con antecedentes de adenocarcinoma de páncreas, se colocó prótesis biliar metálica, evolucionó con síndrome pilórico por lo que se realizó gastroyeyunoanastomosis, posteriormente intercorre nuevamente con síndrome coledociano por lo que se realiza drenaje biliar ecoguiado desde bulbo duodenal. Caso 2: Hombre de 54 años de edad con antecedentes de adenocarcinoma de páncreas, Se realiza intento de CPRE en la que se observa infiltración de la papila que impide canulación. Se realiza drenaje biliar ecoguiado desde bulbo duodenal. d) Resultados: Los casos presentados tuvieron evolución satisfactoria e) Observaciones (solo para casos clínicos): El caso 2 presentó cuadro de hemobilia durante el drenaje que cedió con la expansión de la prótesis.

VC -

Código: 1585

CISTOGASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA: ABORDAJE TRANSMURAL Y COLOCACIÓN DE STENT METÁLICO POR APOSICIÓN DE LUMEN DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO RECURRENTE

Carolina Dutto; Jose Adi; Alfredo Torres; Romina Victoria; Lorena Leiva; Ana Richardi; Belén Bussetti; Lucrecia Koll; Carolina Viñuela; Oliver Jorge.

FAGE Sociedad mendocina de gastroenterología - Mendoza - Argentina

INTRODUCCIÓN: Un pseudoquiste pancreático (PP) es una colección fluida que ocurre 4 semanas luego de un episodio de pancreatitis edematosa. El PP sintomático persistente debe tratarse endoscópica o quirúrgicamente. Ha sido notable la evolución del tratamiento endoscópico de colecciones fluidas del páncreas (CFP), desde la aspiración endoscópica simple hasta el drenaje guiado por ultrasonido endoscópico (EUS) mediante colocación de dispositivos transluminales que permiten el acceso hacia la cavidad, lo que plantea una opción efectiva y menos invasiva siendo considerado como manejo de primera línea. El abordaje quirúrgico tiene tasa de recurrencia y complicaciones del 2,5-5% y 30% respectivamente. La recurrencia tardía no es común, y la neoplasia quística debe ser descartada OBJETIVO: Presentar procedimiento endoscópico cisto-gastrostomía con abordaje transmural y colocación de stent metálico por aposición de lumen (LAMS) de drenaje de PP recurrente. MATERIAL: Paciente de sexo femenino de 19 años, cursando puerperio que presenta episodio de pancreatitis aguda biliar. En la evolución manifiesta saciedad precoz, dolor abdominal, náuseas y vómitos. Tomografía (TC) imagen quística de 550 cm3. Se realiza drenaje quirúrgico abierto cisto-gastroanastomosis con buena evolución. 7 meses posteriores recurre con sintomatología (sin nuevo episodios pancreáticos agudos), cursando gestación de 22 semanas. RMN lesión quística voluminosa que ocupa el hipocondrio y flanco izquierdo, de 2800 cm3. Se aplaza terapéutica hasta finalizar embarazo. Se nos deriva para abordaje endoscópico. Endoscopia, hacia curvatura mayor abombamiento de 15cm que dificulta el paso del endoscopio, cicatriz de cistogastrostomía en antro. MÉTODOS: Procedimiento endoscópico en quirófano, bajo guía fluoroscópica. Se ingresa con duodenoscopio, se ubica sitio de abombamiento del PP en curva mayor. Se realiza punción con papilótomo de punta comprobado comunicación del PP por la salida de líquido claro amarillento abundante. Se toman muestras. Se introduce alambre guía. Se dilata trayecto a 7 mm y se coloca LAMS, con drenaje de 2700 mL de fluido. RESULTADOS: Mejoría clínica inmediata, sin mediar complicaciones. Alta a las 48 hs. Amilasa en líquido cístico 1653 U/l. CEA negativo. Anatomía patológica extendido acelular. TC control a la semana, stent que conecta cavidad gástrica y quística, con reducción del tamaño con un volumen de 25 cm3. Se retirará prótesis en 6 semanas. CONCLUSIONES: Se presentó caso de paciente con PP que recurre luego de cisto-gastroanastomosis, donde se realiza abordaje endoscópico por vía transmural con colocación de LAMS, con buena evolución clínica e imagenológica. La presentación tardía inusual de un PP recurrente requiere una evaluación clínica, de laboratorio y radiológica. En el presente caso, los antecedentes clínicos, los niveles de amilasa y los hallazgos tomográficos fueron altamente sugerentes de PP.

VC -

Código: 1586**VIVAMOS... Y QUE PASE LO QUE TENGA QUE PASAR***Francisco Martínez; Jorge Isaguirre; Silvina Ferrero; Marcelo Diccio.**Hospital Italiano Mendoza - Mendoza - Argentina*

RESUMEN (VIDEO enviado por We Transfer) Se presenta caso de paciente con diagnóstico de coledocolitiasis a la que se le realizó colecistectomía laparoscópica y exploración transcística de la vía biliar con extracción de litiasis coledociana múltiple y colocación de stent biliar anterogrado con buena evolución PO. Se decide realizar CPRE para extracción de stent biliar con hallazgo de perforación duodenal iatrogena por stent biliar que se resuelve con colocación de stent endoscópico interno retroperitoneal.

VC -

Código: 1657**STEP UP DE WALLED OFF NECROSIS***Carolina Dutto; Jose Adi; Alfredo Torres; Romina Victoria; Carolina Viñuela; Lucrecia Koll; Belén Bussetti; Lorena Leiva; Oliver Jorge; Ana Richardi.**FAGE Sociedad mendocina de Gastroenterología - Mendoza - Argentina*

INTRODUCCIÓN: El drenaje de la colección de líquido pancreático (PFC) ha sido complejo y técnicamente desafiante. En las últimas décadas, los avances endoscópicos han mejorado las tasas de éxito técnico y clínico con reducción de complicaciones. El manejo de walled off necrosis (WON) como complicación tardía de pancreatitis aguda necrotizante, plantea un abordaje step-up. La necrosectomía endoscópica alcanza tasas más altas de resolución con menor tasa de complicaciones, tiempo de resolución y recurrencia de la cavidad. OBJETIVO: Presentar procedimiento de necrosectomía de WON endoscópico con colocación de stent metálico autoexpandible (SEMS) esofágico transcutáneo. MATERIALES: Paciente masculino de 72 años, con complicación luego de resección endoscópica de ampuloma recidivante de pancreatitis aguda. A las 4 semanas, evoluciona febril, tomografía (TC) al menos dos colecciones hipodensas en cuerpo y cola de páncreas. Se coloca drenaje percutáneo (DP) por TC, se aísla *Acinetobacter baumannii*. Se realizan lavajes diarios. Presenta mala evolución, febril persistente. Control tomográfico persistencia de colección en cola de páncreas, adyacente superior al DP. Por localización de WON, se decide abordaje endoscópico transcutáneo con colocación de SEMS esofágico. MÉTODO: Procedimiento en quirófano, bajo anestesia, posición supina. Se avanzó un alambre guía a través del DP hacia la cavidad bajo guía fluoroscópica. Se retiró el DP. Se dilató el tracto con pinza Kocher. Se introdujo un SEMS esofágico parcialmente cubierto (12x26x20mm). La luz del stent se dilató con balón de 12 mm. Se suturó prótesis a la piel. Se abordó con un endoscopio a través del stent esofágico hacia la cavidad. Se realizó necrosectomía por desbridamiento mecánico de residuos necróticos con asa y lavado con solución salina normal de todos los compartimientos de la cavidad. En sesión subsiguiente, por evidenciarse presencia de material necrótico subyacente al stent, se retira hacia el exterior 3 cm, continuando con necrosectomía. Se realizaron sesiones cada 48 horas, un total de cinco, hasta visualizar ausencia de material necrótico, con paredes de tejido vital. Todos los procedimientos fueron realizados por un solo operador. RESULTADO: Evolución favorable con mejoría clínica y tomográfica. Se retiró stent luego de última sesión y se dejó curar el tracto fistuloso por intención secundaria. Continuó 2 semanas internado para control evolutivo. CONCLUSIÓN: El manejo de WON es complejo y el step-up depende de las características de la cavidad y recursos médicos disponibles. El desbridamiento endoscópico presenta mejores tasa de éxito y menores complicaciones. Se presenta caso de paciente con WON, con mala evolución y falla terapéutica luego de DP por TC, decidiendo abordaje endoscópico con colocación de SEMS esofágico transcutáneo con desbridamiento y lavajes de la cavidad, presentando el paciente buena evolución con mejoría clínica y tomográfica.

VC -

Código: 1658**COLEDOCOLITIASIS COMPLEJA MANEJO ENDOSCÓPICO***Jorge Luis Vergara Castañeda; Alba Rosa Romero Hurtado; Ana Laura Miranda Henríquez.**Hospital Regional Docente de Cajamarca - Cajamarca - Perú*

La Coledocolitiasis consiste en la presencia de cálculos en los conductos biliares, que en la mayoría de los casos aparecen como resultado del paso de estos desde la vesícula biliar, a través del cístico, hacia el colédoco, y con menos frecuencia como consecuencia de la formación de los mismos en la vía biliar principal. En Cajamarca, provincia del Norte del Perú, la principal causa de obstrucción biliar es la

Coledocolitiasis en un 87%, de los cuales el 20% está representado por cálculos complejos. En cuanto a los síntomas en la forma aguda, el paciente presenta dolor e ictericia, moderada y de curso intermitente. Las alteraciones de laboratorio, reflejan la dificultad para la excreción del flujo biliar y explican la elevación de los enzimas de Colestasa. Se señalan varios factores que dificultan la extracción endoscópica de los cálculos de la vía biliar: dificultad anatómica para acceder a la vía biliar; múltiples cálculos; gran tamaño de los cálculos (mayor de 15 mm); forma cuadrada de los cálculos; localización proximal de los cálculos. Los cálculos de gran tamaño o impactados generalmente son manejados con técnicas de fragmentación como la litotripsia mecánica, litotripsia electrohidráulica (LEH) o litotripsia láser (LL) guiado por colangioscopia convencional o más recientemente por un sistema de colangioscopia directa llamado Spyglass®. También se puede usar el sistema de dilatación endoscópica de Papila con balón grande. Los avances tecnológicos en los métodos diagnósticos terapéuticos mínimamente invasivos, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y esfinterotomía endoscópica (EE), modifican sustancialmente el planteamiento del diagnóstico y terapéutico de la coledocolitiasis. Se presenta una serie de casos cuyo objetivo está enfocado en el manejo endoscópico para el tratamiento del cálculo difícil de la vía biliar. En este estudio descriptivo, los pacientes provenientes de zonas rurales fueron atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, ubicado en la Sierra Norte del Perú, como antecedentes destacan la ingesta de alimentos ricos en grasa y de alta prevalencia local de *Fasciola hepática*. La coledocolitiasis predominó en el sexo femenino, el grupo etario más afectado fue mayores de 50 años, la principal manifestación clínica fue ictericia y dolor abdominal. Dos de ellos fueron colecistectomizados años atrás. A la mayoría de los pacientes se les realizó la esfinteropapilotomía amplia convencional con extracción completa con canastilla convencional. En ninguno de los casos realizó litotripsia mecánica ni dilatación de papila con balón. El éxito técnico y clínico fue completo. No hubo complicaciones relacionadas con el procedimiento. Cabe resaltar en nuestro hospital no contamos con Colangiografía ni con coledocoscopia con Litotripsia con Láser o Electrohidráulica.

VC -

Código: 1661**PARASITOSIS EN VÍA BILIAR ROL DEL GASTROENTERÓLOGO Y DEL INTERVENCIÓN ENDOSCÓPICO***Jorge Luis Vergara Castañeda; Alba Rosa Romero Hurtado; Ana Laura Miranda Henríquez.**Centro Médico Especializado María Belén - Cajamarca - Perú*

La afectación hepática en las helmintiasis es frecuente. Puno, Junin, Cajamarca y Mantaro en Perú son conocidas como zonas de alta prevalencia. La *Fasciola hepática*, es un parásito trematodo con forma de hoja. El hombre actúa como huésped intermediario, al adquirir la cercaria de *Fasciola* mediante la ingestión de plantas acuáticas contaminadas. De la pared intestinal, la larva migra hasta el hígado. Este parásito afecta al hígado mediante dos mecanismos patogénicos. En la fase aguda, la migración de la larva a través del parénquima en dirección al árbol biliar produce necrosis hemorrágica y hepatitis. En la fase crónica se producen cambios inflamatorios crónicos en el parénquima y vía biliar, en respuesta a la presencia de la forma adulta del parásito, que infesta el árbol biliar intra y extrahepático. La ecografía puede mostrar estas formas adultas en la vía biliar. La ascariasis hepática es la complicación menos frecuente de la infección por *Ascaris lumbricoides*, aunque es una de las más temidas por su alta morbilidad y mortalidad. Los parásitos *A. lumbricoides* son transmitidos por ingesta de tierra, comidas o productos, contaminados con huevos embrionados. Las larvas, son digeridas y llevadas al tracto intestinal, migran vía hematogena a la circulación pulmonar; penetran los alvéolos y migran al árbol traqueobronquial. De allí son deglutidas nuevamente y se diferencia a adultos en el intestino. La migración de los gusanos por el árbol biliar puede provocar un cuadro clínico de dolor abdominal intermitente en el cuadrante superior derecho, fiebre, aspecto tóxico, obstrucción biliar, colangitis, formación de abscesos, facilitando la formación de cálculos. La parasitosis biliar es la tercera causa de obstrucción biliar en Cajamarca, luego de la Coledocolitiasis y Enfermedades Neoplásicas. Este estudio descriptivo presentan una serie de casos de parasitosis, los cuales cursaron con afectación hepática, el objetivo es resaltar el manejo endoscópico para el tratamiento de parasitosis de la vía biliar. En relación a infestación por *Fasciola hepática* los pacientes refirieron consumo de vegetales crudos y uso de restaurantes ambulantes, lo que nos hace inferir se encuentran en relación con la fuente de infestación. La afectación hepática es una de las complicaciones más raras de la ascariasis, en los casos presentados existe concordancia en cuanto a la ingesta de agua sin hervir como factor predisponente para adquirir dicha parasitosis. La presentación clínica habitual de la parasitosis biliar fue dolor abdominal y colédoco dilatado relacionado con microlitiasis. La eosinofilia en nuestra casuística no se presentó en todos los casos. La Papilotomía Endoscópica es un factor predisponente para la Parasitosis Biliar (*Ascaris*). La mejoría clínica (éxito clínico) fue inmediata. No hubo complicaciones relacionadas al procedimiento. La Extracción Endoscópica por C.P.R.E. fue efectiva y definitiva (éxito técnico) en todos los casos.

VC -

Código: 1672

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO Y LAPAROSCÓPICO DE COMPLICACIONES DE LA LITIASIS VESICULAR

Rolando Puma; Raúl Garcés; Milena Poletti; Jacobo Marinoff; Reinaldo Acosta; Joaquín Del Prado; Diego Ferro.

Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo - Buenos Aires - Argentina

Introducción: El síndrome de Bouveret representa del 1 al 3 % de los casos de íleo biliar. Se produce por el paso y la impactación de un cálculo biliar en el píloro y bulbo duodenal a través de una fistula biliogástrica alta que genera un cuadro obstructivo al tracto de salida gástrico. Sin duda el tratamiento, ya sea por abordaje quirúrgico o endoscópico, sigue siendo controvertido y debe adaptarse a la condición clínica del paciente. La asociación de éste síndrome con una segunda litiasis yeyunal es sumamente infrecuente. Objetivo: Describir el tratamiento multidisciplinario de un caso de síndrome de Bouveret y litiasis yeyunal. Descripción de contenidos: Se describe el caso de una mujer de 55 años de edad, con antecedentes de litiasis vesicular de larga data, diabetes de tipo II medicada con metformina y tuberculosis pulmonar ya tratada. Consulta por un cuadro clínico de 3 semanas de evolución caracterizado por vómitos, dolor abdominal, distensión abdominal y pérdida de peso significativa. Se realiza una ecografía abdominal donde se visualiza vesícula colapsada, aerobilia y un estómago de retención. Por este motivo se efectúa una endoscopia digestiva alta donde se observa la presencia de un cálculo biliar móvil a nivel del antro gástrico de aproximadamente 2 cm. Se realizan intentos reiterados de extracción por vía endoscópica, los cuales fracasan. Se completa el estudio de la paciente con una TAC de abdomen y pelvis que evidencia la fístula colecistoduodenal y a nivel proximal del yeyuno la presencia de un segundo lito, desconocido hasta ese momento. La complejidad del caso plantea dos conductas posibles: gastrotomía y enterotomía (una cirugía con dos incisiones sobre víscera hueca) o un nuevo intento endoscópico y enterotomía quirúrgica (una cirugía con sólo una incisión sobre víscera hueca). Se decide realizar la segunda opción por tener menor posibilidad de fístula. Se consigue la extracción del lito ubicado en el estómago mediante la utilización de un sobretubo endoscópico (video). Para el segundo lito se realiza una enterotomía a nivel yeyunal por vía laparoscópica y un cierre en dos planos (video). La paciente evoluciona tolerando dieta oral el primer día postoperatorio. Conclusiones La cirugía mínimamente invasiva se impone cada vez más como una forma de abordaje eficaz y segura. La endoscopia digestiva terapéutica representa un campo en expansión constante dentro de los tratamientos tradicionales disponibles para los cirujanos. El abordaje multidisciplinario representa una forma de trabajo de excelencia.

VC -

Código: 1703

RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE POLIPOS GIGANTES DEL COLON: PRESENTACION DE UN CASO

Felix Trelles; Sabrina Anahí Quiñones; Paula Andrea Palmieri; Ignacio Federico Caldo; Facundo Nuñez.

CLÍNICA PRIVADA DEL BUEN PASTOR - Buenos Aires - Argentina

Introducción: La remoción de los adenomas se asocia con una reducción en la incidencia del cáncer colorrectal. En la actualidad existen varias técnicas para extirpar los pólipos adenomatosos, ya sea mediante el uso de procedimientos quirúrgicos o endoscópicos. Los pólipos de más de 3 cms representan solo el 4.1 – 7.5 % de todas las neoplasias colónicas. Se define pólipo gigante al pólipo de más de 30 mm. Técnicas avanzadas de polipectomía se utilizan para remover pólipos grandes. Durante años la cirugía sirvió como terapia estándar para pólipos grandes. En la actualidad la resección endoscópica de pólipos gigantes ha sido bien establecida a través del desarrollo de técnicas de resección como la polipectomía y la mucosectomía. Aunque el tamaño y la morfología del adenoma son factores predictivos de eficacia y seguridad, cada caso debe evaluarse individualmente por un experto para determinar la viabilidad de la resección endoscópica. La resección de adenomas gigantes es un procedimiento seguro cuando se realiza en una unidad especializada.

VC -

Código: 1705

COLITIS CRÓNICA ULCERATIVA ACTIVA POR ENTAMOEBIA COLI

Freddy Hinostroza; Josselyn Vera.

CERID - MANABI - ECUADOR

COLITIS CRÓNICA ULCERATIVA ACTIVA POR ENTAMOEBIA COLI Primer autor: F. X. Hinostroza-Dueñas, J. M. Vera Intriago: Portoviejo, Manabí, Ecuador Correo: dr.piruris@hotmail.com Introducción: La amebiasis tiende a ocurrir en regiones con condiciones socioeconómicas desfavorables y saneamiento deficiente, la mayoría ocurre en América Central, el oeste de América del Sur, África occidental y sudoriental y el subcontinente indio. En todo el mundo, cada año se estima que entre 40 y 50 millones de personas desarrollan colitis amebiana y mueren entre 40.000 y 70.000. Estudios moleculares recientes indican que E. dispar es la causa del 90% de las infecciones humanas por el género Entamoeba, siendo 10 veces más frecuente que E. histolytica, a la cual hasta hace poco se la consideraba la causante de más infecciones del género. La epidemiología de las especies de Entamoeba permanece incierta debido a que la mayoría de los datos existentes se ha obtenido a través de las 3 especies, E. histolytica, E. dispar, E. moshkovskii. La Entamoeba coli es otra de las especies parásitas integrantes del género, mayormente no patógena, se presenta frecuentemente en forma comensal y se encuentra en el ciego, colon ascendente y recto de individuos sanos. Objetivo: Describir manifestaciones clínicas y lesiones endoscópicas inusuales de un paciente con amebiasis. Reporte de caso: Masculino, 55 años, acude a ambulatorio de gastroenterología, por referir dolor de leve intensidad en marco colónico derecho acompañado de distensión abdominal. No refiere proctorragias, no pérdida de peso, no alergias, no hipertensión arterial, no diabetes mellitus, no ingesta AINES. APF: Hermano presenta alteraciones inespecíficas en el ritmo evacuatorio. AQX: Apendicectomía hace aproximadamente 20 años. Colonoscopia hace 5 años. Se solicita colonoscopia total más TAC abdominopélvica a doble contraste por APF. TAC abdominopélvica a doble contraste: Engrosamiento mucoso focal y heterogéneo en la región cecoapendicular, engrosamiento difuso de la mucosa de colon derecho y sigmoides. COLONOSCOPIA TOTAL: Lesiones ulcerativas con pequeñas erosiones cercanas al ciego, cubiertas por tejido mucoso blanquecino a determinar. HISTOPATOLOGÍA: Colitis crónica activa ulcerativa amebiana, hiperplasia nodular linfoidal, reactiva, no cambios neoplásicos ni morfológicos. Discusión: A. Lesiones ulcerativas con pequeñas erosiones cercanas al ciego, cubiertas por tejido mucoso blanquecino a determinar. B. Lecho inflamatorio con trofozoitos de Entamoeba coli (flecha). Conclusiones: El caso en cuestión es de importancia clínica debido a la casi nula asociación de la especie Entamoeba coli en la producción de infecciones en el ser humano. A pesar de esta consideración, ya que se trata de un paciente inmunocompetente, sin sintomatología de alarma

VC -

Código: 1709

CUERPO EXTRAÑO DE LOCALIZACIÓN COLÓNICA

Verónica Valdiviezo Luzuriaga; Viviana Bernedo; Sandro Miculán; Paula Borobia; Lorena Menéndez; Javier Mangioni; Florencia Recalde; Teresita Gonzalez.

La ingestión de cuerpos extraños es un problema frecuente en la infancia temprana o niños con patología neurológica o psiquiátrica. Dependiendo de la clínica y características del cuerpo extraño, la endoscopia será el método de elección para su extracción. Objetivo: • Mostrar una localización infrecuente de cuerpo extraño. • Dilatación estenosis colónica, mediante video colonoscopia. Caso clínico: Paciente femenina de 12 años de edad que consulta por ingesta de cuerpo extraño (monedas), incidente evidenciado por su madre. Como antecedentes personales de importancia: • Retraso global del desarrollo e hipotonía. • Estudio Genético informa asociación malformativa causada por una anomalía cromosómica de delección distal del brazo corto del cromosoma 5 y una trisomía parcial del brazo largo del cromosoma 19. Fenotípicamente expresado. Antecedentes patológicos familiares: Padre y sus 3 hermanos: Misma anomalía cromosómica (sin expresión fenotípica). Antecedentes de enfermedad actual: Ingesta de monedas hace 1 año, no se constató expulsión en materia fecal. Examen físico: Microcefalia, frente corta e hirsuta. Hipertelorismo ocular con epicanto. Abdomen: Blando, depresible, ligeramente distendido, no doloroso a la palpación, timpánico percutorio. Deposiciones: cada 5 días, Bristol 1-2. Métodos y resultados: • Estudio descriptivo • Radiografía de abdomen de pie frente: En topografía pelviana se observa múltiples imágenes radiopacas, compatibles con densidad metálica. • Radiografía de abdomen perfil: Por su localización anterior, imágenes radiopacas compatibles en zona de yeyuno-íleon. • Video colonoscopia: se progresa hasta ciego. A 60 cm de margen anal se observa estenosis infranqueable con endoscopio de 13 mm, se realiza dilatación con balón de 15 mm, guiados por radioscopia. En ciego se observan múltiples objetos romos (más de ocho monedas), se extraen con asa de red seis monedas, un botón de goma y una boca de globo. Conclusiones: • Los cuerpos extraños ubicados a nivel de ciego se extraen con el colonoscopio, previa preparación del colon para asegurar una visualización adecuada. • La dilatación endoscópica permite aumentar el calibre o diámetro de las zonas de estrechez o estenosis intestinal para mejorar los síntomas obstructivos causados por la misma y evitar así el tratamiento quirúrgico. Observaciones: • En este caso clínico mostramos una asociación infrecuente de estenosis colónica como causa de retención de cuerpo extraño en colon, en una niña con déficit neurológico. Sin conflictos de interés.

VC -

**Código: 1716
PSEUDO-ACALASIA POST BARIÁTRICA, RESOLUCIÓN CON MIOTOMÍA EN-
DOSCÓPICA**

*Matías Javier Turchi; Mauricio Gabriel Ramirez; Romina Lovera; Juan Martín Rigan-
ti; Fabio Nachman; Alejandro Nieponice.*

Fundación Favaloro - Buenos Aires - Argentina

INTRODUCCIÓN La acalasia es una enfermedad primaria del esófago caracteriza-
da por la falta de relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) durante la deglución,
junto con la ausencia de peristalsis en el esófago. El tratamiento de elección para
la acalasia es la terapia endoscópica con dilatación con balón o inyección de toxina
botulínica, o una miotomía quirúrgica. La miotomía quirúrgica laparoscópica (Heller-
Dor) ha sido el estándar de oro para el tratamiento quirúrgico de la acalasia en las
últimas décadas, pero en los últimos años la miotomía endoscópica por vía oral
(POEM) ha demostrado ser un tratamiento eficiente y seguro para la acalasia. La
acalasia también puede ser el resultado de la compresión mecánica de la unión
gastroesofágica por cualquier proceso benigno o maligno que resulte en un patrón
manométrico similar a la forma primaria, como la cirugía esófago-gástrica y bariátri-
ca. **CASO CLÍNICO** Reportamos un caso de un paciente masculino de 77 años de
edad, que desarrolló disfagia posterior a someterse a cirugía bariátrica. Primero se
realizó una banda gástrica en 1995, la cual debió ser removida por disfagia. Pos-
teriormente se le realizó una gastrectomía vertical en manga en 2005, continuando
tiempo después con disfagia progresiva. Por este motivo se le realizó posteriormen-
te en 2007 un bypass gástrico en Y de Roux. Su disfagia reapareció al tiempo, por lo
que fue derivado en 2019 a nuestra Institución. La seriada esófago-gastro-duodenal
mostró una dilatación del esófago con un estrechamiento en el tercio distal próximo
a la anastomosis gastro-yeyunal. La manometría de alta resolución mostró signos
compatible con acalasia pero sin disfunción clara del EEI. Se interpretó como una
pseudo-acalasia proponiéndose como tratamiento el POEM. Posterior a la mioto-
mía, intercurrió con una colección del canal submucoso, que fue resuelta de forma
endoscópica con ENDO-VAC, con buena evolución posterior. **CONCLUSIÓN** En
conclusión, la cirugía bariátrica puede conducir a un síndrome similar a la acalasia
por obstrucción funcional del tracto de salida. El reconocimiento de esta potencial
complicación es importante porque la terapia más efectiva para estos pacientes
debe dirigirse a la anomalía funcional creada en la cirugía bariátrica, y no con el
tratamiento convencional de la acalasia. Esta complicación es rara y poco reconoci-
da en la literatura. A nivel local, es el primer reporte.

ENDOSCOPIA - ÍNDICE POR AUTORES

Apellido y Nombres	Trabajos N°
ABECIA SORIA VÍCTOR HUGO	1477; 1534; 1550; 1584; 1600; 1649; 1650; 1652; 1655; 1659; 1669; 1679; 1662
ACOSTA ELSA	1485
ACOSTA REINALDO	1672
ADI JOSÉ	1557; 1585
AGÜERO NADIA BELÉN	1454; 1501
AHUMADA CRISTIAN D.	1375; 1549
ALACH JORGE E.	1673; 1681
ALCIVAR ELSY	1271
ALDABE NOEL	1271; 1515; 1520; 1524
ALFONSO TATIANA	1223; 1358
ÁLVAREZ MARÍA FLORENCIA	1454; 1501
AMANTE MARCELO	1549
AMÉ RICARDO MARTÍN	1454; 1501
ARAYA VALENTINA	1273
ARCO MAURICIO	1488; 1612
ARGÜELLO MARIANO	1464
ARRAMÓN MARIANELA	1602; 1606; 1613
ATUM YAIR	1430
AVALOS MODESTO	1692
AZCURRA IVANA	1430
BACIGALUPPI EDUARDO	1280
BAJO JULIANA	1599
BALDERRAMO DOMINGO CÉSAR	1454; 1501
BALDONI FERNANDO	1602; 1606; 1613; 1622; 1626
BANCHERO ANTONELA	1368
BARASSI SEBASTIÁN	1546
BARBA ANALÍA	1403
BARBIERI PABLO	1430
BARCIA TERESA	1526
BEDINI OSCAR A.	1663
BELLONI RODRIGO	1424
BELTRAMINO DANIEL	1594
BENAVIDEZ ANALÍA	1501
BENTOLILA FEDERICO E.	1375; 1549
BERESTEN ROBERTO	1368; 1406

Apellido y Nombres	Trabajos N°
BERNAL HILDA	1697
BERNEDO VIVIANA	1709
BIAGIONI MARÍANO	1309
BOERR LUIS A.	1375
BOLOGNA ADRIÁN ANSELMO	1575
BOLOMO ANDREA	1454; 1501
BOROBIA PAULA	1709
BORTOT LORENA	1273
BRACONE HERNÁN	1560; 1563
BRIZZIO ANA	1606
BRODERSEN CARLOS	1450; 1451; 1682
BRUNETTI JOSÉ	1663
BUCCIARELLI FEDERICO	1346
BUN MAXIMILIANO	1549
BUSCAGLIA ALEJANDRO U.	1575; 1673; 1681
BUSEGHIN VALENTINO	1430
BUSSETTI BELÉN	1557; 1579; 1585; 1657
CALDO IGNACIO FEDERICO	1703
CALZONA MARÍA CECILIA	1599
CANDEL IVANNA MARÍA SALOMÉ	1559; 1575; 1602
CANELADA CARLOS ADRIÁN	1710; 1711
CANTABERTA MARIO	1283
CANTEROS SANTIAGO	1519
CAPALDI IANINA	1559
CARBALLADA FERNANDO	1594
CARLINO YANINA GABRIELA	1454
CARNEVALE GUILLERMO	1283; 1346
CARRARA PABLO	1378
CASSELLA FEDERICO I.	1300; 1378
CASTILLO ARECO PAULA	1519
CHAAR ELSA	1526
CHAVERO PAULA A.	1673; 1681
CHIACCHIO VÍCTORIA	1515; 1520; 1524
CHITUSSI MICAELA	1599
CHOQUE VARGAS CINTHIA	1223; 1358
CILLA ELIANA	1515; 1520; 1520
CIMMINO DANIEL G.	1375; 1549
COHEN SERGIO	1346

Apellido y Nombres	Trabajos N°
COLOMBO PABLO	1436
CONDADO NELSON	1252; 1284; 1308
CONGEDO ANTONELLA	1451
CONOSCIUTO JUAN IGNACIO	1488; 1612
CONTRERAS MARCELA V.	1673; 1681
CORDERO HERNÁN	1515; 1519; 1520; 1524
CORREA GUSTAVO JAVIER	1626
CORRENTI SEBASTIÁN	1283; 1346
COSSIO MELVI	1223; 1358
CUELLO JUAN	1436
CURA PABLO HERNÁN	1559; 1575; 1602; 1606; 1613
CURVALE CECILIA	1252; 1284; 1285; 1308; 1425
DACA ÁLVAREZ MARÍA DE LOS ÁNGELES	1403; 1499
DAFFRA PAMELA RUTH	1662
DAINO DIEGO	1387
DE FAVERI MARCELO R.	1673; 1681
DE MARÍA JULIO C.	1284; 1673; 1681
DE OLIVERA SEBASTIÁN	1699
DEL ÁGUILA JUAN PABLO	1223; 1358
DEL PRADO JOAQUÍN	1672
D'ERCOLE V.	1450
DI DOMENICO DIEGO SALVADOR	1440
DI DONATO MARÍA BELÉN	1682
DI MARCO MARTÍN DIEGO	1575
DI PAOLA LEANDRO	1378; 1563
DÍAZ ANA BELÉN	1294
DÍAZ ANDREA JUDITH	1710; 1711
DICCICO MARCELO	1586
DOMENICONI SOFÍA	1559; 1575
DOMÍNGUEZ VERÓNICA NATALIA	1485
DON GEORGINA	1368
DONATELLI MARIO	1437
DORADO FERNANDA	1555
D'OTTAVIO GUILLERMO	1283; 1594
DURÁN SEBASTIÁN	1550; 1600; 1649; 1662
DUTTO CAROLINA	1557; 1579; 1585; 1657
ECHVERRIA MARICEL	1519
ENCINAS NAHUEL	1430

Apellido y Nombres	Trabajos N°
ESCOBAR FERNÁNDEZ RAFAEL	1403; 1499
ESPINOZA JHONNY	1406
ETCHEPARE SERGIO	1682
FANJUL VERÓNICA	1612
FANTIN PRISCILA	1271; 1444
FERNÁNDEZ CRISTIAN	1283
FERNÁNDEZ DIEGO	1526
FERNÁNDEZ GUILLERMO	1464
FERNÁNDEZ JOSÉ LUIS	1300; 1378
FERRARIO MARTÍN	1252; 1308
FERRERO SILVINA	1586
FERRO DIEGO	1672
FISCHMAN ROMINA	1499
FRANCISCO TUFARE	1606
FRANCO ALANÍS FABIANA	1546
FUENTES ANA CLARA	1403
FUGAZZOTTO DE LA CRUZ JUAN JESÚS	1436
GALLEGOS PLÁCIDO	1288
GALLETTO PAULA	1599
GAMBA ARIEL	1430
GARAVENTO LEONARDO	1559; 1602
GARBI MARÍA LAURA	1626
GARCÉS RAÚL	1546; 1672
GARCÍA MERCADER VÍCTORIA	1425; 1629
GARDEY MÓNICA	1273
GARRIGA MATÍAS	1223
GARROCHO RODRIGO	1710
GIERGOFF ERNESTO	1575
GIGENA AGUSTÍN	1288; 1387
GIMÉNEZ FERNANDO	1600
GIRAUDO FLORENCIA	1626
GIUNTA RIVAS LEANDRO DANIEL	1599
GOBELET JAQUELINA	1288; 1387
GÓMEZ ESTANISLAO J.	1375
GONZÁLEZ RAQUEL	1375
GONZÁLEZ TERESITA	1709
GOTTI RICARDO	1485
GRACIANO JORGELINA	1555

Apellido y Nombres	Trabajos N°
GUERRINA CLAUDIO	1430
GUIDI MARTÍN	1252; 1284; 1285; 1308; 1440
GUTIÉRREZ BLEENIS R.	1300
GUZMÁN JULIO	1444
HANUCH NATALÍ EVA	1602
HENDRIKSEN JULIÁN BLAS	1599
HERRERA BABOT GUILLERMO	1710; 1711
HIGA MARIANO ANTONIO	1454; 1501
HIGA MAURICIO	1550; 1600
HIGA ROBERTO	1488; 1612
HINOSTROZA FREDDY	1705
IANTORNO MAURO	1358
IBARRA DANIELA	1271; 1444
ICAZA CÁRDENAS JAHAIRA FABIOLA	1560; 1563
IRIARTE MARIEL	1519
IRIARTE MARIEL	1271; 1515; 1520; 1524
ISAGUIRRE JORGE	1586
JAROSLAVSKY MARÍA JOSÉ	1560
KOLL LUCRECIA	1557; 1579; 1585; 1657
KOZIURA CHRISTIAN	1368; 1406
LABORIE MARÍA VÍCTORIA	1454
LEIVA LORENA	1557; 1579; 1585; 1657
LEIVA MARINA SOLEDAD	1599
LEMA ROCÍO YANET	1559; 1575
LENCINAS SANDRA	1549
LETTIERI	1358
LEZA AGUSTÍN	1450
LINARES MARÍA EUGENIA	1273; 1309
LLAMEDO GERARDO	1526
LLERA SOSA MILENA	1699
LLUCH MAURO	1294
LOUDET CECILIA	1606
LOVERA ROMINA	1716
LOZZI RUBÉN DARÍO	1488; 1612
LUCÍA ANDRÉS RODOLFO	1425; 1450; 1629
LUCIANI JUAN CARLOS	1594
LUNA TIRADO HUMBERTO	1424
LUNA TIRADO LUCÍA	1424

Apellido y Nombres	Trabajos N°
LUZURIAGA GUADALUPE	1699
MAHLER MANUEL	1477; 1534; 1550; 1584; 1600; 1649; 1669
MÁLAGA IGNACIO	1284
MANAZZONI DANTE	1477; 1534; 1550; 1584; 1600; 1649
MANGIONI JAVIER	1709
MARCACCIO FEDERICO	1437
MARCENO FLORENCIA	1450; 1451
MARCOLONGO MARIANO MARTÍN	1477; 1534; 1550; 1584; 1600; 1649; 1650; 1652; 1655; 1659; 1669; 1679; 1662
MARÍN PABLO NICOLÁS	1602
MARINI PABLO MARTÍN	1280; 1340; 1386
MARINOFF JACOBO	1672
MAROTTA SUSANA	1346
MARTÍN MATÍAS	1529
MARTÍN SERGIO	1529
MARTÍNEZ DIEGO ERNESTO	1599
MARTÍNEZ EMILIANA	1652
MARTÍNEZ FRANCISCO	1586
MARTÍNEZ REJTMAN LIRIA	1464
MARTURANO VÍCTORIA	1450; 1682
MASSERA MARIANA	1499
MATANÓ RAÚL F.	1252; 1284; 1285; 1308; 1425; 1440; 1629; 1673; 1681
MAURETTE MARÍA VÍCTORIA	1450; 1682
MAZZA OSCAR	1650; 1652
MELGAR JOSÉ	1594
MELLA JOSÉ M.	1375
MENÉNDEZ LORENA	1709
MICONI DIEGO	1280
MICULÁN SANDRO	1709
MIRANDA CAROLINA	1697
MIRANDA HENRIQUEZ ANA LAURA	1658; 1661
MONTIRONI ADRIÁN	1346
MORA NUÑEZ ANDRÉS G.	1375
MORATORIO IGNACIO	1700
MORENO FERNANDO	1488; 1612
MULINARIS ANA BELÉN	1599
MULLEN EDUARDO	1659
MULQUI MARÍA VÍCTORIA	1454; 1501
NACHMAN FABIO	1716

Apellido y Nombres	Trabajos N°
NAVAJAS MARCELO	1358
NAVARRO YURANIS	1682
NAVES ARIEL	1663
NIEPONICE ALEJANDRO	1716
NOVILLO ABEL	1710; 1711
NUÑEZ FACUNDO	1703
OLIVER JORGE	1557; 1579; 1585; 1657
OLIVERA OSCAR	1437
OLMOS JORGE A.	1273
OMODEO JAVIER ANDRÉS	1711
OMODEO MARÍANA	1710; 1711
ORBE GUIDO	1378
ORÍA INÉS	1584; 1650; 1652; 1655; 1659; 1669; 1679
ORTÍZ JESÚS	1692
PADÍN LORENZO	1451; 1682
PAGANELLI ROMINA	1430
PAGOTTO VANINA	1655
PALMIERI PAULA ANDREA	1703
PALMILI GONZALO	1292
PARDO BÁRBARA	1499
PAREDES EUGENIA	1612
PARRA WIRTH ESTELA	1699
PASKIEWICH ALICIA	1444
PASQUA ANALÍA	1650; 1652; 1659
PASTORINO MARTÍN	1488; 1612
PECHE MARCELO	1529
PECZAN CARLOS	1549
PEDREIRA SILVIA C.	1375; 1549
PERAL FRANCO	1223; 1358
PERÉ FLAVIO	1444
PEREIRA LISANDRO	1549
PEREYRA LISANDRO	1375
PÉREZ IRIGOYEN CLAUDIO	1424
PERRETTA CLAUDIO	1273
PERRÓN NADIA	1622
PINASCO ROSALBA	1563
PISKORZ MARÍA MARTA	1273
PIZZALA JUAN EDUARDO	1477; 1550; 1534; 1584; 1600; 1649; 1650; 1652; 1655; 1659; 1662; 1669; 1679

Apellido y Nombres	Trabajos N°
POCZTER NADIA	1485
POLES NATALIA	1430
POLETTI MILENA	1672
PORFILIO GULARTE GIOVANNA	1699
POSADAS MARTÍNEZ MARÍA LOURDES	1550; 1600
POZZI DANIEL	1346
PROMENZIO ESTEBAN	1425; 1450; 1629
PUMA ROLANDO	1672
QUINODOZ VALERIA	1346
QUINTERO OLGA	1309
QUIÑONES SABRINA ANAHÍ	1450; 1703
RAMÍREZ MAURICIO GABRIEL	1716
RAMOS ROSA	1425; 1450
RECALDE FLORENCIA	1709
REDONDO AGUSTINA	1606; 1613; 1622; 1655; 1679
REGNASCO SANTIAGO	1560; 1563
RICHARDI ANA LAURA	1557; 1579; 1585; 1657
RIGANTI JUAN MARTÍN	1716
RINAUDO SANTIAGO GUSTAVO	1550; 1600; 1662
ROAPILLO DAVID	1526
ROBLEDO FERNANDO	1223; 1358
ROEL MARIELA	1375
RÓGORA GAUDALUPE	1280
ROMAGNOLI NATALIA	1406
ROMÁN HÉCTOR	1488; 1612
ROMERO GLORIA	1575
ROMERO MARÍA EUGENIA	1378
ROMERO HURTADO ALBA ROSA	1658; 1661
ROSPILLOZA DAVID	1526
ROSSI MARÍA LUDMILA	1599
ROTHOLZ NICOLÁS	1549
ROYG DIEGO	1699
SAÁ EMILIA CRISTINA	1560; 1563
SABAS MARTÍN	1488
SAN MIGUEL PATRICIA	1663
SÁNCHEZ ANDRÉS	1575; 1602
SANTILLI JUAN PABLO	1368; 1406
SANTOS CLAUDIO A.	1673; 1681

Apellido y Nombres	Trabajos N°
SCARPONI MARÍA ALICIA	1559; 1575
SCIARRETTA MARTÍN	1575; 1626
SEQUEIRA LUIS AGUSTÍN	1284; 1285; 1440
SOLER ANÍBAL	1292
SORDA JUAN	1309
SORUCO MATHIUS BERNARDO	1454
SORUCO GARCIA MATHIUS	1501
SOTELO JOSÉ	1378
SPALLETTI LEANDRO A.	1673; 1681
SPATARO CARMEN	1560
STALTARI JUAN CARLOS	1488
SUPAGA OCTAVIO JULIO	1340
TARRAGA MARÍA FERNANDA	1464
TAULLARD ANDRÉS	1700
TAULLARD DANIEL	1700
TORRES ALFREDO	1557; 1579; 1585; 1657
TORRICO PAZ OSCAR	1563
TOSTI ROMINA	1436
TRELLES FÉLIX	1703
TUFARE FRANCISCO	1559; 1575; 1602; 1613; 1622; 1626
TURCHI MATÍAS JAVIER	1716
UBEIRA RODRIGO	1378
UGHELLI MARÍA	1692; 1697; 1698
URGILES DALILA	1584; 1650; 1655; 1659; 1669; 1679
VALDERRAMA ANDRÉS MAURICIO	1560
VALDIVIEZO LUZURIAGA VERÓNICA	1709
VARELA MARÍA JULIA	1560; 1563
VARELA MARTÍN	1283
VARGAS YOLANDA	1575
VARGAS PINO JONATHAN	1550; 1600
VASIA MARCELO	1294
VERA JOSSELYN	1705
VERGARA CASTAÑEDA JORGE LUIS	1658; 1661
VICTORIA ROMINA	1557; 1579; 1585; 1657
VIDART GUILLERMINA	1436
VIJODITZ JAVIER	1403; 1499
VILLADIEGO RAFAEL	1451
VILLALBA JAVIER	1436

Apellido y Nombres	Trabajos N°
VILLAVERDE AUGUSTO	1477; 1534; 1584; 1606; 1613; 1622; 1650; 1652; 1655; 1659; 1669; 1679
VIÑUELA CAROLINA	1557; 1579; 1657
VIOLA LUIS A.	1300; 1378
VISCARDI JUAN	1451
VISSO ANA LAURA	1499
VITCOPP GERARDO	1546
WALLACE VIRGINIA	1602
WEINSTOCK DIANA	1485
WONAGA ANDRÉS	1273; 1300; 1309
YANTORNO MARTÍN	1626
ZAGALSKY DAVID	1515; 1519; 1520; 1524
ZANETTI MATÍAS	1464
ZELARAYAN DANIELA	1710; 1711

TI - TRABAJOS CIENTÍFICOS

Código: 1483

EVALUACIÓN DEL TIPO DE PARTO, LACTANCIA, INTRODUCCIÓN DEL GLUTEN E INCIDENCIA DE INFECCIONES EN EL PRIMER AÑO DE VIDA, COMO FACTORES POTENCIALMENTE PREDISPONENTES EN PACIENTES CELÍACOS

María Laura Daruich; María Alejandra Maidana; Mariana Laquis; Raquel Angélica Furnes.

Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Privado Universitario de Córdoba. Escuela de Nutrición. Facultad de Ciencias Médicas. UNC. Argentina - Córdoba - Argentina

Área Temática: Trabajos Científicos

Introducción: La Enfermedad Celíaca (EC) es un trastorno sistémico de base inmunológica causado por la ingesta de gluten y otras proteínas afines que afecta a individuos genéticamente susceptibles. La EC resulta de interacción entre factores genéticos y el gluten, interviniendo factores ambientales predisponentes provocando cambios epigenéticos. El Objetivo de éste estudio fue evaluar la presencia de factores que pudieran favorecer el desarrollo de la EC. **MyM:** Se estudió en forma retrospectiva 85 historias clínicas pacientes con EC, entre 1 y 16 años de edad, diagnosticados mediante biopsia duodenal entre los años 2013 a 2018 en nuestro S de GEHP del Hospital Privado Universitario de Córdoba. Se evaluó el tipo de parto, lactancia, edad de introducción al gluten e infecciones en el primer año de vida, en pacientes celíacos. Los datos fueron procesados estadísticamente con el software SPSS (v.20) y agrupados en categorías según las distintas variables. Para las variables continuas se calcularon las medidas de resumen: media (de posición) y desvío estándar (de dispersión). Para las variables categóricas se calcularon las frecuencias porcentuales. **Resultados:** Un total de 30 pacientes cumplieron el criterio de inclusión. Sexo femenino fue el 73,3%. La edad del diagnóstico de EC tuvo una dispersión entre 1 y 12 años de edad. En el 2/3 de la población se estudió EC por síntomas gastrointestinales. En el 70% de la muestra, el parto fue por vía vaginal. La distribución de LM exclusiva y LM mixta fue casi igual en el primer semestre de vida. La edad de introducción del gluten en la dieta fue principalmente después de los 6 meses de edad. Más del 60% de nuestros pacientes no tuvieron procesos infecciosos en el primer año de vida. **Conclusiones:** En nuestro estudio no se presentó predominio de factores de riesgo en relación al tipo de parto, de lactancia, edad de introducción del gluten e infecciones en el primer año de vida, para desarrollar EC. Consideramos de gran utilidad continuar con este tipo de estudio, a los fines de ampliar el número de casos con resultados más representativos. Y poder hacer acciones preventivas y de educación entre los profesionales de la salud y la comunidad.

TI - TRABAJOS CIENTÍFICOS

Código: 1490

UNA DÉCADA DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA. ¿CÓMO NOS HA IDO?

Sandra Isabel Scarafoni; María Eliana Keller; María del Pilar Hialgo; María Chierchetti; Gonzalo Ramacciotti; Andrés Kogan; Claudio Yamahachi.

HIEMI - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: Trabajos Científicos

Introducción: el advenimiento de la gastrostomía ha constituido un aporte esencial en el soporte nutricional y terapéutica de enfermedades crónicas. En las últimas tres décadas la gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) ha ganado amplia aceptación como método sencillo, eficaz y con menor riesgo de complicaciones en comparación con la gastrostomía quirúrgica. **Objetivo:** evaluar las características demográficas, indicaciones y complicaciones en niños de 0-14 años que se sometieron a una GEP. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo retrospectivo de las GEP realizadas en nuestro servicio desde

2007 a 2018 en niños de 0-14 años. Los datos fueron recabados a través de la revisión de historias clínicas. **Resultados:** se analizaron 50 pacientes de 0 a 14 años desde enero de 2007 a diciembre de 2018. La edad media fue de 5.6 años siendo el 44 % menor de 3 años, con relación varón-mujer 1.5 .EL 56 % (n28) de los pacientes estaban distróficos. La patología de base más frecuente fue neurológica (60%) seguido por síndromes genéticos en un 10 %. La indicación en un 62% fue por trastorno deglutorio de los cuales el 30 % asociaban desnutrición. El set de gastrostomía más utilizado fue one step en un 96 % y un 75% recibieron profilaxis antibiótica. El 60 % de las anestésias fue general con intubación y un 40% con sedación. La alimentación se inició en un 52 % en los pacientes antes de las 24 hs. Solo 7 pacientes (14 %) presentaron complicaciones tempranas, siendo estas migración del set e infección peristoma. Dentro de las complicaciones tardías (18%) el 70% fue por extrusión del botón. Solo un paciente requirió Nissen post GEP. No se registraron muertes relacionadas con la técnica. **Conclusión:** la gastrostomía endoscópica percutánea es un método efectivo y con mínimas complicaciones para el soporte nutricional, clave en el manejo de pacientes pediátricos.

TI - TRABAJOS CIENTÍFICOS

Código: 1533

CORRELACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS DIGESTIVOS INTRA-PRUEBA Y EL RESULTADO DEL TEST DE AIRE ESPIRADO PARA SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Gisela Lucero; Judith Arenas; Lucia Portillo; Virginia Jensen; Beatriz Parisi; Ramiro Calcagno; Ana Lia Ghirardo; Eduardo Marini.

Hospital de Agudos J.M.Ramos Mejía - BUENOS AIRES - Argentina

Área Temática: Trabajos Científicos

Introducción: El Sobrecrecimiento bacteriano (SIBO) se define por convención como un aumento mayor a 105UFC/ml de un aspirado yeyunal. El test de aire espirado(TAE) es una alternativa sencilla, no invasiva, de costo accesible y con aceptable confiabilidad diagnóstica para esta entidad clínica. Se estima una sensibilidad del 31% al 77% y especificidad del 44% al 100%. A pesar de la aceptable sensibilidad y especificidad de la prueba para el diagnóstico de SIBO no siempre va aunado a un cuadro sintomático. Contrariamente, también se han reportado pruebas con resultados negativos, pero con cuadro sintomático. Se plantea el interés de analizar si existe relación entre los síntomas reportados durante el estudio y los resultados obtenidos, de modo de determinar si existe algún factor predictor del resultado del TAE. **Objetivos:** Evaluar la asociación entre los síntomas experimentados por el paciente durante el estudio y el resultado del TAE para SIBO. Analizar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) de los síntomas gastrointestinales individuales desarrollados durante el TAE. **Materiales y métodos:** Estudio de corte transversal, en el cual se revisaron las historias clínicas de 51 pacientes adultos con diagnóstico de SII según Roma IV que realizaron el TAE para SIBO. Se tomaron muestras de H2 cada 20 min luego de la ingesta de 10grs de Lactulosa utilizando el equipo Gastrolyzer (Bedfont). En conjunto se documentó la presencia de síntomas durante el estudio. **Resultados:** Se revisaron 51 pruebas de H2 para SIBO (74,5% mujeres); de los cuales 24 pacientes fueron asintomáticos durante el estudio, el 67% de ellos tuvo un resultado negativo. 27 pacientes presentaron síntomas como dolor abdominal (14), distensión abdominal (12) y diarrea (1). El 56% de ellos tuvo una prueba positiva para SIBO. Observamos una tendencia a favor de la asociación entre los síntomas referidos por los pacientes durante la prueba y el resultado positivo para SIBO (OR 2,5 IC95% 0,8-7,8), pero esta no fue estadísticamente significativa (p= 0,09). El síntoma más sensible fue la distensión abdominal (58,3%) y también el más específico (61,54%). El síntoma con VPN más relevante fue la distensión abdominal (85,71%). **Conclusiones:** Se observó una tendencia a favor de que los pacientes con síntomas intra-test presentaron un resultado positivo y los asintomáticos un resultado negativo. El síntoma con mayor correlación estadística fue la distensión abdominal, que presentó un elevado VPN, que permite inferir que los pacientes del estudio que no presentaron dicho síntoma intra-test obtuvieron un resultado negativo para SIBO. Una limitante del estudio fue el tamaño de la muestra, ya que no fue posible establecer si existía una posible asociación estadísticamente significativa entre los síntomas presentados y resultado del test. Se requieren más estudios que evalúen esta probable relación en una población mayor y así determinar conceptos concluyentes sobre el tema.

TI - TRABAJOS CIENTÍFICOS

Código: 1551**COMPROMISO GASTROINTESTINAL Y HEPÁTICO EN NIÑOS TRASPLANTADOS DE MÉDULA ÓSEA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO UNIVERSITARIO DE REFERENCIA**

María Eugenia MICHELETTI; Judith Cohen Sabban; María Camila Sanchez; Gustavo Tagliaferro; Gustavo Boldrini; Daniel D'Agostino; Diana Pinzon; Paola De La Iglesia; Marina Orsi.

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES - BUENOS AIRES - ARGENTINA

Área Temática: Trabajos Científicos

Introducción: La enfermedad injerto contra huésped (EICH) aguda sigue siendo un desafío clínico y una causa importante de morbilidad y mortalidad posterior al trasplante alogénico de células hematopoyéticas. Afecta principalmente a la piel, el tracto gastrointestinal y es menos frecuente en el hígado. **Objetivo:** Describir el compromiso, la relación entre el acondicionamiento/profilaxis y la respuesta al tratamiento, en el seguimiento de los niños con EICH gastrointestinal y hepáticos. **Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo y descriptivo de pacientes pediátricos con EICH gastrointestinal y hepática, definido según los síntomas (vómitos, diarrea secretora o sanguinolenta y dolor abdominal) y resultados de anatomía patológica de biopsias realizadas por videoendoscopia digestiva alta y/o baja. Se sometieron a biopsia hepática transyugular, aquellos pacientes con EICH con función hepática alterada cuyos valores fueron 3 veces superior al normal. El compromiso de EICH hepática y gastrointestinal fueron confirmados histológicamente. Se excluyeron las infecciones intestinales. **Resultados:** Entre 2006 y 2018, 81 pacientes pediátricos se sometieron a un trasplante alogénico de células hematopoyéticas. La EICH aguda se diagnosticó en un 43,2 % (35/81) con una mediana de 85,7 días postrasplante. La edad media de los pacientes a la presentación de la EICH aguda fue de 12,5 años (1,1-18 años), 63% fueron niños. El compromiso tisular confirmado por biopsia fue: piel en 85,7% (30/33), gastrointestinal en 51,4% (18/23) e hígado en 42,8% (9/12). Los criterios clínicos, identificaron correctamente el 78% de los casos sospechosos de EICH. En el 55,5 % de los casos, la mucosa tenía un aspecto normal en la endoscopia. Veinte pacientes tuvieron función hepática anormal, pero la biopsia hepática se realizó sólo en 12/20 pacientes y EICH aguda se confirmó en 9/12. Ocho pacientes tenían EICH de piel concomitante y por lo tanto no se sometieron a biopsia. En relación con el acondicionamiento, la mayoría de los pacientes con EICH recibieron Busulfán/Ciclofosfamida y Tacrolimus como profilaxis. El tratamiento estándar inicial fueron las dosis altas de esteroides. Sin embargo, 11/18 pacientes con EICH gastrointestinal fueron considerados refractarios a los esteroides y se agregó Infiximab. La media de supervivencia luego del inicio del tratamiento con Infiximab fue de 83 días (rango 25-209). Siete pacientes (7/11) en tratamiento con esteroides e Infiximab murieron. Las causas de muerte fueron infección en 5 pacientes (71%), paro cardíaco en 1 paciente (14,2%) y recaída en 1 paciente (14,2%). **Conclusiones:** Los signos y síntomas clínicos compatibles con la EICH habrían sobrediagnosticado el 22% de los pacientes estudiados. Por lo tanto, incluso siendo una técnica invasiva, las biopsias de tejido son necesarias para el diagnóstico correcto de la EICH.

TI - TRABAJOS CIENTÍFICOS

Código: 1553**EL IMPACTO DE LA FUNDUPPLICATURA EN LOS TRAZADOS DE PH/IIM DE 24 HS DE PACIENTE PEDIÁTRICOS CON ATRESIA ESOFÁGICA**

MARÍA JUDITH MENDOZA; Judith Cohen Sabban; Verónica Busoni; Pablo Lobos; Florencia Ursino; Paola De La Iglesia; Marina Orsi.

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES - BUENOS AIRES - ARGENTINA

Área Temática: Trabajos Científicos

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es la complicación más frecuente a largo plazo en pacientes con atresia esofágica (AE). La funduplicatura en la AE es controvertida, pero puede ser una opción en los pacientes con: tratamiento refractario del reflujo gastroesofágico (RGE), evento de aparente amenaza de la vida, retraso en el desarrollo, esofagitis por reflujo persistente y recurrentes estenosis a nivel de la anastomosis. **Objetivo:** Comparar las características de la ERGE según los parámetros de pH-IIM en pacientes con AE con y sin funduplicatura. **Materiales y métodos:** Se realizó revisión retrospectiva de trazados de pH-IIM

de 24 hs realizados en el Servicio de Gastroenterología Infantil entre 2011 y 2018. **Criterios de inclusión:** Niños menores de 18 años con antecedente de AE, con y sin funduplicatura. Todos los pacientes se realizaron pH-IIM 24 hs y videoendoscopia digestiva alta con toma de biopsias esofágicas y resultado de anatomía patológica de las mismas. Las medicaciones anti-reflujo se suspendieron una semana previa al momento del estudio. El tratamiento refractario de RGE y la persistencia de esofagitis por reflujo en la anatomía patológica de las biopsias fue la indicación para la cirugía de funduplicatura. Se evaluaron el número total de episodios de reflujo (ácido, no ácido), bolo y tiempo de aclaramiento ácido (ACT) y valores de referencia en canales distales (5-6). Se dividió a la población en: Grupo 1 (G1): pacientes con AE y funduplicatura. Grupo 2 (G2): pacientes con AE sin funduplicatura. Se realizó prueba de T test para comparar los resultados entre G1 y G2. **Resultados:** Se evaluaron 15 trazados en pacientes con AE. 8/15 (53%) se sometieron a funduplicatura (G1) con una mediana de edad de 7,4 años. 87.5% con AE tipo C, 12.5% tipo A (brecha larga). La esofagitis se observó en el 100% después de la funduplicatura: 2 esofagitis macroscópica, 1 eosinofílica, 5 microscópica. 7/15 (47%) fueron AE sin funduplicatura (G2), con una mediana de edad de 3.25 años. 57% AE tipo C y 43% tipo A-B. Se observó esofagitis en el 85% en el G2, todos ellos microscópica. No se observaron diferencias estadísticas en los parámetros de pH-IIM entre ambos grupos. El número de reflujos, ACT y canales distales (Canal 6) fueron patológicos en ambos grupos. Sin embargo, observamos una mejor depuración ácida con más daño en la mucosa del G1. **Conclusión:** En esta serie pediátrica de pacientes con AE, los datos de pH-IIM 24hs muestran la persistencia de ERGE incluso después de la funduplicatura. Esta observación podría deberse a una severa dismotilidad esofágica. Por lo tanto, en pacientes asintomáticos con AE deben someterse a una monitorización de RGE con pH-IIM 24 hs y videoendoscopia digestiva alta con toma biopsias.

TI - TRABAJOS CIENTÍFICOS

CÓDIGO: 1591**ATRESIA DE ESÓFAGO: TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO EN SIETE AÑOS**

Maximiliano Fernandez Rivas; Cristina Soledad Lorenzo; María Florencia Recalde; Carmen Otegui Banno; Viviana Bernedo; Paula Borobia; Veronica Garrido; Gabriela Rios; Teresita Gonzalez.

Hospital Sor María Ludovica - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: Trabajos Científicos

Introducción La Atresia de esófago (AE) es la falta de continuidad del lumen del esófago combinada, en la mayoría de los casos con la existencia de una comunicación, a través de una fístula, con la tráquea. Es un defecto congénito incompatible con la vida, que con tratamiento quirúrgico eficaz y oportuno se logra su sobrevivencia. Su frecuencia es de 1/3500 recién nacidos vivos y afecta por igual a ambos sexos siendo la supervivencia del 90%. La forma más frecuente de presentación es la tipo III. **Objetivos:** exponer el seguimiento de los pacientes con atresia de esófago, y mostrar los datos obtenidos en estos últimos 7 años. **Materiales:** base de datos creado por el comité de atresia de esófago del HIAEP Sor María Ludovica. **Métodos resultados y conclusiones:** Se presenta estudio retrospectivo observacional de 77 pacientes con atresia de esófago, tratados y seguidos por el comité de atresia de esófago, conformado por servicio de gastroenterología, cirugía, nutrición, endoscopia respiratoria y otorrinolaringología, en el Hospital Sor María Ludovica de La Plata, en el período comprendido entre enero de 2012 hasta junio del 2019. El objetivo de nuestro estudio es revisar las características clínico quirúrgicas de los pacientes con este diagnóstico, en los últimos 7 años. Evaluamos los factores predictivos del pronóstico como la edad gestacional, peso al nacer, malformaciones asociadas y clasificación de spitz. Estudiamos el seguimiento postoperatorio con sus complicaciones inmediatas (esofágica y traqueal) y alejadas como la estenosis y re fístula. Dentro del seguimiento constatamos la presencia de las complicaciones digestivas con necesidad de dilatación. El 92.2% de los pacientes presentaron atresia tipo III. 49.35% fueron de sexo femenino y el 50.65% masculinos. La media en el seguimiento fue de 33.5 meses con un rango de 81 meses. La complicación más frecuente fue estenosis esofágica, se presentó en el 24.67%. La malformación más frecuente asociada fue la cardiopatía congénita en un 49.35%. El 40.2% fue tipo dos (2) en la clasificación de spitz. **MATERIAL Y MÉTODOS** Se llevó a cabo revisión retrospectiva de las hc de los pacientes con atresia de esófago asistidos en el Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor María Ludovica de La Plata, en el período comprendido entre enero de 2012 y hasta junio del 2019. Un total de 77 pacientes. Se tomaron en cuenta para la realización de éste trabajo: género, peso al nacimiento, edad gestacional, malformaciones asociadas, tipo de atresia, clasificación pronóstica (Spitz), porcentaje de óbitos, tratamiento instaurado y las complicaciones inmediatas y tardías.

TI - TRABAJOS CIENTÍFICOS

CÓDIGO: 1664**DISFUNCIÓN CRICOFARÍNGEA PRIMARIA. TRATAMIENTO CON DILATACIÓN NEUMÁTICA ESTÁTICA CON BALÓN**

Jorge Eduardo Alach; Marcela Contreras; Mariano Di Tommaso; Rocío Laurini; José Bálamo Lozano; Agustín Diego; Cristela Pereyra; Lucía Luna Tirado.

HIGA San Roque Gonnet - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: Trabajos Científicos

INTRODUCCION: la disfunción cricofaríngea primaria (DCP) se presenta por degeneración fibroadiposa del músculo cricofaríngeo, que reduce la capacidad elástica del músculo y su compliance, con consecuencias variables sobre el clearance faríngeo, pudiendo provocar clínicamente, severa disfagia orofaríngea con deshidratación, desnutrición, neumopatía y la muerte si no se interviene oportunamente. El tratamiento puede ser endoscópico o quirúrgico. **OBJETIVO:** mostrar la experiencia obtenida con dilatación neumática estática endoscópica de la DCP, en el área de motilidad digestiva de un hospital interzonal de la provincia de Bs As. **MATERIAL Y METODOS:** desde diciembre de 1998 hasta Diciembre 2018, fueron enrolados en este estudio observacional descriptivo, 98 pacientes con DCP, diagnosticados por video deglución dinámica. Los criterios de inclusión fueron: pacientes de ambos sexos, mayores de 15 años, con disfagia orofaríngea y diagnóstico de disfunción cricofaríngea primaria. Se excluyen, pacientes con ACV previo, enfermedad neuromuscular y/o reumatológica. Se realizó tratamiento endoscópico con balón de 18 mm de diámetro, insuflado a durante 1 minuto en la región cricofaríngea, identificada por endoscopia. Se realizó videodeglución de control dentro de las 8 semanas. Se utilizó en nuestro servicio, una encuesta de satisfacción sintomática, de 0 a 10 al realizar la videodeglución de control. **RESULTADOS:** la prevalencia de la disfunción cricofaríngea primaria fue de 5,7%. La relación hombre/mujer: 1/2,2. Edad promedio: 62 años. Fueron dilatados 98 pacientes portadores de DCP, sin presentar complicaciones inmediatas en ningún caso. En 1 paciente no se franqueó la estenosis cricofaríngea, aunque se retomó en 1 semana siendo posible la dilatación con éxito. En 19 pacientes, se necesitó más de una sesión, existiendo respuesta clínica radiológica en todos ellos. La encuesta de satisfacción 0 a 10 se realizó a 87 pacientes, detectando 7 pacientes con 6 y 7 puntos (8,0%), 12 pacientes con 7 puntos (13,7%) y 68 pacientes restantes, con 8 a 10 puntos (78,1%). Ningún paciente requirió cirugía. Con menos de 8 puntos, fueron sometidos a una segunda dilatación con balón de 20 mm, respondiendo satisfactoriamente en todos ellos, llegando al score deseado de 8 a 10 puntos. Tres pacientes requirieron dilataciones repetidas, dos de ellos del grupo inicial (más de 8 puntos) luego de 14 meses el primero y 22 meses de evolución el segundo, y el tercer paciente del grupo dilatado por segunda vez con 20 mm, 52 meses después, consiguiendo alivio sintomático en todos ellos. **CONCLUSIONES:** la dilatación neumática con balón de 18 mm de diámetro, es un método seguro, sencillo y eficaz, que permite mejorar en forma considerable los síntomas de disfagia orofaríngea que presentan los pacientes con DCP sin divertículo. Según nuestra experiencia no se presentaron complicaciones mayores como la perforación, hemorragia o el compromiso de la vía aérea.

CC - CASOS CLÍNICOS

CÓDIGO: 1338**ESOFAGITIS HERPÉTICA EN EL DEBUT DE UNA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**

Manuela Manterola; María Victoria García Mercader; Julio Di María; Cecilia Curvale; Raul Matano.

Hospital El Cruce - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: Casos Clínicos

INTRODUCCION: Las enfermedades inflamatorias del intestino (EII) hasta el 25% de los casos comienzan en la infancia. Se caracterizan por la inflamación crónica de la mucosa y resulta de una respuesta inmune desregulada a la microbiota intestinal en huéspedes genéticamente susceptibles. Esto puede predisponer a complicaciones infecciosas, exacerbándose por el tratamiento inmunosupresor. La esofagitis por herpes simple (HSE) rara vez ocurre en inmunocompetentes y se presenta como una enfermedad aguda y autolimitada. En los pacientes inmunodeprimidos cursa de manera más severa y pueden generar complicaciones. El objetivo es presentar un caso poco frecuente de esofagitis herpética en el contexto del diagnóstico de una EII en un paciente pediátrico. **PRESENTACION DE CASO:** Paciente de 13 años, previamente sana, consulta por presentar fiebre, dolor abdominal y diarrea con sangre de 48 horas de evolución, por lo que se interna. Se constata leucocitosis, anemia, hiperplaquetosis, ERS elevada. Se solicita coprocultivo, el cual es negativo, y el virológico informa adenovirus. Por mala evolución,

se indica tratamiento antibiótico empírico, requiere transfusión de GR, y se decide derivación a un centro de mayor complejidad. Al ingreso en nuestro hospital, se encontraba en mal estado general, febril, abdomen doloroso, distendido, diarrea con sangre y pérdida de 8 kg. Se descarta megacolon tóxico. Comienza con disfagia, lesiones en la mucosa oral de tipo aftoides y una úlcera más profunda en paladar duro, con bordes elevados y fondo con sangrado espontáneo. En el laboratorio evidencia Hb 6; Hto 20; GB 13800; ERS 120; PCR 96; Albumina 2,67. Función renal y hepática dentro de parámetros normales. Anticuerpos para enfermedad celíaca, ANCA- P, ASCA, serologías para Hepatitis virales y HIV negativas. PPD negativa. Presento epiescleritis izquierda. Se realiza VEDA: múltiples úlceras a lo largo de todo el esófago de 3 a 10 mm. Resto sin lesiones. Se informa PCR positivo para herpes simple. La VCC colitis moderada-severa. Anatomía patológica: cuadro compatible con EII en actividad. Inicia aciclovir EV y NET exclusiva por 48 horas. Por empeoramiento del cuadro se decide comenzar corticoterapia EV, ayuno y NPT. La paciente evoluciona de forma favorable. Inicia nutrición con SNG. Las deposiciones descienden a una diaria, sin sangre. Se externa con tratamiento vía oral. A los seis meses, la paciente se encuentra en buen estado general. **CONCLUSIONES:** Múltiples son las complicaciones que aparecen asociada a la EII o al tratamiento. Las complicaciones infecciosas son potencialmente mortales. En nuestro caso, el herpes esofágico fue una infección en el debut de la enfermedad. Por la evolución clínica de la paciente nos hace interpretar que se debe a la inmunosupresión que genera el inicio de la enfermedad, en contraposición con lo descrito en los casos reportados, que sucede como consecuencia del tratamiento inmunosupresor.

CC - CASOS CLÍNICOS

CÓDIGO: 1479**TUBERCULOSIS INTESTINAL EN UN PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE**

Maité Miguens; Leandro Fanjul Regueira; Lucio González; María Marcó del Pont; Paola De La Iglesia; Ines Ninomiya; Marina Orsi.

Servicio de Gastroenterología y Hepatología Pediátrica - Hospital Italiano de San Justo "Agustín Rocca" - CABA - Argentina

Área Temática: Casos Clínicos

Introducción La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa crónica. La localización pulmonar es la más frecuente (85%) y dentro de las formas extrapulmonares la abdominal ocupa el sexto lugar (50% intestino). La TB intestinal (TBI) afecta principalmente íleon terminal, generalmente por diseminación hematogénica durante el curso de una TB pulmonar activa. **Objetivos** - Describir a la TBI como un diagnóstico diferencial infrecuente de dolor abdominal recurrente (DAR). - Reconocer a la TB como un problema vigente de salud pública en la Argentina. **Caso clínico** Varón de 10 años con 8 meses de DAR, hábito catártico irregular y pérdida de peso. Se interna por dolor abdominal intenso que no calma con analgesia. Aspecto regular, pálido, abdomen doloroso en flanco derecho. Laboratorio con reactantes de fase aguda aumentados, anticuerpos para celiacía y coproparasitológico negativos, calprotectina fecal 278, ecografía abdominal con engrosamiento parietal en asa de intestino, enteroRM con engrosamiento mural circunferencial del íleon terminal, VEDA normal, VCC evidencia en ciego lesión mucosa de aspecto irregular de 5x3 cm que protruye hacia la luz estenosándola y en colon transversal lesión ulcerada de 2 cm, TAC toracoabdominal con ausencia de progresión de contraste a íleon distal, pulmón focos de vidrio esmerilado con áreas de consolidación y lesión cavitada en lóbulo superior derecho (LSD), ganglios en mediastino y mesenterio, prueba de Mantoux negativa, HIV negativo, lavados gástricos con baciloscopia positiva y GeneXpert positivo para M. Tuberculosis, biopsias intestinales con granulomas y bacilos ácido alcohol resistentes. **Catastro contactos:** madre TB, resto negativos. **Diagnóstico:** TB pulmonar con diseminación a intestino. Inicia tratamiento antituberculoso con buena respuesta y evolución clínica. **Discusión y conclusiones** Ante un paciente con DAR que se presenta con signos de alarma debemos realizar la búsqueda de patología orgánica. La TBI se manifiesta con síntomas inespecíficos, entre ellos el DAR; el diagnóstico se realiza por biopsia endoscópica de las lesiones intestinales con anatomía patológica y cultivo o PCR para M. Tuberculosis. En la Argentina se notifican más de 10.000 casos/año de TB (18% en menores de 20 años). Si bien es una enfermedad prevenible y curable, anualmente se registran entre 5 y 10 muertes en niños y entre 10 y 15 muertes en adolescentes, lo que denota la gravedad de la situación en nuestro país, debiendo reforzar al máximo las medidas sanitarias. Debido a su clínica inespecífica la TBI continúa siendo un desafío para el pediatra, más aún en el caso de nuestro paciente quien en ningún momento manifestó síntomas respiratorios asociados. Teniendo en cuenta la situación epidemiológica en la Argentina, resulta de importancia considerar a la TBI como un posible diagnóstico diferencial ante un DAR con signos de alarma.

CC - CASOS CLÍNICOS

CÓDIGO: 1481

OBSTRUCCIÓN AL TRACTO DE SALIDA ADQUIRIDA DE INICIO TARDÍO

Mariana Allende; Viviana Bernedo; Paula Borobia; Lorena Menendez; Luciana Guzman; Teresita Gonzalez.

HIAEP Superiora Sor María Ludovica - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: Casos Clínicos

Obstrucción al tracto de salida adquirida de inicio tardío Introducción La obstrucción al tracto de salida (OTS) incluye condiciones que impiden el paso del contenido gástrico hacia el duodeno. De causas: congénitas: membrana gastro-duodenal, duplicación/ vólvulo gástrico y adquiridas: estenosis hipertrófica del píloro, enfermedad ulcerosa péptica, gastritis crónica/eosinofílica, caustico, tuberculosis(TBC), estenosis por AINE, pólipos, citomegalovirus (CMV), y OTS de inicio tardío o enfermedad de Jodhpur, como causa adquirida y primaria, idiopática, descrita en el año 1997 con 18 pacientes reportados a la fecha. El cuadro clínico consta de vómitos no biliosos, distensión posprandial y pérdida de peso. En la seriadaesofagogastroduodenal (SEGD): estómago aumentado y dilatado con retardo del vaciado gástrico y en la endoscopia digestiva alta (VEDA) se observa estenosis pilórica, sin obstrucción intrínseca o extrínseca. El tratamiento puede ser quirúrgico o endoscópico con dilatación con balón. Caso n° 1: Niño de 5 años con vómitos posprandiales no biliosos, deshidratación, dolor abdominal y estancamiento ponderal. SEG: estómago dilatado, con retardo del pasaje de contraste a duodeno. VEDA: estenosis pilórica, se dilata con balón 10-11-12. Histopatología: mucosa gástrica antral: hiperplasia foveolar. Sin H. Pylori. Cultivos negativos para CMV y TBC. En su evolución el paciente requirió de 2 dilataciones más con balón. Caso n° 2: Niña de 5 años con clínica de OTS. Ecografía abdominal: abundante residuo gástrico e intestinal. Radiografía de abdomen: estómago aumentado de tamaño. VEDA: orificio pilórico puntiforme, se dilata con balón n 12-13.5-15. Histopatología: mucosa de bulbo: glándulas de Brunner hipertrófica. H Pylori negativo Luego requirió de 2 dilataciones más con buena evolución. Caso n° 3: Niño de 9 años con clínica de OTS. Ecografía abdominal normal. SEG: estómago dilatado con retraso del vaciamiento gástrico y lento pasaje del contraste a duodeno. VEDA: estenosis pilórica. Se dilata con balón 12-13.5-15. Histopatología: hiperplasia de células parietales y moderada congestión. Sin H. pylori. En su evolución se realizó otra VEDA con dilatación con mejoría clínica. Conclusión: La estenosis pilórica no hipertrófica más allá de la infancia debe ser incluido en el diagnóstico diferencial de niños mayores con vómitos no biliosos y falta de crecimiento como causa de OTS. La SEG: estómago dilatado, retraso en la evacuación gástrica y el entorno sin compresión externa. VEDA: orificio pilórico infranqueable, se dilata con balón sin evidenciar cicatrización, inflamación o tumor en y alrededor del píloro, con biopsias normales. El tratamiento realizado fue endoscópico con dilatación con balón obteniendo buen resultado sin necesidad de cirugía.

CC - CASOS CLÍNICOS

CÓDIGO: 1528

DUPLICACIÓN DUODENAL: CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Cristina Soledad Lorenzo; Maximiliano Fernandez Rivas; Viviana Vernedo; Paula Borobia; Teresita Gonzalez.

Hospital Interzonal agudo especializado en pediatría Sor María Ludovica - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: Casos Clínicos

a) Introducción: Las duplicaciones intestinales son anomalías poco frecuentes. La duplicación duodenal representa el 4-5% del total. Se encuentran habitualmente por detrás del duodeno normal. La mayoría son quísticos y no se comunican con la luz. La presentación clínica es variable, puede ser asintomática o presentar vómitos biliodigestivos por obstrucción parcial o completa del duodeno. Asimismo puede ocasionar hemorragia digestiva por perforación o presencia de mucosa gástrica ectópica (15%). La obstrucción de la vía biliar puede ocasionar pancreatitis. b) Objetivo: reporte de caso clínico de patología poco frecuente. c) Materiales: presentación de caso clínico. d) Métodos, Resultados y Conclusiones. Reportamos el caso clínico de una niña de 13 años de edad con duplicación de la segunda porción del duodeno. Describimos las características clínicas, hallazgos radiológicos y endoscópicos del caso clínico. En nuestro caso la niña presenta dolor abdominal recurrente de seis meses de evolución. Se realizó diagnóstico mediante tomografía y tránsito intestinal, confirmando relaciones anatómicas por endoscopia y resonancia magnética. Es presentado el caso clínico al servicio de cirugía donde se programa cirugía electiva de exéresis. e) Observaciones: se destaca el caso clínico por el desafío clínico que supone su diagnóstico y la dificultad técnica de su abordaje quirúrgico.

CC - CASOS CLÍNICOS

CÓDIGO: 1562

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. CADA VEZ MAS PEQUEÑOS?

Sandra Isabel Scarafoni; María Eliana Keller; María del Pilar Hidalgo; María Chierichetti; Ignacio Uriarte; Martín Sabas.

Hospital Materno Infantil de Mar del Plata - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: Casos Clínicos

Introducción: La enfermedad inflamatoria de comienzo muy temprano (VEO-IBD) se define como aquella que inicia antes de los 6 años de edad con un subtipo infantil en menores de 2 años. La VEO IBD constituye el 4 al 10 % de la EII pediátrica con una incidencia en aumento. Es genotípica y fenotípicamente diferente de la EII de comienzo en la adolescencia y adultez, con un curso más severo con escasa respuesta a la terapéutica habitual. En un alto porcentaje se presenta como una manifestación de una inmunodeficiencia primaria. A la fecha se conocen más de 60 defectos monogénicos causantes de la enfermedad. Objetivo: describir el caso clínico de una paciente se sexo femenino que comenzó a los 15 días de vida con enfermedad perianal severa y revisión de la bibliografía. Resumen de caso clínico: Neonato de 15 días de vida que se presentó con úlceras orales profundas, afebril que en los días siguientes agrego severo compromiso perianal con úlceras y fistulas recto vulvares y a piel. Cultivos y serologías negativos, sin signos de linfoproliferación al examen físico. Con sospecha de VEO-IBD se realiza biopsia de las lesiones oral (reacción inflamatoria crónica inespecífica), VEDA (normal) y rectosigmoideoscopia (acentuado reacción inflamatoria con polimorfonucleares y linfocitos, focos de criptitis y cuerpos apoptóticos), calprotectina en MF 190 mcgr/gr, RNM de pelvis que informa trayecto fistuloso sin colecciones. Evaluación por inmunología: DHR, poblaciones linfocitarias y respuesta a IL-10 (fosforilación de STAT3) normal, se envió muestra para secuenciación de exoma, pendiente resultado. Se indico fórmula con aminoácidos, corticoides y azatioprina mostrando respuesta parcial con mejoría de las lesiones orales y perianales pero escaso aumento ponderal y diarrea. Actualmente cursa internación por enterorragia severa con infección por C. Difficile. Se plantea escalar estrategia terapéutica hasta contar con resultado genético. Conclusión: La prevalencia de las VEO-IBD está en aumento, y constituye una enfermedad diferente a la EII de comienzo más tardío, con mayor morbi-mortalidad requiriendo estrategias terapéuticas diferentes. Es importante como gastroenterólogo infantil tener un alto índice de sospecha para el diagnóstico oportuno y el manejo adecuado en conjunto con inmunología debido su alta asociación a inmunodeficiencias primarias. Los avances en las técnicas de secuenciación para diagnóstico genético son una pieza fundamental en este grupo de pacientes ya que la identificación del defecto genético permite lograr una terapéutica dirigida. Observaciones: consideramos importante presentar este paciente debido a la infrecuencia de la patología a esta edad, su compromiso más severo y su difícil manejo.

CC - CASOS CLÍNICOS

CÓDIGO: 1590

EPIDERMOLISIS AMPOLLAR DISTRÓFICA ESTENOSIS ESOFÁGICA

Maximiliano Fernández Rivas; Cristina Soledad Lorenzo; María Florencia Recalde; Viviana Bernedo; Veronica Garrido; Paula Borobia; Juana Goitia; Teresita Gonzalez.

Hospital Sor María Ludovica - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: Casos Clínicos

Introducción Grupo de enfermedades hereditarias caracterizadas por fragilidad excesiva de la piel a las fuerzas de fricción con formación de ampollas, también denominada dermolítica porque el nivel de separación se produce por debajo de la lámina densa de la unión dermoepidérmica. La incidencia en la población mundial es del 6-8%. Objetivo: reporte de un caso clínico de patología poco frecuente. Materiales: presentación de caso clínico, y estudio endoscópico realizado (VEDA) Métodos resultados y conclusiones: Reporte de caso clínico de un niño de 10 años de edad con diagnóstico de epidermolisis ampollar distrófica, que consulta al servicio de gastroenterología y nutrición del HIAEP Sor María Ludovica por disfagia a sólidos, semisólidos y desnutrición crónica. Se realiza una seriada esofagogastroduodenal donde se diagnostica estenosis esofágica en tercio superior, posteriormente se programa la exploración vía endoscópica y tratamiento de dicha estenosis. Se realiza VEDA donde se observa lesiones ampollares y se procede a la dilatación con balón de la estenosis esofágica. El niño hasta el día de la fecha requirió dos dilataciones por la reaparición de la sintomatología. Se sigue en conjunto con los servicios de nutrición y dermatología evidenciándose una notable mejoría de su enfermedad de base a expensas de la recuperación nutricional. Observaciones: Se intentará mostrar el seguimiento y tratamiento paliativo de un paciente con una enfermedad poco frecuente.

CC - CASOS CLÍNICOS

CÓDIGO: 1589

HIPERTRANSAMINASEMIA COMO MANIFESTACION DE ENFERMEDAD METABOLICA

María Florencia Recalde; Cristina Lorenzo; Maximiliano Fernandez Rivas; Cristina Arregui; Andrea Besga; Teresita Gonzalez.

Hospital Sor María Ludovica - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: Casos Clínicos

Introducción: Las enfermedades metabólicas constituyen un grupo de patologías raras en notable expansión, de difícil diagnóstico y manejo. Están causados por mutaciones del ADN que generan proteínas anómalas, interfiriendo en los procesos de síntesis, catabolismo o transporte de aminoácidos, ácidos grasos, hidratos de carbono o en las reacciones de producción de energía. Son causa frecuente de mortalidad y morbilidad. Clínicamente pueden tener expresión en múltiples órganos y sistemas (hígado, miocardio, músculo esquelético, retina y sistema nervioso central), manifestándose las crisis metabólicas con hipoglucemia, aumento de carnitina, hipertransaminasemia e hiperamonemia, en algunos casos. **Objetivo:** Describir caso clínico de patología metabólica con hipertransaminasemia como presentación clínica inicial. **Caso clínico:** Paciente de 2 años y 10 meses que es derivado en el 2018 a nuestro servicio por presentar valores de transaminasas elevados. Como antecedentes, requirió internación a las 48 hs de vida en neonatología por hipoglucemia adjudicado a hipogalactia materna. En nuestro estudio inicial por hipertransaminasemia se descarta causa infecciosa, tóxica, autoinmune y se interconsulta a Servicio de Metabolopatías dado el aumento aislado de CPK concomitante al momento de la consulta. Dada normalización de valores de transaminasas y ausencia de hallazgos vinculables con enfermedades metabólicas, se da alta transitoria al paciente. Evolutivamente, en su ciudad de origen, el paciente requirió dos internaciones en terapia intensiva por hipoglucemias severas, ambas interpretadas secundarias a sepsis a S. Aureus y a diarrea aguda, episodios en los que no se evidencian reactantes de fase aguda elevados ni leucocitosis, pero sí enzimas hepáticas. En junio de 2019, el paciente requiere nueva internación en contexto de hipoglucemia, se realiza analítica sanguínea durante el episodio, realizando diagnóstico de trastorno de la beta oxidación de los ácidos grasos. Se resalta que el paciente presenta examen físico sin particularidades y neurodesarrollo acorde a su edad. **Comentario:** dos semanas posteriores al diagnóstico, su hermano de una semana de vida fallece a raíz de hipoglucemia severa. **Conclusión:** Los trastornos de la β -Oxidación de ácidos grasos son un grupo complejo de enfermedades en el que se incluyen en la actualidad más de 25 entidades diferentes. La incidencia probablemente está subestimada y su espectro clínico y pronóstico son muy variables. Debe ser sospechado ante crisis de hipoglucemia de origen desconocido, hepatopatía, síndrome Reye-like, miocardiopatía, y/o miopatía sin otras causas evidentes. Una dieta estricta con bajo contenido en ácidos grasos de cadena larga, es el tratamiento principal. Es esencial el diagnóstico oportuno ya que algunas manifestaciones graves de la enfermedad, como la miocardiopatía y la hepatopatía, son reversibles con esta terapia, y permite prevenir otras como la encefalopatía.

CC - CASOS CLÍNICOS

CÓDIGO: 1604

HEPATITIS AGUDA SEVERA ASOCIADA A INTOXICACIÓN CON TÉ VERDE EN UN NIÑO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

María Lorena Cavalieri; María Judith Mendoza Mantilla; María Soledad Arcucci; Daniel D Agostino.

Hospital Italiano de Buenos Aires - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: Casos Clínicos

INTRODUCCIÓN: El daño hepático por drogas, hierbas y sustancias es internacionalmente conocida con las siglas en inglés DILI (Drug Induced Liver Injury). El uso terapéutico de hierbas medicinales es muy frecuente, ya que son popularmente considerados seguros. Sin embargo existe evidencia de hepatotoxicidad pudiendo ocasionar 10 - 20 % de hepatitis aguda severa y trasplante hepático. El té verde (TV) deriva de hojas no fermentadas del árbol *Camellia sinensis*, que contiene la epigallocatequina gallate (EGCG). La dosis hepatotóxica estimada de EGCG en humanos es muy elevada, 10-32 tazas de TV aproximadamente, sugiriendo que la lesión podría ser idiosincrática, generando un patrón de necrosis hepatocelular. **OBJETIVO:** Presentación de un caso de hepatitis aguda severa asociada al consumo de té verde (TV) en un niño de 2 años de edad. **CASO CLÍNICO:** Varón de 29 meses, previamente sano, es derivado por hepatitis severa. Antecedentes personales: nacido de término, gemelar, a los 6 meses se diagnostica alergia a la proteína de la leche de

vaca, por lo cual realizó dieta de exclusión de lácteos hasta el año de vida. A partir de ese momento presentó aversión a la leche, siendo reemplazada por otras infusiones. Un mes previo a la consulta presentó otitis media aguda, exantema y diarrea por rotavirus, tratado con amoxicilina. Por fiebre persistente se realizó laboratorio evidenciando ALT 400 mg/dl con función hepática normal. Se encontraba en buen estado general, eutrófico, anictérico, hígado palpable a 2 cm de reborde costal, sin esplenomegalia, coluria ni acolia. Al interrogatorio surge que había consumido TV los últimos 5 meses, 2/ 3 tazas por día (1 saquito: 0.8 gr de TV, 36-47.7 gr acumulado). Se indicó suspenderlo. Se realizó laboratorio con proteinograma, dosaje de alfa 1 antitripsina normales, serologías virales y autoanticuerpos negativos. El Ecodoppler abdominal informó leve hepatomegalia y edema periportal. El paciente presentó valores máximos de AST 2500 y ALT1600 pero al 4° día posterior de la suspensión de TV disminuyeron significativamente, por lo cual no se realizó biopsia hepática. A los tres meses normalizó el hepatograma. **CONCLUSIÓN:** En este caso habiéndose descartado causas infecciosas, autoinmunes, metabólicas, otros hepatotóxicos y dada la rápida recuperación tras la suspensión del TV, el diagnóstico presuntivo final fue hepatitis aguda severa secundaria a consumo crónico por TV. **OBSERVACIÓN:** El uso de hierbas medicinales es cada vez más frecuente, basando, fundamentalmente, en el hecho de que los productos naturales o hierbas son siempre seguros. Al ser el primer caso documentado en Argentina, queremos alertar sobre esta intoxicación, y realizar acciones dirigidas a la prevención y control de su administración en niños y adolescentes

CC - CASOS CLÍNICOS

CÓDIGO: 1635

COLITIS EOSINOFILICA COMO MANIFESTACION DE SINDROME DE HIPER IGE

Carmen Otegui Banno; Teresita Gonzalez; Paula Borobia; Luciana Guzman; Lorena Mendendez; Carlos Muller; Fernanda Vargas; Diana Cabanillas; Lorena Regairaz; Florencia Recalde.

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA - BUENOS AIRES - ARGENTINA

Área Temática: Casos Clínicos

Introducción: Los trastornos eosinofílicos (TE) gastrointestinales son un grupo heterogéneo e infrecuente de desórdenes caracterizados por infiltrado eosinofílico en uno o mas segmentos del tracto gastrointestinal, en ausencia de otras causas de eosinofilia, consecuencia de una respuesta inmune tipo Th2, probablemente inducida por alérgenos alimentarios. Se define Colitis eosinofílica (CE) con 60 o más eosinófilos (Eo) por campo de gran aumento (CGA) en la biopsia más sintomática gastrointestinales. Puede encontrarse aislada o como parte del Síndrome de Hiper IgE (HIES), el cual es una Inmunodeficiencia primaria combinada, de baja prevalencia. La forma autosómica recesiva (AR) por déficit de proteína DOCK8 condiciona su déficit intracelular y señalización intracelular defectuosa en diversos tejidos: células hematopoyéticas, mononucleares, de riñón, pulmón, cerebro, etc. Se sospecha por parámetros clínicos y analíticos con confirmación por biología molecular (Tabla 1). El único tratamiento curativo es el trasplante de precursores hematopoyéticos. **Objetivo:** Describir clínica y endoscópicamente un caso clínico de CE y HIES AR. **Caso clínico:** Niño de 8 años que consulta por fiebre, diarrea, dolor abdominal cólico, intenso, de 2 días de evolución. Las deposiciones eran 2-4/día, diurnas, acuosas, sin sangre moco ni pus, sin limitación de la actividad física ni deshidratación. Presentó episodio similar meses antes, con deposiciones alternantes entre ellos. **Antecedentes personales:** destacan dermatitis atópica severa desde los 2 meses de vida, aftas orales recurrentes, crisis bronco obstructivas a repetición, crisis de ausencia. **Examen físico:** abdomen distendido, doloroso, sin reacción peritoneal. **Ecema** liquenificado generalizado, pruriginoso. **Estancamiento** pondo estatural desde los 6 años. **Exámenes complementarios:** destacan hemoglobina 10 g/dl, leucocitos 13500/mm3 (Eo 12%), plaquetas 374000/mm3, eritrosedimentación 39 mm/hora, proteínas totales 50 g/l, albúmina 25 g/l, IgG 1712 mg/dl, IgE 7180 mg/dl, IgA tTG, IgG DPG, p-ANCA, ASCA negativos, calprotectina fecal 400 ug/gr, coprocultivo, virológico y parasitológico negativos. Se descartan causas quirúrgicas de abdomen agudo. **Diagnóstico presuntivo:** enfermedad inflamatoria intestinal, TE. Se realizan Videoendoscopia digestiva alta y baja: macroscopía s/p. **Histopatología:** gastritis granulomatosa, CE. Se completan estudios: IgE específicas 6 alérgenos alimentarios clase 0. **Tratamiento:** dieta de exclusión de 6 alérgenos y Meprednisona. Buena respuesta cutánea y gastrointestinal. Los antecedentes, hallazgos clínicos y de laboratorio orientaron a un trastorno sistémico, por lo que se realiza evaluación por Inmunología, arribando al diagnóstico de HIES AR por deficiencia de proteína DOCK8. **Observaciones:** Excluidas las causas más frecuentes de diarrea crónica en pediatría, debe descartarse la CE. Es necesario valorar integralmente al paciente y sospechar su asociación con trastornos inmuno-alérgicos sistémico.

PEDIATRÍA - ÍNDICE POR AUTORES

Apellido y Nombres	Trabajos N°
ALACH JORGE EDUARDO	1664
ALLENDE MARIANA	1481
ARCUCCI MARÍA SOLEDAD	1604
ARENAS JUDITH	1533
ARREGUI CRISTINA	1589
BÁLSAMO LOZANO JOSÉ	1664
BERNEDO VIVIANA	1481; 1590; 1591
BESGA ANDREA	1589
BOLDRINI GUSTAVO	1551
BOROBIA PAULA	1481; 1528; 1590; 1591; 1635
BUSONI VERÓNICA	1553
CABANILLAS DIANA	1635
CALCAGNO RAMIRO	1533
CAVALIERI MARÍA LORENA	1604
CHIERICHETTI MARÍA	1490; 1562
COHEN SABBAN JUDITH	1551; 1553
CONTRERAS MARCELA	1664
CURVALE CECILIA	1338
D AGOSTINO DANIEL	1551; 1604
DARUICH MARÍA LAURA	1483
DE LA IGLESIA PAOLA	1479; 1551; 1553
DI MARÍA JULIO	1338
DI TOMMASO MARIANO	1664
DIEGO AGUSTÍN	1664
FANJUL REGUEIRA LEANDRO	1479
FERNÁNDEZ RIVAS MAXIMILIANO	1528; 1589; 1590; 1591
FURNES RAQUEL ANGÉLICA	1483
GARCÍA MERCADER MARÍA VICTORIA	1338
GARRIDO VERÓNICA	1590; 1591
GHIRALDO ANA LÍA	1533
GOITIA JUANA	1590
GONZÁLEZ TERESITA	1481; 1528; 1589; 1590; 1591; 1635
GONZÁLEZ LUCIO	1479
GUZMÁN LUCIANA	1481; 1635
HIDALGO MARÍA DEL PILAR	1490; 1562
JENSEN VIRGINIA	1533

Apellido y Nombres	Trabajos N°
KELLER MARÍA ELIANA	1490; 1562
KOGAN ANDRÉS	1490
LAQUIS MARIANA	1483
LAURINI ROCÍO	1664
LOBOS PABLO	1553
LORENZO CRISTINA SOLEDAD	1528; 1589; 1590; 1591
LUCERO GISELA	1533
LUNA TIRADO LUCÍA	1664
MAIDANA MARÍA ALEJANDRA	1483
MANTEROLA MANUELA	1338
MARCÓ DEL PONT MARÍA	1479
MARINI EDUARDO	1533
MATANÓ RAÚL	1338
MENDOZA MANTILLA MARÍA JUDITH	1553; 1604
MENÉNDEZ LORENA	1481; 1635
MICHELETTI MARÍA EUGENIA	1551
MIGUENS MAITE	1479
MULLER CARLOS	1635
NINOMIYA INÉS	1479
ORSI MARINA	1479; 1551; 1553;
OTEGUI BANNO CARMEN	1591; 1635
PARISI BEATRIZ	1533
PEREYRA CRISTELA	1664
PINZÓN DIANA	1551
PORTILLO LUCÍA	1533
RAMACCIOTTI GONZALO	1490
RECALDE MARÍA FLORENCIA	1589; 1590; 1591; 1635
REGAIRAZ LORENA	1635
RÍOS GRABRIELA	1591
SABÁS MARTÍN	1562
SÁNCHEZ MARÍA CAMILA	1551
SCARAFONI SANDRA ISABEL	1490; 1562
TAGLIAFERRO GUSTAVO	1551
URIARTE IGNACIO	1562
URSINO FLORENCIA	1553
VARGAS FERNANDA	1635
VERNEDO VIVIANA	1528
YAMAHACHI CLAUDIO	1490

ACTA
GASTROENTEROLÓGICA LATINOAMERICANA

Vol 49 Supl. N°1 año 2019