SUPL.1708 G STRO (5728) 9/20/09 05:57 PM Página 5

TO/O - 01

PROPUESTA DE GRADACION DE LOS ESPACIOS INTERCELULARES EN EL EPITELIO ESOFAGICO POR MICROSCOPIA OPTICA EN LA ENFERMEDAD POR REFLUJO NO EROSIVA

BAZ, RA(1); GRZINA, E(1); Revelli, H(1); Chiarello, E(1); Soifer, L(2); San Martino, J(1)
(1)Hospital "Dr. Diego E. Thompson" (2)Cemic. Argentina.

INTRODUCCION: Se presenta aquí una clasificación en cuatro grados de dilatación de los espacios intercelulares en pacientes con enfermedad por reflujo no erosiva que creemos resultará sencilla para aplicar en el estudio de esta enfermedad.MATERIAL Y METODO: Se incluyeron 22 pacientes de ambos sexos (17 mujeres y 4 varones) con reflujo gastroesofágico.Durante la realización de la endoscopia se tomaron dos biopsias en mucosa endoscópicamente sana, una a 2 cm por encima de la unión esófago-gástrica y otra en el cambio mucoso.Los observadores SM, J y Ch, E examinaron un total de 41 muestras de los 22 pacientes, en forma ciega.El grado de dilatación de los espacios intercelulares se graduó de forma semicuantitativa de 0 a 3, considerando:0: ausencia de espacios intercelulares apreciables.1: espacios intercelulares de hasta 2 micrómetros.2: espacios intercelulares de tamaño entre 2 y 4 micrómetros3: mayor de 4 micrómetros o imagen espongiforme.El grado asignado fue el mayor aunque el mismo fuese sólo focal. El método estadístico para medir la concordancia entre los dos observadores fue el índice de kappa y se utilizó la escala de Landis y Koch para valorar grado de acuerdo:< 0 sin acuerdo,de 0 a 20 insignificante,de 20 a 40 bajo,de 40 a 60 moderado,de 60 a 80 bueno,de 80 a 100 muy bueno. CONCLUSIONES:los resultados permiten establecer que el criterio de selección de los pacientes fue correcto. Las conclusiones estadísticas tienen validez sólo para este grupo de patólogos.Hubo concordancia absoluta entre los observadores para definir cuándo hay espacios intercelulares visibles y cuando no (kappa=1).Por este motivo, se aplicó el análisis estadístico de concordancia sólo cuando los espacios intercelulares eran visibles.El índice kappa mostró mayor concordancia en el cardias (buena) que en las muestras tomadas a 2 cm (baja) y resultó moderada cuando se consideró la totalidad de las biopsias.Las mismas variaciones se apreciaron al ponderar las proporciones de concordancia. Creemos que el sistema de gradación propuesto para los espacios intercelulares en reflujo esofágico no erosivo es de fácil aplicación en remplazo de la ultraestructura y de otras mediciones en microscopía óptica que plantean dificultades técnicas.

RESULTADOS:

PACIENTE	MEDICO A	MEDICO B	DIS
1	I	I	2 cm
	I	I	Cardias
2	III	I	2 cm
	III	III	Cardias
3	I	II	2 cm
	III	II	Cardias
4	I	III	2 cm
	III	III	Cardias
5	I	II	2 cm
	III	III	Cardias
6	II	II	2 cm
	III	II	Cardias
7	III	II	2 cm
	I	I	Cardias
8	I	I	2 cm
	III	II	Cardias
9	III	III	2 cm
	--	--	Cardias
10	III	I	2 cm
	I	I	Cardias
11	I	I	2 cm
	0	0	Cardias
12	I	I	2 cm
	I	I	Cardias
13	II	II	2 cm
	III	III	Cardias
14	I	I	2 cm
	I	II	Cardias
15	I	I	2 cm
	II	II	Cardias
16	III	I	2 cm
	--	--	Cardias
17	I	II	2 cm
	II	II	Cardias
18	I	II	2 cm
	III	II	Cardias
19	III	III	2 cm
	--	--	Cardias
20	I	I	2 cm
	I	II	Cardias
21	I	I	2 cm
	I	I	Cardias
22	III	III	2 cm
	III	III	Cardias
	41 mediciones	41 mediciones	

TO/O - 02

LA SEROLOGÍA ESPECÍFICA PUEDE PREDECIR EL CUMPLIMIENTO DE LA DIETA LIBRE DE GLUTEN EN PACIENTES CELÍACOS. ESTUDIO PROSPECTIVO A LARGO PLAZO

Sugai, E(1); Nachman, F(1); Vazquez, H(1); Gonzalez, A(1); Andrenacci, P(1); Niveloni, S(1); Mazure, R(1); Smecuol, E(1); Hwang, HJ(1); Pinto, I(1); Mauriño, E(1); Bai, J(1)
(1)de Gastroenterología Dr. Bonorino Udaondo. Argentina.

Introducción: La utilidad de los anticuerpos para el seguimiento de los pacientes con enfermedad celíaca (EC) luego del diagnóstico e iniciada la DLG no ha sido aún dilucidada.
Objetivos: Analizar los cambios serológicos producidos después del diagnóstico de EC y determinar si los mismos pueden ser predictores del cumplimiento de DLG en el largo plazo.
Métodos: Se obtuvieron muestras serológicas basales, al año y a los 4 años de iniciada la DLG de 53 pacientes EC adultos. Se analizaron los siguientes anticuerpos: (1) antigliadina IgA (AGA), (2) anti-transglutaminasa tisular IgA (a-tTG), (3) y (4) anticuerpos antipéptidos deamidados de gliadina tipos IgA e IgG (a-DGP), (5) detección conjunta de ambos isotipos de a-DGP en un solo ensayo (a-DGP Dual), (6) detección conjunta de ambos isotipos de a-DGP y a-tTG en un solo ensayo (a-DGP + a-tTG Screen), (7) antiactina tipo IgA (AAA) y (8) antiendomisio IgA (EmA). El cumplimiento de la DLG fue evaluado por un equipo de nutricionistas expertos al año y a los cuatro años del diagnóstico. Los pacientes fueron categorizados de acuerdo con el cumplimiento de la DLG: cumplimiento parcial y estricto.
Resultados: Las pruebas serológicas tuvieron alta sensibilidad al diagnóstico (> 92%) con la única excepción de AAA (70%). Evaluando a la población global al año del diagnóstico, todos los anticuerpos presentaron una significativa disminución en las concentraciones y en las proporciones de pruebas positivas ($p<0.0001$). Comparado con la evaluación al año de seguimiento, el análisis a los 4 años demostró una reducción adicional de la proporción de resultados positivos y concentración de anticuerpos ($p<0.05$ a $p<0.002$). No hubo cambios significativos para a-DGP IgA, DGP Dual y AAA.
De acuerdo al grado de cumplimiento con la DLG, los pacientes que al año de seguimiento cumplieron estrictamente presentaron una disminución significativa de la proporción de anticuerpos positivos ($p<0.01$) y de la concentración de los mismos ($p<0.0001$) (excepto para a-DGP tipo IgG, DGP Dual y DGP/tTG Screen) comparado con los pacientes de cumplimiento parcial. A los 4 años de seguimiento, los pacientes con estricta adherencia a la DLG tuvieron una reducción adicional en las concentraciones y en la proporción de anticuerpos positivos ($p<0.02$ a $p<0.001$). El anticuerpo EmA IgA fue negativo en todos los pacientes con cumplimiento estricto.
Conclusiones: El tratamiento con DLG produce una rápida y significativa disminución cuali y cuantitativa de los anticuerpos específicos. En el seguimiento a largo plazo, la mayoría de las determinaciones resultaron ser útiles predictores del grado de adherencia a la DLG. En este punto, los anticuerpos EmA y a-tTG IgA fueron los más confiables.

TO/O - 03

COLITIS ULCEROSA (CU) CORTICOIDEODEPENDIENTE - EVALUACIÓN DEL RIESGO DE COLECTOMIA A LARGO PLAZO EN PACIENTES TRATADOS CON MERCAPTOPURINA (6-MP)

Sambuelli, A(1); Gil, A(2); Negreira, S(2); Huernos, S(2); Goncalves, S(2); Bellicoso, M(2); Tirado, P(2)
(1)Hospital Bonorino Udaondo - Enfermedades Inflamatorias Intestinales (2)Hospital Bonorino Udaondo. Argentina.

INTRODUCCION: La 6-MP y su droga precursora azatioprina son análogos de las purinas ampliamente validados en la enf. de Crohn complicada, corticoideodependiente y refractaria. En la CU. la posibilidad de colectomía con pouch-ileal ha limitado su indicación, pero sus complicaciones a largo término, con escasos factores predictivos validan la investigación. Los reportes bibliográficos incluyen muestras pequeñas mas allá de los 2 años, siendo controvertido si la 6-MP realmente puede modificar el requerimiento quirúrgico a largo plazo. OBJETIVOS: estudiar la proporción de pacientes tratados con 6-MP por CU corticoideo-dependiente que permanecen libres de colectomía a largo plazo. MATERIAL Y MÉTODOS: Entre mayo y junio de 2009 se investigó la evolución a largo plazo de pac. con CU de un solo centro en los que previamente a dic. de 2006, se indicço 6-MP como alternativa a una colectomía por CU corticoideodependiente, definida como dificultad para retirar los esteroides durante los previos 6 m con dos tentativas de discontinuación. Incluimos a 80 pac (40 H), edad media 31 años (rango 13-68), CU extensa:39 pac., izquierda:36, distal:5, tiempo de evolución desde el inicio de la CU hasta el tratamiento con 6-mp 6.8 (6mo-28a) años. La dosis tentativa de 6-MP fue 1 mg/kg. Se utilizó el criterio intention to treat. La reinstauración de la corticoideodependencia fue indicación quirúrgica. Se excluyeron las CU no respondedores a corticoides que requirieron infliximab (> post-2006). RESULTADOS: Pacientes libres de colectomía: a 6 meses: 96% (n=73), al año: 92% (n=69), a 2 años: 87% (n=61), a 3 años: 83% (n=56), a 4 años: 72% (n=45), a 5 años: 70% (n=37) (tabla de Kaplan Meier). Se observaron efectos adversos en el 38,7% de los casos, 15 (18,8%) discontinuaron definitivamente por efectos adversos (hematológicos, toxicidad hepática, pancreatitis, infecciones (reversibles), cáncer de ovario (n1) y 14 (17,5%) discontinuaron transitoriamente por cuadros que permitieron retomar el tratamiento (leucopenia o elevación de enzimas hepáticas normalizadas al cambiar la dosis, o infección intercurrente). Se operaron 2 pac, respondedores por: displasia en un adenoma (n1), hallazgo de grandes formaciones polipoides que dificultaban una adecuada vigilancia (n1). En los respondedores se observó un aumento significativo del volumen corpuscular medio comparado con los no respondedores ($p<0.00001$, test de Wilcoxon). El monitoreo del recuento de leucocitos ayudó a seleccionar pacientes no respondedores para ser tratados con una dosis más alta (> 1mg/kg) y mejorar la eficacia. CONCLUSION: Observamos un riesgo de cirugía a 5 años de solo el 30% en pacientes tratados con 6-MP por CU corticoideodependiente, que resulta de interés comparado con las otras alternativas. El perfil de eventos adversos de la 6-MP también es aceptable cuando se realiza un adecuado monitoreo. Sin embargo, una casuística mas numerosa, a mas largo plazo, está siendo seguida en nuestros Centro.

TO/O - 04

RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD DE P-GLICOPROTEÍNA (P-GP) EN LINFOCITOS DE SANGRE PERIFÉRICA Y LA RESPUESTA TERAPÉUTICA EN LA COLITIS ULCEROSA (CU)

Sambuelli, A(1); Cortada, C(2); Bellicoso, M(1); Negreira, S(1); Gil, A(1); Goncalves, S(1); Huernos, S(1); Tirado, P(1); Carballo, M(2)
(1)Hospital Bonorino Udaondo (2)CIGETOX (Citogenética Humana y Genética Toxicológica), Dto de Bioquímica Clínica - Cátedra de Farmacologia, Fac. de Farmacia y Bioquímica, UBA. Argentina.

INTRODUCCION: La P-gp, codificada por el gen de multirresistencia a drogas (MDR1) es una bomba de eflujo transmembrana, descripta sobrexpresada en cánceres resistentes al tratamiento, mediante un mecanismo de bombeo de las drogas desde adentro hacia afuera de las células, disminuyendo asi su concentración intracelular y eficacia. Se expresa en linfocitos de sangre perferica (LSP), otras células hematopoyéticas, epitelio superficial apical del colon, ileon y otros tejidos con función de barrera. Es un candidato interesante y controvertido para ser investigado en relación a la respuesta terapéutica y la patogenia de la CU. La hiperexpresión fue reportada asociada a CU esteroide-dependiente. Inversamente, una función deficiente de la P-gp se ha postulado como factor de susceptibilidad/severidad. OBJETIVO: Investigar el papel del MDR1 en la respuesta terapéutica de la CU, estudiando la funcionalidad de P-gp en LSP. MÉTODOS: La funcionalidad de la P-gp fue evaluada en LSP de 27 pacientes (15 H-12M) edad mediana 30 (16-71) años, con CU activa (Indice de Mayo - DAI: Severa n 9, Moderada n 9, Leve n 9) categorizados en: E-Refr (esteroide-refractarios, n 16) y E-Resp (esteroide-respondedores, n 11); controles sanos (CS: n 68) de similar edad/sexo. Se utilizó el método de eflujo de Rodamina123 (substrato fluorescente de la P-gp) mediante citometría de Flujo (FACS Calibur, Becton-Dickinson) en ausencia y presencia de moduladores de la P-gp (Verapamil 100µM y Valspodar 1_M). Los datos fueron expresados mediante el comportamiento de dos marcadores (M1, M2), definidos en base al % de células con diversos niveles de fluorescencia: M1 (alta fluorescencia, baja actividad de la bomba del P-gp) y M2 (baja fluorescencia, alta actividad) comparados en los tres grupos. Después de la inhibición, debe esperarse que la Rodamina123 permanezca en el intracelular conduciendo a un aumento de % de células en M1 versus M2. RESULTADOS (X±SD) Se observaron diferencias significativas en ausencia y presencia de inhibición con Verapamil y Valspodar, demostrando hiperactividad funcional de P-gp en E-Refr versus E-Resp (p<0.01) y CS (p<0.001), pero no entre E-Resp y CS (post-test de ANOVA y Student-Newman-Keuls) (Tabla). No hubo relación con la dosis acumulada de esteroides. Tres de 4 pacientes severos que demostraban M2>M1 en el ensayo con Verapamil requirieron cirugía. La actividad clínica de la enfermedad correlacionó con M2 bajo efecto del inhibidor = r:0.57, p<0.0001, spearman). Interesantemente, en los E-Refr, con la administración de una nueva droga que resultaba eficaz (6-mp n:4, infliximab n:1) se observaron cambios precozmente (de M2 hacia M1) al realizar un nuevo ensayo. CONCLUSIONES: nuestros resultados sugieren: 1) unpapel relevante de la P-gp en la respuesta terapéutica b) una posible utilidad del análisis funcional de la P.gp en LSP la detección temprana de la respuesta terapéutica individual.

Actividad de P-gp en LSP - % de cél. con alta (M1) y baja (M2) fluorescencia.

	SIN	INHIBIDOR	CON	INHIBIDOR
	M1	M2	M1	M2
CONTROLES	47±12	50±12	82±8	14±9
E-Resp	48±10	49±10	88±6	10±5
E-Refr	34±13	63±14	62±22	35±22

TO/O - 05

DETERMINACION PROSPECTIVA DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CELÍACOS. EL DETERIORO A CUATRO AÑOS ESTA ASOCIADO CON EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA DIETA LIBRE DE GLUTEN

Nachman, F(1); Sugai, E(1); Vazquez, H(1); Gonzalez, A(1); Andrenacci, P(1); Niveloni, S(1); Mazure, R(1); Smecuol, E(1); Hwang, HJ(1); Pinto Sanchez, I(1); Mauriño, E(1); Bai, J(1)
(1) de Gastroenterología Dr. Bonorino Udaondo. Argentina.

Introducción: La dieta libre de gluten (DLG) produce un impacto sobre la calidad de vida (QoL) de pacientes con enfermedad celíaca (EC). Sin embargo, los resultados son producto de estudios transversales. Objetivos: Nuestro objetivo fue establecer la QoL de pacientes con EC a largo plazo luego de iniciada la DLG. Material/métodos: Evaluamos 53 EC adultos (edad media: 39 años; 32 mujeres) y 70 controles apareados por sexo y edad utilizando cuestionarios auto-administrados: el SF-36, GSRS y el inventario de depresión de Beck (IDB) al diagnóstico, al año y a los 4 años (mediana: 53 meses) después de iniciar el tratamiento. Resultados: Al diagnóstico, los pacientes exhibieron una significativa alteración de todos los parámetros en los tres cuestionarios comparados con controles (p<0.01 a p<0.0001). Un año de tratamiento produce una sustancial mejoría de la mayoría de los resultados analizados (p<0.04 a p<0.0001), comparados con los controles sanos (p=NS). Comparado con los resultados obtenidos a un año en la población general, el SF-36 a los 4 años demostró un deterioro de los siguientes ítems: función social (p<0.0002), role emocional (p<0.005), role física (p<0.002), vitalidad (p<0.0003), salud mental (p<0.002) y percepción de la salud en general (p<0.002). Así mismo, la mayoría de estos items son significamente mayores que al diagnóstico (p<0.03 a p<0.0005). Mientras que el IDB a los cuatro años sufre una caída significativa comparada con el año (p<0.002), no se detectaron cambios en los síntomas del GSRS (p=NS). A pesar que IDB disminuyó sus valores en el largo plazo, el resultado final fue significativamente mejor que al diagnóstico (p<0.0006). El compromiso a largo plazo de la percepción de la QoL fue principalmente relacionada al deterioro de algunos parámetros en pacientes con adherencia parcial. En este contexto, la función social (p<0.02), rol físico (p<0.04), rol emocional (p<0.04), la percepción de la salud en general (p<0.002), percepción de diarrea (p<0.02) e indigestión (p<0.01) y la IDB (p<0.002) fueron significativamente deteriorado en pacientes no cumplidores. Conclusiones: Nuestra evaluación prospectiva de la QoL a los 4 años demostró un deterioro de algunas de las mediciones luego de la normalización inicial al año. Este estudio sugiere que el deterioro parece estar primariamente asociado a los efectos del grado de adherencia a la DLG.

TO/O - 06

EVALUACION PROSPECTIVA DE LA PRESENCIA DE REFLUJO GASTROESOFAGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELIACA

Nachman, F(1); Vázquez, H(1); González, A(1); Andrenacci, P(1); Niveloni, S(1); Mazure, R(1); Smecuol, E(1); Hwang, HJ(1); Pinto Sánchez, I(1); Mauriño, E(1); Bai, JC(1)
(1)de Gastroenterología Dr. C. Bonorino Udaondo. Argentina.

Introducción: Escaso número de estudios han demostrado que los pacientes con enfermedad celíaca (EC) sufren a menudo síntomas de reflujo gastroesofógico (RGE). El mecanismo subyacente de esta asociación, así como el rol del consumo de gluten en su patogénesis y la presencia de síntomas no ha sido aclarado hasta el momento. Objetivos: Analizar la prevalencia de RGE al diagnóstico de EC y determinar el impacto a largo plazo de la dieta libre de gluten (DLG) sobre la percepción y severidad de los síntomas. Material: Ingresaron al estudio 130 pacientes adultos con EC al diagnóstico (biopsia y serología concordante) (edad media: 39 años, 32 mujeres) y 70 controles sanos comparables en sexo y edad. Por su forma de presentación, los pacientes celíacos fueron categorizados en clásicos (n=95) y atípicos o silentes (n=35); 53/130 pacientes completaron los cuestionarios en diferentes momentos. Métodos: En el presente estudio prospectivo se utilizaron los cuestionarios auto-administrados validados del GSRS para evaluar los síntomas de RGE, ,en condiciones basales y post–tratamiento. El síndrome de reflujo fue evaluado con dos preguntas ardor epigástrico y pirosis, con la escala de Likert de 7 grados. Los pacientes fueron analizados al diagnóstico, a los 3 meses, al año y a los 4 años (mediana: 53 meses) después del tratamiento. Resultados: El análisis al diagnóstico demostró que los pacientes con EC tuvieron un promedio significativamente mayor de síndrome de reflujo que los controles (p<0.001). El 19.2% de los pacientes tenían ≥ 3 puntos comparado con 4.7% de los controles (p<0.01). Los síntomas de RGE estuvieron significativamente más asociados con la presentación clásica respecto a la atípica/silente (24.2% vs. 5.7%; p<0.01). Solo el 3.8% de los pacientes tenían evidencias de erosiones por RGE.
El análisis longitudinal demostró una rápida mejoría a los 3 meses después del diagnóstico (p<0.0001), con resultados comparables a la población control, tanto en este corte transversal como en los análisis posteriores. El análisis del cumplimiento de la DLG, se realizó al año y a los 4 años no demostrando diferencias significativas en aquellos pacientes que tenían adherencia parcial o estricta. Conclusiones: Mientras que los síntomas de RGE son frecuentes en EC no tratados, solamente una minoría de los casos tiene erosiones esofágicas relacionadas con RGE. La DLG está asociada con una rápida y prolongada mejoría, con resultados similares a la población control, sin embargo, no estuvo asociada con el cumplimiento estricto de la misma.

TO/O - 07

ESOFAGITIS EROSIVA Y DIABETES MELLITUS; UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Chaves, E(1); Romo, R(1); Rainero, G(1); Fernandez, R(1); De Mingo, L(1); Barbero, A(1); Bauer, I(1); Battaglia, M; Copello, E(1); Chaves, MS
(1)Hospital Churruca. Argentina.

OBJETIVO: La esofagitis erosiva (EE) es una de las complicaciones mayores de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y se ha reportado con mayor frecuencia en presencia de hernia hiatal, sexo masculino, sobrepeso, tabaquismo y consumo de alcohol aumentado. La diabetes mellitus (DM) produce alteraciones en la motilidad esofágo-gástrica y se ha publicado su asociación con relujo gastroesofagico aumentado. El objetivo del presente estudio es evaluar a la DM como factor de riesgo (FR) para EE.
METODOS: Del total de pacientes que fueron sometidos a endoscopia digestiva alta durante el año 2007 en el Hospital Churruca (n=1442), se seleccionó a la totalidad de los pacientes con diagnostico de EE, con quienes se constituyó el grupo de casos (GCA; n=165) y se los comparó con un grupo control (GCO; n=167) obtenido en forma aleatoria de la misma población de referencia. Se midió la frecuencia de DM (y de los otros FR potenciales para EE) en ambos grupos y los resultados se evaluaron por análisis univariado y multivariado. Además, se realizo un análisis de subgrupo en pacientes sin hernia hiatal.
RESULTADOS: La frecuencia de DM en los pacientes del GCA vs los del GCO fue de 15.15% y 11.38% respectivamente, OR de 1.39 (IC 95% 0.7-2.79) p=0.31. Entre el resto de las variables analizadas, la hernia hiatal aparece como el único factor de riesgo estadísticamente significativo para EE con un OR de 2.32 (IC 95% 1.37-3.94) p=0.008. No se hallaron diferencias significativas para DM en el análisis de subgrupo.
CONCLUSIONES: En la población de referencia estudiada en el presente estudio de casos y controles, se observó en el GCA una mayor frecuencia de DM comparada con el GCO, pero esta diferencia no es estadísticamente significativa. Solo la presencia de hernia hiatal constituyó un factor de riesgo independiente para EE, aunque el sexo masculino en el análisis multivariado, agrega riesgo de padecer esofagitis erosiva en presencia de hernia hiatal, estando muy cerca de alcanzar la significancia estadística.

Tabla con analisis univariado

	GCA (%)	GCO (%)	p
N	165	167	
Edad	58.8(± 16.9)	58.4(± 16.9)	0.83
sexo (v)	89 (54)	77 (46)	0.15
diabetes	25 (15.15)	19 (11.36)	0.31
hernia hiatal	60 (36.36)	33 (19.76)	0.008

TO/O - 08

FACTORES DE RIESGO EN CÁNCER ESOFÁGICO ESPINOCELULAR ESTUDIO ZONAL EN TRASLASIERRA – CORDOBA/SAN LUIS (1992 – 2007)

SANTA ANA, MA(1)
(1)Hospital Regional de Villa Dolores, Depto. San Javier, Córdoba. Argentina.

Introducción
La observación de la alta tasa de ocurrencia del cáncer de esófago en el área rural del oeste de la provincia de Córdoba y norte de la provincia de San Luis nos llevó a realizar una investigación epidemiológica.

Se analizaron 325 casos (143 hombres y 182 mujeres) de cáncer de esófago espinocelular en un período de 14 años.. Observamos que la zona estudiada ocupa el cuarto lugar en la tasa de incidencia de más de 52 países claramente disímiles.

Objetivo
Determinar la incidencia de factores de riesgo prioritarios que inducirán a la formación de cáncer de esófago espino-celular.

Material y Métodos
Se estudiaron:

- Poblaciones rurales.
- 325 casos de cáncer de esófago diagnosticados entre 1992 y 2007.
- Hombres: 143. Mujeres: 182
- Edad promedio: 69,22 años.

Se realizaron estudios radiológicos y confirmación endoscópica con anatomía patológica, analizándose factores de riesgo: edad, sexo, ingesta de mate caliente, yerbas aromáticas en el mate, mal de Chagas, tabaquismo, factores sociales. Se verificó la temperatura del agua en recipiente (pava) y mate, el tiempo en que se consumía y variaciones de temperatura. Se utilizó el método estadístico descriptivo con inclusión de variables de riesgo.

Resultados
De acuerdo a los datos recabados, los 325 casos se tabularon según densidad poblacional y factores de riesgo.

La distribución por sexo de la incidencia de CA esofágico, 143 hombres y 182 mujeres, arroja: Mujeres: 56 %, Hombres: 44%.

La ubicación anatómica de la patología se registró proporcionalmente: Tercio Inferior: 20%, Tercio Medio: 25%, Tercio Superior: 55%. En otras regiones, hay mayor incidencia en Tercio Medio e Inferior.

Conclusiones
Existe una sumatoria de factores de riesgo en la incidencia del cáncer de esófago que, por medios químicos (conservación de alimentos, yerbas medicinales y/o aromáticas) o físicos (temperatura de ingestión, mala maceración del bolo alimenticio), favorecen una agresión al epitelio esofágico.

A nivel mundial se ha relacionado la patología cáncer de esófago con alcoholismo, tabaquismo y uso de sustancias opiáceas. No obstante, nuestro estudio ofrece resultados distintos para la zona estudiada: la ingesta de mate caliente - más de 70º C - aparece como el primer factor de riesgo. Se explicaría la mayor ocurrencia de casos femeninos ya que las mujeres permanecen en la casa y toman más mate que los hombres. Esto mismo explicaría la mayor incidencia en el Tercio Superior.

A nivel mundial, en Gombad Norte, Irán, se produce el mismo fenómeno de mayor ocurrencia entre el sexo femenino (54% de los casos), debido a ingesta de té caliente a más de 60º.

FACTORES DE RIESGO DETECTADOS

FACTOR	Nº DE CASOS	% DE CASOS	% EN RIESGO
Mate caliente (agua en ebullición)	301	92,62	11,38
Conservación de carnes p/medios químicos	299	92,00	11,31
Dentadura en mal estado	290	89,23	10,97
Consumo de yerbas aromáticas	286	88,00	10,82
Tabaquismo	286	88,00	10,82
Mal de Machado-Guerreiro positivo	284	87,38	10,74
Ingesta de alcohol	260	80,00	9,83
Antecedentes familiares de cáncer	202	62,15	7,64
NBI insatisfechas	286	88,00	10,82
Escasas normas de higiene	150	46,15	5,67

TO/O - 09

MEJORA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA A TRAVÉS DE UN GRUPO INTERDISCIPLINARIO. ROL DEL GASTROENTERÓLOGO

Barcia, T(1); Pignataro, SB(1); Martinez Bottani, MC(1); Argento, R(2); Cattenazzi, L(3); Vico, C(4)
(1)Hospital General de Agudos "José M. Penna" Servicio Gastroenterología (2)Hospital General de Agudos "José M. Penna" Jefa Unidad Consultorios Externos (3)Hospital General de Agudos "José M. Penna" Servicio Salud Mental (4)Hospital General de Agudos "José M. Penna" Servicio Oncología. Argentina.

Introducción: La oncología clínica es una especialidad interdisciplinaria. Los tratamientos oncológicos actuales requieren del trabajo de un equipo interdisciplinario de salud: médico oncólogo, mastólogo, asistente social, psicólogo, kinesiólogo, toco ginecólogo, odontólogo, nutricionista, gastroenterólogo, psiquiatra, médico especialista en cirugía reparadora, entre otros,generando así nuevas respuestas a las necesidades de las pacientes, sus familias y el equipo de salud.
Objetivos:Mostrar el diseño del Grupo Oncológico Interdisciplinario (GOI) organizado en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires para asistir pacientes afectadas por cáncer de mama con el fin de mejorar su calidad de vida .
Mostrar el rol del Gastroenterólogo: Medidas de prevención primaria y secundaria.
Minimizar los efectos adversos emergentes del tratamiento del cáncer de mama (quimioterapia) y las complicaciones digestivas que surgieran en el curso de la misma.
Material y Métodos: Desde Enero de 2002 a Septiembre de 2008 se realizó un estudio prospectivo en el Hospital, para evaluar la eficacia de una nueva modalidad de atención a pacientes mujeres con cáncer de mama a través del abordaje interdisciplinario. Para formular esta propuesta se creó un equipo interdisciplinario de alto desempeño compuesto por: Oncología, Patología Mamaria, Salud Mental, Kinesiología, Odontología, Gastroenterología, Cirugía Reparadora. Se diseñaron normas de procedimientos en cada una de las áreas para la atención y seguimiento de los pacientes. Como indicadores de la especialidad se utilizaron la cantidad de pacientes atendidas en el Servicio y la indicación apropiada para estudios endoscópicos digestivos según guías de la Asociación Americana de Endoscopía Digestiva (ASGE).
Resultados:
Ingresaron en el estudio 482 mujeres con cáncer de mama con una edad promedio de 54 años (rango 21-87). El 50% provenía del conurbano bonaerense;28 pacientes (5,8%) fueron derivadas a Gastroenterología. Sólo 2 pacientes (7,14%)) requirieron estudios endoscópicos. Partiendo de ésta propuesta de mejora en la calidad de atención médica se evidenció una derivación directa desde Oncología General a Gastroenterología con mejora en la accesibilidad a la consulta, sin tiempo de espera y mayor oportunidad diagnóstica. Ello se tradujo en un menor número de complicaciones gastrointestinales con disminución en la prescripción de estudios invasivos.
Conclusiones: Los cambios propuestos en ésta nueva modalidad de atención son viables sólo si se articulan sobre una estructura organizativa eficiente, tomando como eje central al paciente. El gastroenterólogo participa activamente a través de tratamientos no invasivos e invasivos. Una indicación diagnóstica apropiada evitará la realización de procedimientos innecesarios en pacientes con alteración de su sistema inmune. El Grupo Oncológico Interdisciplinario intenta con ésta propuesta mejorar la calidad de atención médica.

TO/O - 10

VALOR DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN LA EVALUACIÓN DEL COMPROMISO DEL MARGEN DE RESECCIÓN CIRCUNFERENCIAL EN PACIENTES CON CÁNCER RECTAL

Seehaus, AC(1); Fattal Jaef, V(1); Pietrani, M(1); Ocantos, J(1)
(1)Hospital Italiano de Bs As. Argentina.

RESUMEN
Propósito: Determinar si la RM puede predecir el compromiso tumoral del margen de resección circunferencial (MRC) en pacientes con cáncer de recto.
Material y Métodos: Entre abril del 2005 y marzo del 2008, se evaluaron por RM en forma consecutiva 70 pacientes (40 M y 30 H, edad promedio de 64 años, rango de 34-78 años), con diagnóstico endoscópico y por biopsia de cáncer rectal inferior o medio. Se realizó una RM sin contraste E.V., en un equipo Siemens Avanto 1.5T, con bobina phase array de superficie. Se realizaron secuencias con cortes finos ponderadas en T2 (TR-|TE 4200|88, espesor de 3mm, gap 0, matriz de 256x256, FOV de 150x150 mm) en los planos axial, sagital y coronal.
Los pacientes recibieron un enema rectal de 150 ml de glicerina previo al examen. No se realizó insuflación colónica ni administración de antiespasmódicos.
Se midió la distancia más corta desde el borde del tumor hasta el MRC. Una distancia igual o menor a 2 mm en el plano axial se consideró como compromiso del MRC.
Resultados: El MRC fue menor o igual a 2 mm tanto por RM como por anatomía patológica en 26 pacientes. En 8 casos el MRC fue menor por RM que por anatomía patológica. En 32 pacientes el MRC estaba respetado por ambas metodologías diagnósticas y 4 pacientes fueron considerados positivos para compromiso del MRC en histología pero negativos por RM.
La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de la RM para el compromiso tumoral del MRC fue de 86%,80%,76% y 88% respectivamente.
Conclusión: La RM brinda información confiable del compromiso tumoral del MRC en pacientes con cáncer rectal, aportando una ayuda en la evaluación de este factor pronóstico de riesgo en pacientes previo al tratamiento quirúrgico.

TO/O - 11

REGISTRO DE MODALIDADES TERAPÉUTICAS CON INTENCIÓN CURATIVA EN CÁNCER DE RECTO (REMAR) EN 18 INSTITUCIONES DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (C.A.B.A.)

Grupo Cooperativo REMAR, R(1)
(1)Hospital (H) Italiano, H. de Clínicas J. de San Martín, H. Penna, Instituto (I) A.Fleming, H. Militar Central, H. Alemán, I. Ángel H. Roffo, H. Pirovano, H. de Gastroenterología B. Udaondo, Policlínico del Docente (Osplad), H. Fernández, H. Durand, H. Bri. Argentina.

INTRODUCCIÓN: Las conductas en pacientes (pac) con adenocarcinoma de recto (CR) en Argentina parecerían heterogéneas, con escaso respeto por los estándares internacionales y poco abordaje interdisciplinario.
OBJETIVOS: Registrar demografía y modalidades de diagnóstico, estadificación y tratamiento del CR en 18 instituciones públicas y privadas de la C.A.B.A.
MATERIAL Y MÉTODOS: Registro de datos, descriptivo y retrospectivo, de pac con CR estadios I-III, hasta 12cm del margen anal (MA), operados entre junio de 2004 y junio de 2007. Se hicieron: 27 preguntas de diagnóstico, 42 de cirugía, 27 de anatomía patológica, 14 de radioterapia, y 9 de quimioterapia.
RESULTADOS: Registramos 397 pac (58% hombres), edad mediana 63,5 años; distancia mediana al MA: 7cm; interrogatorio sobre antecedentes familiares: 44%; estadificación por TC: 64%, por RMN: 11,1% (margen circunferencial descripto 14 pacientes).
-Registro de Cirugía (397 pac): procedimiento: resección anterior: 66,7% , amputación abdómino-perineal (AAP): 19,1%, Hartmann: 4%, resección local: 4%; escisión total del mesorrecto: 54,2%; morbilidad: 34,5% y mortalidad: 2,3%; neoadyuvancia: 29%; discusión interdisciplinaria: 24,6% de casos.
-Registro de Patología (337 pac): estadificación por TNM 75.4%, descripción del número de ganglios estudiados 85% (mediana 13), ganglios positivos 35% (,,,mediana: 3), integridad del meso descripta 21%, medición del margen circunferencial de resección (MRC) 27%.
-Registro de Radioterapia (92 pac): 62% pre-operatoria (100% ciclo largo), 31,5% post-operatoria; 62% acelerador lineal, dosis mediana: 5040cGy, 74% con quimioterapia concurrente.
-Registro de Quimioterapia (123 pac): 5-FU (bolo) 82,1%, oxaliplatino 2,4%.
CONCLUSIONES: Hubo considerable colaboración para esta primera experiencia de registro multidisciplinario/multi-institucional, sin embargo la integración de los datos de un mismo paciente a través de las distintas especialidades fue dificultosa. Fueron escasas: la discusión interdisciplinaria, la anamnesis familiar, la estadificación por RNM, la utilización de neoadyuvancia, las descripciones de ETM, de la integridad del meso y de la medida del MRC. Hubo una relativamente alta tasa de AAP. Esperamos que REMAR ayude a analizar/revertir la fragmentación del cuidado.

TO/O - 12

GASTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN TUMORES GÁSTRICOS

Cuenca Abente, F(1); Antelo, M; Filippa, L; Fernandez Marty, P
(1)Hospital de Gastroenterologia "Dr. Carlos Bonorino Udaondo". Argentina.

Antecedentes: El tratamiento de los tumores gástricos por vía laparoscópica fue un tema controvertido durante mucho tiempo. Recientes trabajos avalan la aplicacion de la laparoscopia en distintos tipos de tumores.
Objetivo: Analizar los resultados obtenidos en resección laparoscópica de tumores gástricos.
Lugar: Hospital de Gastroenterología.
Diseño: Prospectivo
Método: Se analizó en forma retrospectiva una base de datos prospectivamente recolectada. Variables: tipo de cirugía, tiempo operatorio, morbimortalidad, conversión, tiempo de inicio de la ingesta oral y estadia hospitalaria.
Resultados: Entre el 2005 y el 2009 se operaron 12 pacientes con diagnóstico de Tumor
Gástrico. Sexo femenino: 9. Edad promedio: 57 años (45- 75). Se dividió a los pacientes en 2
grupos: A) Adenocarcinoma gástricos: 9 casos B) GIST: 3 casos. Se realizó
gastrectomía subtotal en 10 pacientes y en 2 gastrectomia atípíca.Tiempo operatorio (mediana): 120 minutos (120-180). El grupo A presentó: morbilidad 2 pacientes (hemorragia de la gastroentero anastomosis y hematoma del mesocolon transverso) y mortalidad 1 paciente (hemorragia de la gastroentero anastomosis). El grupo B no presentó morbimortalidad. No se convirtió la cirugía en ningún grupo. Estadía hospitalaria (mediana): 4 días. Ingesta oral (mediana): 2 días. Seguimiento (mediana):13 meses (3-48).
Conclusiones: La gastrectomía laparoscópica es factible en la patologia tumoral. Se brinda asi los beneficios de la cirugía miniinvasiva.

TO/O - 13

EL INCREMENTO DE LA PERMEABILIDAD INTESTINAL EN PACIENTES CIRRÓTICOS PODRÍA ESTAR RELACIONADO CON LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA

Hwang, HJ(1); Vazquez, H(1); Smecuol, E(1); Sugai, E(1); Abecasis, R(1); Barreyro, F(1); Mauriño, E(1); Park, K(2); Meddings, J(2); Terg, R(1); Bai, JC(1)
(1)de Gastroenterologia Dr. C. Bonorino Udaondo (2)University of Edmonton

Introduccion/objetivos: Escasos estudios han analizado la permeabilidad intestinal (PI) en pacientes cirróticos y sus resultados han sido controvertidos. Además, aún no ha sido aclarado si la alteración de la PI está relacionada con el grado de compromiso de la función hepática. Nuestro objetivo fue analizar la PI en pacientes cirróticos y establecer si eventuales cambios de la PI se correlacionan con el grado de suficiencia hepática.
Pacientes/métodos: Ingresaron al estudio 63 pacientes cirróticos (edad media: 55 años, r: 18-75; 19 M). La severidad de la enfermedad hepática fue establecida de acuerdo a la clasificación de Child-Pugh. Se excluyeron aquellos pacientes que tenían enfermedades asociadas, deterioro de la función renal, consumo reciente de alcohol u otras drogas conocidas que alteran la PI. El análisis de la PI se realizó a través de la ingesta de una solución que contenía lactulosa (Lac) (5g) y manitol (Man) (2g) en 400 cm3 de agua. La excreción de los azúcares fue medida por HPLC.
Resultados: (media ± EEM) Los pacientes cirróticos presentaron un cociente Lac/man de 0.031± 0.03 (valor normal: <0.025). Considerando este valor de corte, se dentificaron a 26/63 pacientes cirróticos (41.2%) con cocientes Lac/Man por encima del mismo. Respecto al estadio de insuficiencia hepática, se encontró una significativa asociación entre los valores de la severidad clínica y la PI. Así, el deterioro de la PI fue estadísticamente mayor en pacientes Child C (n=10) (0.054±0.01) comparados con pacientes Child A (n=21) (0.022±0.002) y Child B (n=32) (0.031±0.006) (p<0.03 para ambos).
Conclusiones: El deterioro de la PI es un hallazgo frecuente en pacientes cirróticos y estaría asociado con la severidad de la enfermedad hepática. Las implicancias clínicas de la alteración de la PI de los pacientes cirróticos deberán ser analizadas en futuros estudios.

TO/O - 14

RECURRENCIA DEL HELICOBÁCTER PYLORI EN UNA POBLACIÓN CONTROLADA

Campitelli, EH(1); Zanotti, B(1); Paszkiewich, A(1); Ibarra, D(1); Peré, F(1); Barcia, T(2); Pignataro, S(2); Rubio, H(2)
(1)Hospital Aeronáutico Central Buenos Aires Argentina (2)C.E.E.D.

Introducción: Es conocido que la distribución y el comportamiento del Helicobácter Pylori difiere en los distintos Países según el grado de desarrollo de los mismos y la virulencia de la cepa en estudio.
Para una correcta interpretación de los resultados debemos definir dos conceptos: Recurrencia o recrudescencia: es la recolonización por la misma cepa tratada dentro de los primeros 12 meses de la erradicación y Reinfección: es la colonización por una nueva cepa más allá de los 12 meses de erradicación.
Se estima que la recurrencia en promedio se encuentra cercana al 3% en Países desarrollados (hasta 6%) y 13% en Países subdesarrollados (hasta 45%).
Los resultados estadísticos hasta el momento indicarían que en los Países desarrollados el problema radica en mejorar la tasa de recurrencia, en cambio en los subdesarrollados las razones sanitarias son las que motivan la facilidad para la reinfección con nuevas cepas y la resistencia antibiótica de las cepas tratadas.
Objetivo: Conocer la tasa de recurrencia luego de un año, en una población controlada, naive y tratada con un esquema corto triple de erradicación con amoxicilina, nitazoxanida y lanzoprazole.
Pacientes y métodos: sobre 100 pacientes incluidos entre julio del 2007 y mayo del 2008, en el área de Ciudad de Buenos Aires y conurbano bonaerense, tratados con amoxicilina 1000 mg, nitazoxanida 500 mg y lanzoprazole 30 mg dos veces al día, se pudieron evaluar 91 de los cuales erradicaron 82. (Tabla I). De éstos 82 pacientes se pudieron evaluar 50 pacientes al año, mayo del 2009, con Test del aire espirado con C 14. Se utilizó C 14 por haber sido éste el que se empleó para controlar la erradicación en estudio original y por costos.
Resultados: Se evaluaron 50 pacientes, 31 mujeres y 19 hombres, que fueron contactados por vía telefónica, mail o presentación espontánea. Se les realizó control de erradicación mediante Test del aire espirado con C 14 (Heliprobe® Sweden). De los 50 pacientes 2 fueron positivos, representando un RR de 0,04, un RA de 4%, utilizándose un IC 95%.
Conclusiones: En nuestra serie hemos encontrado un RA del 4% de recurrencia, lo que nos acerca estadísticamente a las series de países desarrollados. Esperamos reevaluar en un año para ver cual es nuestro RA de reinfección. Habida cuenta que somos un País en vías de desarrollo, creemos que los resultados obtenidos podrían relacionarse más, con las características de las drogas usadas en el tratamiento de erradicación que con las condiciones sanitarias de nuestra población en estudio.
Abreviaturas: RR: Riesgo Relativo, RA: Riesgo Absoluto, IC 95%: Intervalo de Confianza 95%.

Resultados de erradicación del Helicobácter Pylori en pacientes naive.

	Número	Finalizar.	Erradic.	Retirad.	Motivos
Pacientes	100	91	82	9	xxxxxx
Mujeres	57	51	47	6	2 otro atb. 4 desvío
Hombres	43	40	35	3	3 otro atb.
Rango	18 a 65 a	xxxxxx	90 %	6/ 9	xxxxxx
Media	53 años				

TO/O - 15

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: CARACTERIZACION DE NUESTRA POBLACION Y APROXIMACIÓN A LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO PRE-ENDOSCÓPICO

Fukiya, L(1); Giayetto, CS(1); Filippetti, G(1); Reale, L(1); Grimaldi, FA(1); Alvarez, F(1); Angiolini, L(1); Tufare, A(1); Ruiz, N(1); Funes Trama, MdlG(1); Garcia, CAI(1); Salgado Creo, A(1); Jury, G(1, 2)
(1)Clinica 25 de Mayo. Mar del Plata (2)CED, Centro de Estudios Digestivos, Mar del Plata. Argentina.

Introducción
La Hemorragia Digestiva Alta es una patología frecuente con elevada morbimortalidad. Realizamos un estudio retrospectivo de 143 pacientes internados con diagnóstico endoscópico de HDA entre 1999 y 2007 en nuestra institución. Nuestros hallazgos coincidieron con estudios previos. Adicionando a las variables preendoscópicas del score de Rockall: melena, uso de aspirina, ortostatismo, hematocrito menor de 30% y urea mayor de 0,5 mg/dl; podemos al ingreso predecir los pacientes con mayor probabilidad de pertenecer a los grupos de intermedio y alto riesgo. La necesidad de validar dichos parámetros y desarrollar algunas de nuestras hipótesis iniciales, limitadas por ser un trabajo retrospectivo, nos motivaron a realizar un estudio prospectivo. Análisis preliminar del primer año desde su inicio.
Objetivos
Validar un grupo de "variables preendoscópicas" que nos permitan una estratificación del riesgo en base a las tres categorías del score de Rockall.
Detectar motivos de consulta adicionales a la melena y/o hematemesis.
Evaluar la subestimación del descenso del hematocrito al ingreso respecto al de las 24 horas.
Valorar la urea aumentada al ingreso como predictor diagnóstico de HDA.
Materiales y Métodos
Se evaluaron 39 pacientes que ingresaron en nuestra institución entre julio de 2008 y junio de 2009, con sospecha de HDA y fueron estudiados endoscópicamente. Se tomo como "p significativa" a las menores a 0,05. Analizamos las variables cualitativas el chi cuadrado, y para las cuantitativas el T-test student.
Resultados
Cuanto más alto fue el riesgo según el score de Rockall, mas variables preendoscopicas tenían los pacientes. Riesgo bajo 1,73; intermedio 3 y alto 3,6. Diferencias estadísticamente significativas. Los motivos de consulta más frecuentes fueron melena (43,6%) y hematemesis (25,7%), el 11% de las cuales tenían los dos síntomas. Los que no presentaron estos síntomas, el motivo de consulta fue: Sme. anémico (20,5%), sincope (7,7%), hematoquesia (7,7%), vómitos (5%), dolor abdominal (5%). La subestimación del descenso del hematocrito al ingreso respecto al de las 24 hs fue 4,5 puntos. En el subgrupo de pacientes no transfundidos en las primeras 24 hs, el descenso fue 7,7 puntos. La urea al ingreso se encontraba por encima del limite superior de referencia (0,50 mg/dl)promediando los 0,70 mg/dl y volvió a valores normales a las 72 hs (0,38 mg/dl). Diferencias estadísticamente significativas.
Conclusión
Logramos validar las 5 variables preendoscópicas que surgieron de nuestro estudio retrospectivo. Su correlación nos permitió predecir que los pacientes con 3 o más de dichos parámetros pertenecerían a los grupos de riesgo intermedio y alto del score de Rockall; mientras que aquellos de riesgo bajo verificaban menos de 2 variables (1,73). El 7,7% de los pacientes del estudio consultaban por síncope, síndrome poco mencionado dentro de las formas de presentación de la HDA.

TO/O - 16

TRES ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS GASTROINTESTINALES, INFRECUENTES Y HUÉRFANAS: GIST, TNE-GEP, Y SÍNDROME DE LYNCH: LA EXPERIENCIA, LOS LOGROS Y LAS DIFICULTADES PARA SU MANEJO EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO

Antelo, M(1); Bestani, C(1); Mendez, G(1); Carballido, M(1); Zamora, V(1); Cabanne, A(1); Barugel, M(1); O´Connor, J(1); Roca, E(1)
(1)Hospital de Gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo". Argentina.

Objetivos
Describir la experiencia,las dificultades,y los logros en el desarrollo de un Centro de atención de pacientes(pac)con tumores del estroma gastrointestinal(GIST),tumores neuroendócrinos gastro-entero-pancreáticos(TNE-GEP),y Síndrome de Lynch(SL) en un Hospital Público.
Material
Pac con diagnóstico de GIST y TNE-GEP,y con criterios clínicos de SL atendidos por la Sección Oncología del Hospital de Gastroenterología (HBU) en 10/03-10/08.Se analizaron los datos,la experiencia y las dificultades en las 3 áreas.
Resultados
30-45% de los pac no tienen cobertura médica;60-75% de la provincia de Buenos Aires,22% de Capital Federal y 15% del interior.
GIST:67 pac,edad promedio(EP)58 años.Sitio primario estómago(62%),intestino delgado(22%);48% MTS al diagnóstico. El 97% con tumores avanzados o metastáticos tuvo acceso al Imatinib.Menos del 5% tuvo acceso al PET para estadificación/evaluación de respuesta.La calidad de las tomografías fuera del hospital fue subóptima en la mayoría.El 41% está perdido en seguimiento.El 28% participó en un estudio clínico internacional de registro de GIST;se realizó análisis mutacional en tejido tumoral a través de la participación del HBU en el grupo cooperativo argentino GATE-D.
TNE-GEP:166 pac,EP 48,5 años;consultas 90 min.Tumor primario:apéndice 7.8%, esófago/estómago/duodeno 12%,páncreas 23.4%,intestino delgado 29.5%,colorrectal 9.6%,y desconocido 17.7%;60% con metástasis al diagnóstico;33% funcionantes. Se determinó Ki-67 en la mayoría;en 60% se realizó determinación de cromogranina sérica.Se efectuó octreoscan en un tercio.Se indicaron 22 combinaciones de modalidades terapéuticas,se hizo quimioembolización en 5;52 pacientes requirieron análogos de somatostatina de acción prolongada y fue difícil obtenerla.Solo un centro público realizó Octreoscan en forma gratuita (con un subsidio de la industria farmacéutica).
SL:181 familias(41:Amsterdam,140:Bethesda);consultas 45 min.;440 pac con cáncer colorrectal(CCR)o tumores asociados,EP 40 años.Estudios genéticos en sólo 7 pac(privado en el exterior), no hay acceso en Argentina a estos estudios en forma gratuita en ningún hospital municipal ni nacionalos por lo que basamos las pautas de vigilancia en criterios clínicos.Hubo poca adherencia a medidas de vigilancia y pérdida del seguimiento de familiares en riesgo;desde 10/08 hay un espacio semanal para realizar las videocolonoscopías.
Conclusiones
Es necesario difundir lo hecho y alertar a las autoridades de la salud pública sobre las groseras deficiencias de nuestra tarea.Pese a sus dificultades y a sus defectos,este camino debe ser profundizado,ya que sólo el desarrollo de centros de referencia con alto volumen de pacientes,con entrenamiento continuo de personal y con un manejo interdisciplinario,permitirá abordar a estas enfermedades huérfanas e infrecuentes con el necesario respeto por su complejidad,independientemente del estado de cobertura social.

TO/O - 17

TIEMPO DE TRANSITO BOCA CIEGO Y RESPUESTA FERMENTATIVA DEL INTESTINO

Soifer, LO(1); Peralta, AD(1); Dima, G(1); Besasso, H(1)
(1)CEMIC. Argentina.

La velocidad del transito intestinal ha sido considerada como una variable que puede llevar a equívocos en la interpretación del test de la lactulosa en el aire espirado para el diagnóstico de sobrecrecimiento bacteriano del intestino.
Objetivos: Observar si existen diferencias en los tiempos de tránsito boca ciego entre pacientes funcionales constipados y diarreicos y tratar de determinar si estas diferencias tienen influencia en la respuesta fermentativa acumulativa.
Sujetos y métodos: 20 pacientes funcionales, 10 constipados (9mujeres,edad 57±16) y 10 diarreicos (8 mujeres,edad 50±16), fueron evaluados mediante la medición cada 20 minutos y durante tres horas, del hidrógeno en el aire aspirado alveolar, en forma basal y luego de la administración de 10 gr. de lactulosa. El instrumental utilizado fue un equipo Quintron 12I plus. En ambos grupos fueron analizados, los tiempos de tránsito boca ciego y la actividad fermentativa acumulativa, mediante la medición del área bajo la curva. (programa Graph, versión 4.2). Los resultados fueron analizados mediante test de T con dos colas para datos no apareados.
Resultados: Los tiempos promedio de tránsito boca ciego fueron de 110±43.5 minutos en constipados y de 71,1±26.6 minutos en diarreicos.(P=0,03). El área bajo la curva en constipados fue de 4735,8±1842 y de 5585±2250 en diarreicos. (P=0,13)
Conclusion: El tiempo de transito boca ciego es menor en pacientes funcionales con diarrea que en constipados, pero este hecho no parece incidir significativamente en la respuesta fermentativa intestinal acumulativa comparativa entre ambos grupos.

TO/O - 18

RESPUESTA FERMENTATIVA DEL INTESTINO: CORRELACIÓN DE VARIABLES OBTENIDAS MEDIANTE EL TEST DEL HIDRÓGENO EN AIRE ESPIRADO CON LACTULOSA

Soifer, LO(1); Peralta, AD(1); Dima, G(1); Besasso, H(1)
(1)CEMIC. Argentina.

La producción de hidrógeno en el tubo digestivo y su medición en el aire espirado alveolar es una expresión indirecta de la actividad fermentativa de las bacterias intestinales frente al ingreso de un sustrato fermentable. Por lo tanto este método no invasivo es empleado usualmente como forma de estimar el posible sobrecrecimiento bacteriano del intestino (SBI). No obstante los criterios empleados por los investigadores para aseverar el diagnóstico de SBI han sido diversos y los resultados muchas veces contradictorios. Las variables usualmente empleadas para el diagnóstico han sido: La concentración basal de hidrógeno (CB), el pico máximo de hidrógeno durante todo el estudio (PM), el pico máximo antes de los 80 minutos (PM<80), el pico máximo después de los 80 minutos (PM>80) y el área bajo la curva en el total del estudio.(ABC) Esta última variable parece ser la que mide mejor la respuesta fermentativa acumulativa durante el lapso total del estudio. Objetivo: Estimar el grado de correlación existente entre las variables usualmente empleadas en el estudio del test de hidrógeno en aire espirado con lactulosa y el area bajo la curva como expresión de la respuesta fermentativa del intestino. Sujetos y métodos: 20 sujetos (17mujeres, edad 57±16), fueron evaluados mediante la medición cada 20 minutos y durante tres horas, de la concentración de hidrógeno en el aire aspirado alveolar (ppm), en forma basal y luego de la administración de 10 gr. de lactulosa. El instrumental utilizado fue un equipo Quintron 12I plus. En todos fueron analizadas las siguientes variables: CB, PM, PM<80, PM>80 y ABC, esta ultima mediante el programa Graph, versión 4.2 . Mediante el coeficiente de Pearson fue estimada la correlación entre ABC y las demás variables.

Conclusiones: Existe una buena correlación entre el pico máximo de Hidrógeno obtenido y el área bajo la curva en el total del estudio. Ambas variables parecen estimar de modo similar la respuesta fermentativa acumulativa del intestino frente a la lactulosa administrada.

Resultados:

	CB	PM	PM<80	PM>80
ABC	r: 0,67 IC95:0,32/0,85	r:0,83 IC95%:0,62/0,93	r:0,74 IC95%:0,45/0,89	r: 0,64 IC95%:0,28/0,85

SUPL.1708 G STRO (5728) 9/20/09 05:57 PM Página 10

TO/O - 19

COLONOSCOPÍA EN LA DIARREA CRÓNICA: DE LAS GUÍAS A LA PRÁCTICA CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE LA COMUNIDAD EN ARGENTINA

Mella, JM(1); Pereyra, L(1); Popoff, F(1); Caldo, I(1); Luna, P(1); Fischer, C(1); Gonzalez, R(1); Cimmino, DG(1); Pedreira, S(1); Boerr, LA(1)
(1)Hospital Alemán. Argentina.

Introducción. Se conocen varias guías provenientes de sociedades de gastroenterología y endoscopía que recomiendan cómo deberían ser estudiados los pacientes con diarrea crónica. La colonoscopía juega un rol importante, aunque su valor en la práctica diaria no ha sido extensamente validado en nuestra comunidad.
Objetivo. Conocer la adherencia de los endoscopistas a las guías de diarrea crónica; determinar los hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes con diarrea crónica, y la correlación entre la impresión diagnóstica del endoscopista y el informe histopatológico.
Material y métodos. Se analizaron retrospectivamente los informes de las colonoscopias y la anatomía patológica de los pacientes que entre los años 2004 y 2008 fueron sometidos a una colonoscopía a causa de diarrea crónica. Los desenlaces medidos fueron: cumplimiento de las guías por parte del colonoscopista (toma de biopsias, intubación de ileon terminal), los hallazgos endoscópicos e histológicos, y la correlación entre ambos. Los resultados se expresaron en media o porcentaje con sus respectivos desvíos estándar (±) o intervalos de confianza 95% (CI).
Resultados. 331 pacientes se realizaron VCC por diarrea crónica; en 252 (71 %, CI 66-76) se tomaron biopsias. La conducta de tomar biopsias se incrementó desde el 2004 (69%) hasta el 2008 (79%). La edad media de los pacientes fue 55.8 años (±17); 58% fueron mujeres. La calidad de la preparación intestinal fue excelente, buena o regular en el 93% (CI 89-95). En el 86% (CI 82-90) se logró intubación cecal, y en el 4.5% intubación ileal. La VCC fue normal en todos los pacientes en quienes no se tomaron biopsias y en el 74% (CI 68-79) de los que fueron biopsiados. Los hallazgos endoscópicos anormales más frecuentes fueron sugestivos de inflamación inespecífica (8%), colitis ulcerosa (CU, 6%) y enfermedad de Crohn (1%). Entre los pacientes biopsiados la histología mostró cambios no específicos (agudos y crónicos) en el 40%, hallazgos normales en 33%, colitis microscópica en 14%, CU en 4.7%, y colitis infecciosas en 1%. La VCC con biopsia determinó la causa de la diarrea (diagnóstico histológico específico) en el 21.4% (CI 16-27) de los pacientes. La visualización de mucosa sana sólo se correlacionó en el 55% (CI 52-56) de los casos con histología normal, mientras que la presunción endoscópica de CU correlacionó en el 97% (CI 95-98) con histología compatible.
Conclusión. La VCC con biopsias realizó diagnóstico etiológico específico en 1 de cada 5 pacientes con diarrea crónica. En nuestra unidad 1 de cada 3 pacientes no fueron biopsiados, aunque esta conducta mejoró a lo largo del período estudiado. El aspecto macroscópico de la mucosa correlacionó pobremente con los hallazgos histológicos, salvo en los casos de colitis ulcerosa.

TO/O - 20

CIRUGÍA LAPAROSCOPICA EN COLITIS ULCEROSA. RESULTADOS A MEDIANO PLAZO EN UN HOSPITAL MUNICIPAL

Collia Avila, KA(1); Muñoz, JP(1); Cuenca Abente, F(1); Gualdrini, UA(1); Gutierrez, A(1); Lumi, CM(1); Coraglio, M(1); Masciangioli, G(1)
(1)dr. Carlos Bonorino Udaondo

Introducción: A pesar de los avances en el tratamiento médico, el 25-40% de los pacientes con Colitis Ulcerosa (CU) continúan requiriendo tratamiento quirúrgico. La cirugía de elección es la proctocolectomía con reservorio ileal.

Objetivos: presentar la experiencia y resultados a mediano plazo con el abordaje laparoscópico en colitis ulcerosa.

Método: análisis retrospectivo de la base de datos del Programa de cirugía laparoscópica de la Unidad de Coloproctología del Hospital Dr. Carlos Bonorino Udaondo, el cual incluye 120 cirugías laparoscópicas entre junio de 2006 y junio de 2009 siendo 28 correspondientes a CU.

Resultados: Las 28 cirugías en colitis ulcerosa fueron realizadas en 19 pacientes (17 colectomías subtotales, 1 proctectomía, 8 proctectomías y pouch ileal y 2 coloproctectomía con pouch), 14 mujeres, la edad promedio fue 38.9 años (r:19-63) con un índice de masa corporal medio de 22 (r:16-32).

Conclusión: El abordaje laparoscópico de la CU es factible y seguro, ya sea efectuándolo en dos o tres tiempos operatorios, en centros entrenados en cirugía laparoscópica y experimentados en el tratamiento de enfermedades inflamatorias.

Tabla 1: Tipo de cirugías, tiempo operatorio, estadia hospitalaria y complicaciones.

	Colectomía subtotal (17)	Proctectomía(1)	Proctectomía y pouch ileal (8)	Proctocolectomía y pouch ileal (2)
Tiempo operatorio(mediana)	180 min (360-105)	200 min	245 min (120-330)	390 min
Estadía hospitalaria (mediana)	4 días(3-20)	8	4 dias(7-3)	5.5 días(5-6)
Conversión	0	0	0	0
Complicaciones postoperatorias	Hernia interna	Colecistitisalitiásica	Estenosis anastomosis ileoanal Sepsis pélvica	Disfunción ileostómica
Reoperaciones	1	0	0	1

TO/O - 21

TRASPLANTE HEPATICO POR CIRROSIS ALCOHOLICA (COH). 10 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PUBLICO

Trigo, P(1); Aballaly Soteras, G(1); Braslavsky , G(1); Cejas, N(1); Raffin, G(1); Barros Schelotto, P(1); Duek, F(1); Lendoire, J(1); Imventarza, O(1)
(1)Hospital Dr Cosme Argerich. Argentina.

Introducción: La cirrosis enólica constituye el 14% de las indicaciones de trasplante hepático en EEUU y del 18% en Europa. Existen pocos datos nacionales sobre la evolución a corto y largo plazo en el trasplante por esta entidad.
Objetivo: Describir la experiencia de diez años de trasplante hepático por cirrosis alcohólica en una unidad de trasplante de la medicina pública.
Pacientes y Método: Durante el periodo comprendido entre el 11 de Julio de 1995 y el 11 de Julio de 2005 se realizaron, en la Unidad de Trasplante Hepático del Hospital Argerich, 300 trasplantes hepáticos en 278 pacientes. De estos, 20 recibieron un trasplante hepático por cirrosis por alcohol, constituyendo un 7.2% del total de los pacientes trasplantados. Se analizaron sexo, edad, tiempo en lista, requerimiento de hemoderivados, mortalidad temprana, rechazo celular temprano, sobrevida a los 7 años, recidiva de alcoholismo e incidencia de cáncer de novo post trasplante hepático.
Resultados: Ver Tabla
El uso de hemoderivados no fue estadísticamente significativo entre ambos grupos y ningun paciente reincidió en el consumo de alcohol.
Discusión: En nuestra experiencia los pacientes por cirrosis enólica constituyen una patología de baja frecuencia, con predominio de pacientes de sexo masculino y con edad mayor que la media. Al contrario de lo que esta descripto no presentaron menor incidencia de rechazo temprano, pero sí más frecuencia de cáncer de novo. La sobrevida a corto y largo plazo fue similar al resto. Con nuestro sistema riguroso de evaluación pre trasplante ningún paciente reincidió en el consumo de alcohol. Los pacientes deben tener una vigilancia estricta por el mayor riesgo de neoplasias.

Resultados:

	Grupo COH	Grupo no COH	p
Sexo masculino	19/20(95%)	102/258(39,5%)	<0,001
Edad +/-	47,85 +/- 9,56	39,45 +/-13,07	<0,05
Tiempo en lista	257.05 260.55	341.15 409.46	ns
Mortalidad temprana	3/20 (15%)	40/218 (15.5%)	ns
Rechazo celular temprano	5/20 (25%)	62/258 (24%)	ns
Sobrevida a 7 años	69%	59%	ns
Cancer de novo	3/20(15%)	12/246 (4.7%)	p= 0.048

TO/O - 22

FRECUENCIA DE SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO EN PACIENTES CON INTOLERANCIA CLINICA A LA LACTOSA

Novillo, A(1); Peralta, D(1); Dima, G(1); Besasso, H(1); Soifer, L(1)
(1)Hospital Universitario CEMIC. Argentina.

Introducción: Algunos pacientes refieren síntomas digestivos relacionados al consumo de productos lácteos. Es posible que esta intolerancia no obedezca a una mala absorción de lactosa, sino a la respuesta fermentativa vinculada a un sobrecrecimiento bacteriano del intestino.
Objetivo: Estimar la prevalencia de sobrecrecimiento bacteriano en sujetos con síntomas funcionales digestivos que refieren clínicamente mala tolerancia a los lácteos.
Material y Metodos Se analizaron 54 pacientes que se realizaron test de sobrecrecimiento por presentar síndrome de distensión crónica funcional, de los cuales 30 (22 mujeres. Edad promedio 52 años) refirieron síntomas relacionados a los lácteos
Todos los sujetos completaron un formulario nutricional de autollenado que permitió evaluar el grado de tolerancia a la leche y sus derivados. Todos ellos se efectuaron test del hidrógeno en aire espirado con lactulosa como sustrato. Fueron recogidas muestras cada 20 minutos durante tres horas.
Fue considerado sobrecrecimiento bacteriano los valores basales mayores a 15 ppm, la presencia de valores mayores a 20 ppm antes de los 80 minutos o valores de área bajo la curva mayores a 3000 en los 180 minutos estudiados.
Resultados: 30 sujetos refirieron intolerancia clínica moderada, importante o severa a la lactosa. De estos, 23 (77%) fueron positivos para el test de sobrecrecimiento bacteriano.
Conclusiones: La prevalencia de sobrecrecimiento bacteriano del intestino entre individuos que refieren síntomas producidos por lácteos es alta y esto debería tenerse en cuenta para evitar dietas restrictivas empíricas.

TO/O - 23

FACTORES ASOCIADOS AL CANCER COLORRECTAL EN COLITIS ULCEROSA

Coraglio, M(1); Collia Avila, KA(1); Masciangioli, G(1); Graziano, A(1); Gualdrini, UA(1); Gutierrez, A(1); Lumi, CM(1)
(1)Dr. Carlos Bonorino Udaondo. Argentina.

Introducción: La colitis ulcerosa es una entidad que integra el grupo de enfermedades con alto riesgo para desarrollar cáncer colorrectal. Existen numerosos factores clínicos relacionados a este evento.

Objetivo: Presentar la experiencia del Hospital de Gastroenterología en casos de cáncer colorrectal asociado a colitis ulcerosa.

Material: se incluyen pacientes operados por colitis ulcerosa asociada a cáncer colorrectal desde diciembre de 1970 hasta junio de 2009.

Método: Análisis de edad, tiempo de evolución, extensión de la enfermedad, forma clínica, displasia previa o asociada a masa, período asintomático, estadíos y características de los tumores, colangitis esclerosante primaria, motivo del hallazgo tumoral; diseño: retrospectivo observacional descriptivo.

Resultados: fueron intervenidos quirúrgicamente 43 pacientes, 16 mujeres, edad media 45.5 años, rango: 18-70. Se presentaron 34 sobre colitis extensas, 28 crónicas recurrentes, tiempo medio de evolución de la colitis de 13.65 años, rango: 1-35, colangitis esclerosante primaria en 8 pacientes, ausencia de actividad clínica prolongada en 6 casos, displasia asociada en 17, 3 a lesión o masa, tumores mucinosos 16, sincrónicos 11. En 23 pacientes se diagnosticó el tumor por control evolutivo de la enfermedad, 15 por sospecha de enfermedad neoplásica, 3 fueron hallazgos y 2 por plan de vigilancia.

Conclusión: si bien existen diversos factores de riesgo conocidos , es muy difícil ajustarse a planes de vigilancia . Solamente 2 pacientes con cáncer colorrectal habían sido diagnosticados de esta forma; aquellos con más de 10 años de evolución y colitis extensa deberían ser seleccionados especia.

TO/O - 24

DISFUNCIÓN DE PISO PELVIANO EN PACIENTES CON CONSTIPACIÓN Y PROCTORRAGIA

Lopez Gaston, A(1); Lopez De Luise, G(1); Novas, O(1)
(1)Hospital Municipal Bernardino Rivadavia. Argentina.

La disfunción del piso pelviano condicionada por la contracción paradojal del puborectalis es frecuente en el sindrome de Intestino Irritable (SII). Es un causal frecuente de proctorragias. OBJETIVOS: Determinar características clínicas, contextuales y manométricas según subgrupos. POBLACION: 54 pacientes, 18 varones y 36 mujeres. Media edad 55.2 años. METODOLOGIA: grilla clínica, rectosigmoideoscopia rígida, Rx colon, eventual Videocolonoscopía, eventual Videodefecografia, manometría anorectal con sistema perfundido. DISEÑO: retrospectivo, descriptivo, de comparación y de correlación, con muestra consecutiva. Significación _=0.05. RESULTADOS: Edades promedio levemente menores en las mujeres. OR por sexo 2:1. Síntomas de comienzo: constipación (46.3%), dolor abdominal (25.9%) y diarrea (20-4%). La violencia sexual estuvo en 20.4%, Stress en 61.1% y no determinable en 18.5 % Proctorragia en el 54% de los pacientes. El 78% del total se asoció con contracción paradojal de puborectalis (p 0.02). Poder predictivo de contracción paradojal para esfuerzo defecatorio, sensación de outlet, evacuación incompleta, dolor intraevacuatorio y postevacuatorio, dolor pelviano, maniobras evacuatorias y proctorragia. (Teorema de Balles). No hubo diferencias en las presiones de reposo y contracción máxima entre ambos subgrupos. CONCLUSIONES: la contracción paradojal predominó en la "constipación" (2/3 de los pacientes). La proctorragia predominó en este grupo. La identificación precisa determinaría el tipo de tratamiento, como el biofeedback. La cirugía de la patología anal no debería indicarse hasta no haber superado la disfunción del piso.

TO/PD - 01

UTILIDAD DE LA NEUMOTOMOGRAFÍA MULTISLICE 64 EN EL DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN PRE-QUIRÚRGICA DEL CÁNCER ESOFÁGICO

Ulla, M(1); Cavadas, D(1); Seehaus, A(1); Levy Yeyati, E(1); Muñoz, MI(1); Wright, F(1); García-Monaco, R(1)
(1)Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

Antecedentes: La caracterización y estadificación pre-quirúrgica del cáncer de esófago con un único método imagenológico resulta sumamente útil ya que la invasión gástrica determina la extensión de la resección y el tipo de cirugía a realizar. El objetivo de nuestro trabajo es mostrar la utilidad de la Neumotomografía Multislice 64 (NTCMS64) en la caracterización prequirúrgica de neoplasias esofágicas, con énfasis en aquellas que comprometen la región del cardias, en correlación con los hallazgos quirúrgicos.

Materiales y métodos: Se estudiaron prospectivamente 60 pacientes (edad media 64 años, rango 37-84 años) con diagnóstico endoscópico de neoplasia esofágica. A todos los pacientes se les introdujo una sonda Folley 14 French por vía transoral a través de la cual se instiló aire para lograr una buena distensión esofágica. A continuación se realizó una tomografía de 64 pistas con contraste endovenoso, sin contraste oral. Las imágenes fueron analizadas por medio de reconstrucciones multiplanares, 3D y endoscopía virtual, caracterizándolas según extensión, forma y ubicación. Todo engrosamiento mural ≥3 mm se consideró patológico.

Resultados: En todos los pacientes se logró una correcta distensión esófago-gástrica. En 48/60 pacientes se observó engrosamiento de la pared y en 12/60 pacientes no se visualizó engrosamiento. Todas las lesiones fueron caracterizadas según extensión, forma y ubicación. De los 48 engrosamientos murales identificados, 24/48 se localizaron en el tercio inferior, comprometiendo la unión esófago-gástrica. La correlación quirúrgica para la infiltración de la pared fue del 85.7%.

Conclusiones: La NTCMS64 demostró ser una técnica útil, segura y precisa para la identificación del engrosamiento parietal del esófago. La distensión adicional del estómago permitió una adecuada definición de los límites superior e inferior de la lesión en tumores de la unión esófago-gástrica, de utilidad en la estrategia quirúrgica.

TO/PD - 02

RELACIÓN ENTRE EL GENOTIPO DE HELICOBACTER PYLORI Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE HIERRO, ZINC Y COBRE EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Janjetic, M(1); Goldman, C(1); Beltrán González, A(1); Barrado, DA(1); Fuda, J(1); Meseri, E(1); Torti, H(1); Cueto Rua, E(2); Balcarce, N(2); Zubillaga, M(1); Boccio, J(1)
(1)Cátedra de Física, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Universidad de Buenos Aires. (2)Hospital de Niños Sor María Ludovica, La Plata. Argentina.

Introducción: La infección por Helicobacter pylori se ha vinculado con la deficiencia de micronutrientes en el huésped. Sin embargo, aún no se conoce el rol de los factores de virulencia bacterianos cagA y vacA en dicha interacción. Objetivos: Determinar la prevalencia de la infección por H. pylori en niños con sintomatología digestiva y evaluar la asociación entre el genotipo bacteriano y el estado nutricional de hierro, zinc y cobre. Pacientes y Métodos: El diagnóstico de H. pylori se efectuó en 395 niños mediante el 13C-Test del aire espirado. Se realizó videoendoscopía con obtención de biopsias gástricas para la determinación del genotipo bacteriano. Se determinaron zinc y cobre séricos por espectrometría de absorción atómica, ferritina por IRMA y hemoglobina en contador hematológico. Para definir deficiencia de hierro y anemia se utilizaron valores de ferritina sérica <15 ug/L y hemoglobina <11.5-12 g/dL según la edad. El genotipo bacteriano cagA/vacA fue determinado mediante la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR). El análisis estadístico fue realizado mediante los Tests de Fisher, Student, Mann-Whitney y regresión lineal. Resultados: La prevalencia de la infección por H. pylori fue de 24.3%. Los porcentajes de deficiencia de hierro y anemia fueron 14.3% y 12.0% en pacientes H. pylori positivos y 11.0% y 8.9% en pacientes negativos, no habiéndose hallado asociación estadística entre la infección y anemia ni deficiencia de hierro. El estado nutricional de zinc tampoco se asoció con la presencia de infección, sin embargo los niños infectados tuvieron un incremento de 9.74 µg/dL (95%CI;2.12-17.37) en el cobre sérico, en comparación con los no-infectados. Los genotipos bacterianos hallados en las 81 biopsias gástricas analizadas, fueron los siguientes: 43 (53.0%) vacA s1/cagA+, 21 (26.0%) vacA s2/cagA-, 15 (18.5%) vacA s1/cagA-, 2 (2.5%) vacA s2/cagA+, No se encontró asociación entre el genotipo bacteriano y la presencia de deficiencia de hierro (P=0.83), anemia (P=0.56), zinc sérico (P=0.33) y cobre sérico (P=0.78) en el huésped. Conclusión: El genotipo de H. pylori infectante no se asoció con el estado nutricional de hierro, cobre y zinc en la población evaluada.

TO/PD - 03

VALOR DIAGNOSTICO Y SIGNIFICANCIA CLINICA DE LOS ANTICUERPOS ANTIGP210 Y ANTISP100 EN PACIENTES CON CIRROSIS BILIAR PRIMARIA

Martinez Artola, Y; Poncino, D; Palermo, C; Cravero, A; Garcia, D
Argentina.

Introducción: Se han descripto dos anticuerpos antinucleares, antiGP210(complejo nucleo poro) y antiSP100(puntos nucleares múltiples) que son altamente específicos de cirrosis biliar primaria (CBP)
Objetivo:1. Determinar la prevalencia de anticuerpos antiGP210 y antiSP100 que permitan confirmar el diagnóstico de CBP en pacientes(pac.) que presentan anticuerpo antimitocondrial (AMA) negativo.
2. Correlacionar la presencia de estos anticuerpos con la severidad de la fibrosis
Pacientes y métodos: entre marzo de 1998 y diciembre de 2008 se estudiaron 35 pac no, seleccionados que cumplían criterios clínicos, bioquímicos e histológicos de CBP, 20 con anticuerpo antimitocondrial (AMA) positivo y 15 AMA negativo. A todos ellos se les efectuó una completa historia clínica, análisis de laboratorio incluyendo Fosfatasa alcalina (FAL), Alaninoaminotransferasa (ALT), test de función hepática (albúmina y tiempo de protrombina), y biopsia hepática (clasificación Hiramatsu).Se estudió la presencia de anticuerpos antiGP210, antiSP100 y M2 mediante inmunoensayo líneal (LIVER LIA). Se seleccionaron los 15 pac.AMA negativo para el estudio; 2 fueron descartados por no poseer biopsia hepática y quedaron 13 pac. para el análisis. Confirmamos el diagnóstico de CBP en los pac AMA negativos, ante la presencia de uno de estos autoanticuerpos. Los 35 pac. fueron agrupados según el estadío de fibrosis en: Grupo 1(G1):fibrosis 0 17 pac. y Grupo 2(G2) fibrosis 1-3 18 pac. y se analizaron las mismas variables.
Análisis estadístico: estudio epidemiológico de corte transversal. Se utilizaron la prueba exacta de Fisher o prueba de t de Student según correspondiera. Las variables continuas se expresaron como media ± desvío standard.
Resultados: Los 13 pac. AMA negativo eran del sexo femenino, la edad fue de 54 ± 9,18. Todos presentaban elevación de FAL con una media de 2.3 VN; 10/13 (23%) pac. mostraban ALT elevada (media 1.9 VN); todos tenían la función hepática preservada. La prevalencia de antiSP100 fue de 9/13 (69%), antiGP210 4/13(30.7%), 2 pac. presentaron ambos anticuerpos y una pac. M2. El estadío de fibrosis según Hiramatsu fue: 0 en 9/13pac (69%); 1 en 3/13(31%) y 3 en 1/13(7%). Evaluando los 35 pac. la prevalencia de antiGP210 fue de 29%(10/35) y antiSP100 34%(12/35). Dentro de todas las variables analizadas sólo la presencia del antiGP210 se relacionó a mayor severidad en la fibrosis (p =0.008).
Conclusiones: La prevalencia de estos autoanticuerpos específicos en pac. AMA negativo fue del 85%(11/13) permitiendo confirmar el diagnóstico de CBP. La presencia de GP210 en CBP se asoció a mayor fibrosis hepática.

TO/PD - 04

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO NO EROSIVA: OMEPRAZOL 20 MG POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL VERSUS OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULAS EN TERAPIA A DEMANDA

Soifer, L(1); Pedrana, R(2); Gadea, O(3); Peralta, D(1); Bessaso, H(4); Salis, G(4); Caruso, N(5); Naisberg, G(5)
(1)UNIMOT (Unidad de Motilidad y Patología Funcional Digestiva) (2)Instituto Gamma (3)Clínica Privada Pueyrredón (4)CEMIC (Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas) (5)Laboratorios Bagó S.A. Argentina.

Introducción:
la enfermedad por reflujo no erosiva (ERNE) muestra un curso benigno y está dominada por la sintomatología. La terapia a demanda constituiría una herramienta útil para su manejo. Objetivo: comparar la eficacia y latencia de acción del omeprazol 20 mg polvo para suspensión oral (omeprazol 20 mg + bicarbonato de sodio 1680 mg + ácido algínico 250.08 mg - OBA) versus omeprazol (OMZ) 20 mg cápsulas en el control sintomático de pacientes afectados por ERNE, realizando tratamiento a demanda. Sujetos y Método: estudio abierto, prospectivo, cruzado con asignación aleatoria 1 a 1. Pacientes de ambos sexos, 21-65 años con ERNE, que realizaron tratamientos alternos durante 90 días (45 con cada forma farmacéutica) comenzando con un ciclo de 7 días y repitiendo los mismos a demanda ante la aparición de sintomatología. Evaluaciones de eficacia (Impresión General del Paciente – PGI y Escala Visual Análoga – EVA - de pirosis) y tolerabilidad días 0, 45 y 90. Resultados: 48 pacientes (40 mujeres – Edad promedio 37,35 años). Según PGI, 98% mejoró con OBA y 92% con OMZ-cápsulas (p<0,01). EVA pirosis: basal 7,29±1,51–post-OMZ cápsulas 2,82±1,85-post-OBA 2,25±
1,61. Demanda de ciclos durante los 90 días: 1-3:14%; 4-6:41%; 7-9:41%; 10-12:2%. El 33% tuvo que duplicar la dosis administrada. OBA actuó de manera más rápida en el 83% de la muestra (87' versus 140' – p<0,01). 3 eventos adversos leves: cefalea, náuseas y dolor abdominal. Conclusión: el tratamiento de la ERNE con OMZ a demanda en ambas formas farmacéuticas en ciclos de 7 días ante la aparición de síntomas fue eficaz y significó una reducción de costos. OBA actuó en forma más rápida para el alivio sintomático, efecto atribuible al bicarbonato.

Tabla. Porcentaje de pacientes por tratamiento que realizaron ciclos de 7 días

Ciclos	OMZ caps.	OBA
1-2	29,17	43,75%
3-4	58,33%	52,08%
5-6	12,5%	4,17%

TO/PD - 05

PROTECCION DE LA MUCOSA GASTRICA POR SALVIA HISPANICA (ACEITE DE CHIA) ANTE LA AGRESION DEL ETANOL EN RATAS

Bedini, OA(1); Naves, A; Peressutti, D; Taborda, D; Zamero, M; San Miguel, P; Laudanno, O; Cesolari, J
(1)Gastroenterología Experimental. Facultad de Ciencias Médicas. UNR. Argentina.

Introducción : El aceite de chía (AC) esta constituido por ácidos grasos esenciales de tipo omega 3 y 6 , (ácidos alfa linolénico y linoléico resp.) ambos precursores del ácido araquidónico, de cuyo metabolismo deriva la producción de prostaglandinas endógenas, E2 y I2. Objetivo: Evaluar la acción protectora de la savia hispánica (aceite de chía) sobre la mucosa gástrica en ratas, ante la agresión del etanol. Material y Método: A grupos de 5 ratas wistar de 200 + 20 g de peso promedio, en ayunas de 24 hs , agua ad limitum, se realizaron los siguientes experimentos: Grupo A: Testigo 1 ml de aceite de chía (AC) IG 60 min. ; Grupo B: 1 ml de etanol 96º IG , 30 min., Grupo C: AC, IG 60 min., luego etanol 96º 1 ml IG ,30 min.Grupo D: indometacina 50 mg/ kg sc, 30 min. luego AC , IG 1 ml 60 min. luego etanol 96º IG 30 min. Posteriormente las ratas fueron sometidas a sobredosis de éter, se realizó laparoscopía mediana , se extirpó el estómago y se realizó su apertura por la curvatura mayor .Se observó la mucosa gástrica y se obtuvo el % del área necrótica por planimetría. Posteriormente se obtuvieron cortes de la mucosa gástrica para histopatología. Se realizaron tinciones con A.blue, PAS y H.Eosina.Para el análisis estadístico se utilizó la t de students y ANOVA.
Resultados:
Macroscópìcos:
GrupoA: Ac IG 60 min.....0.0%
Grupo B: Etanol IG 30 min .....35.5 ± 5.5%
Grupo C : AC IG 60 min, Etanol 30 min .....(p< 0.05).....13.6 ± 5.5 %.
Grupo D: Indometacina sc, AC IG 60 min., Etanol 30 min.....25.5 ± 5.5 %
Microscópicos : Grupo A: Sin lesiones histológicas. Se Observó dilatación glandular profunda. Con la tinción de PAS se observó una acentuada hipersecreción mucosa gástrica. Grupo B: Extensas áreas de necrosis epitelial superficial . Congestión vascular con hemorragias superficiales y profundas. Grupo C: Acentuada hipersecreción mucosa con H.E. y más evidente aún con PAS y Alsiam blue, donde se apreciaron cúmulos mucosos intrafoveolares. Aisladas zonas de microerosión superficial .Grupo D: Erosiones superficiales . Depleción de la carga de mucina foveolar.
Conclusiones: La salvia hispánica (aceite de chía) dio protección macroscópica y microscópica de la mucosa gástrica en ratas sometidas a la agresión del etanol intragástrico. El aceite de chía estimuló acentuadamente la secreción de moco, dependiendo de la producción de prostaglandinas endógenas.

TO/PD - 06

GIST: FORMAS DE PRESENTACIÓN Y TRATAMIENTO. NUESTRA EXPERIENCIA

Gonzalez Boix, R; Gorganchian, F; Massa, S; Fernandez Testa, S; Madeo, S; Carrizo, E; Ahumada, JC(1)
(1)Servicios de Cirugía y Gastroenterología, Poiclínico Bancario, Buenos Aires. Argentina.

Introduccíón: Los tumores estromales gastrointestinales (GISTs), son las neoplasias mesenquimales mas comunes del tracto gastrointestinal. Sin embargo representan solo el 1% de las neoplasias primarias del tracto GI. Histologicamente se presentan como celulas tipo fusiforme aunque una forma mixta ipiteloide tambien puede ser encontrado. Se encuentran en estomago (60%), e intestino delgado (25%) pero tambien en colon, recto, esofago, mesenterio y omento (15% total).El conductor oncogénico central es la enzima tyrosin kinasa , KIT, y en menor grado el receptor alfa del factor derivado del crecimiento plaquetario (PDGFRa), activadas ambos siguiendo una mutación primaria.
La cirugía sigue siendo el tratamiento de eleccion para las lesione resecables sin embargo recidivas del 50% pueden verse aun despues de resecciones R0. Gists son resistentes a quimioradioterapia convencional.
Objetivos: Presentar un total de 14 pacientes con tumores GISTs tratados en la misma institución, analizar la localizacion y formas de presentacion, evaluar los metodos de diagnosticos utilizados, describir los tratamientos realizados y evaluar resultados.
Material y Metodo: Entre los años 2002 y 2009 fueron tratados 14 pacientes portadores de tumores GISTs. En estómago 7, en mesenterio 5 y 2 en epiplon.
Resultados:Le hemorragia digestiva fué el principal síntoma, el segundo fué masa abdominal palpable. El diagnóstico fué realizado mediante endoscopia digestiva, TAC, ecoendoscopia y laparotomia exploradora. Todos fueron tratados quirurgicamente. El estudio inmunohistoquímico reveló ser positivo el ckit, CD 117 en todos los casos.
Resultados: En 13 casos la evolucion demostró curación hasta la fecha, Recidivaron dos pacientes de los cuales uno falleció durante tratamiento con imatinib.

TO/PD - 07

PESQUISA DIAGNOSTICA DE HEPATITIS B EN POBLACION DE BANCO DE SANGRE

Aldana, FE(1); Bacile, C(1); Lopez, V(1); Patron Costas, G(1)
(1)San Bernardo. Argentina.

Introducción A pesar de los avances en el diagnostico, profilaxis y prevención de hepatitis B, la misma se mantiene como un problema importante de la salud publica y un alto impacto socio/económico y laboral. El presente trabajo tuvo como fin estimar la prevalencia de HEPATITIS B, en donantes de sangre en población adulta concurrente al Servicio de Hemoterapia sector banco de sangre de nuestro nosocomio.- Dicha detección, se realizo mediante dos marcadores serológicos: HBsAg y HBcAc Ig Total (cubriendo este último los períodos en que el primero es indetectable). Materiales y métodos Estudio observacional de corte transversal. Definición de casos prevalentes para el estudio de asociaciones.- La población estuvo formada por 62 individuos de 18 a 59 años, cumplidos al momento de la prueba, concurrentes al banco de sangre y referidos posteriormente al servicio de gastroenterología para su protocolización. Se reinformó a los encuestados sobre las características del estudio a realizar guardando con confidencialidad, como así también en el informe final del presente estudio técnica de recolección de datos: Planilla datos Excel Análisis epi info2000. Lugar y tiempo: La investigación se realizo en el servicio de gastroenterología y Servicio de hemoterapia sector banco de sangre del hospital San Bernardo en el periodo comprendido entre el primero de enero del 2007 al 1ºde enero del 2009. Dado que el VHB transmisible por sangre, su detección se halla incluida en la pesquisa y los donantes con valores positivos del banco de sangre son remitidos al Servicio de Gastroenterología. El servicio de hematológica recibió 12585 (2007-2008) donantes de los cuales en el 2008 se encontraron HBcAc (Ig total) 207 positivos, ag HVBs fueron 96. En el 2007 se encontraron HBcAc 382 positivos, ag HVBs fueron 190.del 100% de los posibles pacientes que podían ingresar al estudio (HBcAc 589 ag HVBs 286) solo el 11% de los pacientes con HBcAc y 3% ag HVBs. Se remitieron al servicio de gastroenterología 96 pacientes con Serologia positiva de los cuales se reconfirmaron el diagnostico serologico solo en 62 pacientes que se pudo protocolizar para este estudio. Se observo un 64% de la población fue masculina un 36% femenino, 23% de los protocolizados no referían factores de riesgo y un 77% presentaron alcoholismo, con practicas sexuales de riesgo y/o drogadicción. De los 62 pacientes estudiados el 100% presentaron HBcAc positivos, ag HVBs solo se encontraron 9 casos al momento del estudio. Correspondiendo de estos últimos nueve un 78% (n=7) al sexo masculino y un 22 %(n=2) al sexo femenino. El 45% niega antecedentes, el 33% presento tatuajes, 11% presentaron etilismo y 11% parejas de alto riesgo y etilismo Conclusión El 100% de la población no tenía conocimiento de la Enfermedad ni consecuencias de la misma. Esta muestra la imperiosa necesidad de implementar políticas de información a la comunidad y campañas para la prevención de esta enfermedad.

TO/PD - 08

ESTEATOSIS HEPÁTICA Y NIVELES DE IGF1

Mallea Gil, S(1); Ballarino, C(1); Spiraquis, A(1); Gimenez, S(1); Kura, M(1); Oneto, A(2)
(1)Hospital Militar Central, Buenos Aires, Argentina (2)TCBA, Buenos Aires, Argentina

Objetivos: Evaluar los niveles de IGFI (Insulin like gowth factor) en pacientes con esteatosis hepática no alcohólica y su asociación con obesidad, dislipemia, intolerancia a la glucosa, diabetes tipo 2 no insulino requiriente y los demás componentes del Síndrome Metabólico.
Material y Métodos: Estudio de tipo transversal y descriptivo de pacientes con esteatosis hepática por ecografía abdominal asistidos en los Servicios de Endocrinología y Gastroenterología durante los años 2006-2008 en forma consecutiva a los que se midieron niveles de IGF1. Se evaluaron 110 pacientes: 82 mujeres y 28 hombres, con edades entre 41 y 85 años. Se excluyeron: acromegalia, diabetes insulinodependientes, alcoholismo, hipotiroidismo no controlado, embarazo y hepatitis crónicas. El dosaje de IGF1 total se efectuó por IRMA. La esteatosis hepática se clasificó por los criterios ecográficos en tres grados: leve, moderado y severa. Se determinaron: hepatograma, GGT, glucemia, insulina y perfil lipídico y tiroideo. Se calculó el índice de masa corporal (IMC): normal <25, sobrepeso hasta 29,9, obesidad >30. Se midió cintura y tensión arterial. Se consideró insulino resistencia (IR) cuando HOMA fue >3.
Resultados: Se evaluaron 110 pacientes, con predominio de sexo femenino (75%) con una edad media de 59,65 años. La esteatosis hepática fue leve en el 42% de los casos, moderada en el 46% y severa en el 12 % de los casos.Los valores medios de los triglicéridos fueron 169,34 +/- 94,46. La GPT (ALAT) estuvo elevada en el 14% . Un 19 % de los pacientes fueron diabéticos y el 12 % presentó intolerancia a la glucosa. Los valores medios de glucemia e insulina fueron respectivamente 104 mg % y 16,71 uUI/ml. HOMA con mediana: 3,65.La circunferencia de la cintura en mujeres fue: 77-120 y en hombres: 82-153 cm. Dislipemia: 34% de mujeres presentaron HDL <50 mg % y 72 % de los hombres presentaron <40 mg%. El 48 % de los pacientes eran hipertensos. El valor de IGF1 fue similar en los tres grados de esteatosis, con tendencia a disminuir cuando la esteatosis fue mayor. Los valores de colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos no se correlacionaron con los niveles de IGF1. No hubo correlación entre los niveles de IGF1 y los de tensión arterial, cintura, IMC y GPT.Sin embargo los valores de IGF1 fueron más bajos a medida que aumentaron los valores de HOMA e insulina.
Conclusión: Los valores de IGF1 mostraron tendencia a disminuir con mayores grados de esteatosis, pero no hubo diferencia estadísticamente significativa entre esteatosis leve, moderada o severa. Se encontró correlación inversa entre IGF1 y HOMA ($p<0.05$) y similar tendencia con los valores de insulina, lo que sugiere que a medida que aumenta la resistencia a la insulina, disminuyen los valores de IGF1.

TO/PD - 09

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA

Abecia, V(1); Matoso, MD(1); Talamazzi, AR(1); Block, S(1); Cariello, M(1); Varela, E(1); Piccioni, HL(1); De Paula, JA(1)
(1)Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

INTRODUCCIÓN
La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía autoinmune caracterizada por una inflamación crónica de la porción proximal del intestino delgado, causada por la exposición crónica al gluten, en individuos genéticamente susceptibles. Se cree que los trastornos autoinmunes son 10 veces más frecuentes en pacientes adultos con EC que en la población general, sin embargo, no existen estudios que determinen esta prevalencia en nuestro país.
OBJETIVOS
Determinar la prevalencia de enfermedades autoinmunes en pacientes con diagnóstico de EC pertenecientes al Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA).
MATERIALES Y METODOS
Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, en el cual se revisaron las historias clínicas electrónicas de pacientes entre el año 2004 y el 2008, utilizando palabras claves como motores de búsqueda y serología positiva. Se revisaron 390 historias clínicas, de las cuales se hallaron 237 pacientes con diagnóstico serológico de EC. De ellos se seleccionaron 171 pacientes que a su vez tenían confirmación histológica por patólogos entrenados. (Marsh II o más, con serología positiva). Cada una de estas historias clínicas fue analizada nuevamente en búsqueda de enfermedades autoinmunes asociadas.
RESULTADOS
De una población de 147.109 personas afiliadas al Plan de Salud del HIBA, se seleccionaron 171 pacientes con una media de edad al momento del diagnóstico de 45 años (7a 92 años). Un 73% (37) de los pacientes eran mujeres. Cincuenta pacientes (29,2%) presentaron diagnóstico de al menos una enfermedad autoinmune concomitante de los cuales en 7 se diagnosticaron 2 ó más enfermedades autoinmunes.
Las enfermedades autoinmunes más frecuentemente asociadas a la EC fueron la tiroiditis de Hashimoto y la dermatitis herpetiforme, con una prevalencia de 12% y 10% respectivamente. La artritis reumatoidea y el vitíligo presentaron una prevalencia de 2,3 %; el síndrome de Sjögren, la psoriasis, y la alopecia areata una prevalencia del 1,7 %; diabetes insulino dependiente el 1,1% y el resto de las enfermedades autoinmunes (cirrosis biliar primaria, hepatitis autoinmune y lupus eritematoso sistémico) reportaron una prevalencia de 0,6 %. El porcentaje de mujeres del grupo de celíacos con enfermedades autoinmunes fue similar al del grupo general (73%).
CONCLUSIONES
La prevalencia de enfermedades autoinmunes es similar a la observada en otros países. En estos pacientes no encontramos asociación con enfermedad de Addison o colangitis esclerosante primaria. El sexo no parece ser un factor condicionante. La edad al diagnóstico, la adherencia a la dieta libre de gluten y la severidad clínica de la EC, podrían ser factores intervinientes en la aparición de enfermedades autoinmunes asociadas. Sin embargo, el carácter retrospectivo y el escaso número de pacientes de este estudio, no nos permite sacar conclusiones al respecto. Es posible que un estudio multicéntrico pueda aportar mayor información.

TO/PD - 10

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO: CORRELACIÓN CLÍNICA, ENDOSCÓPICA Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON DOBLE DOSIS DE LANSOPRAZOL. ESTUDIO PROSPECTIVO

Cerbán, M(1); Di Bartolo, LM(1); Amé, CJ(1); Ortíz, GA(1)
(1)Hospital Córdoba. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), es un trastorno clínico prevalente en nuestro medio.
OBJETIVOS: Realizar un análisis epidemiológico de ERGE y correlacionar la clínica con los hallazgos endoscópicos y valorar La respuesta al tratamiento instaurado.
MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo tipo caso-control. Pacientes que concurrieron al consultorio externo de gastroenterología del hospital Córdoba entre el 01-03-2008 al 28-02-2009. Se realizó Esofagogastroduodenovideoscopía (EGDV) a todos los pacientes instaurando a todos los pacientes Medidas higiénico Dietéticas para reflujo + lansoprazol 60 mg. VO, controles clínicos a los 15-30 días.
RESULTADOS: Universo 816 pacientes (p.), muestra 46 p. (100%) que presentaron pirosis y/o regurgitación (5,6%). Femeninos 26 p. (56,5%) y masculinos 20 p. (43,5%). Edad media: 48,72+/-17,80 años (17-93); 46 p. (100%) tenían pirosis y 38 p. (82,6%) regurgitación. Pirosis según sexo: femeninos >1 año de evolución 20 p. (76,9%), <1 año de evolución 6p. (23,1%), masculinos con pirosis >1 año de evolución 16 p. (80%) < 1 año de evolución 4p. (20%). Regurgitación según sexo: femeninos 25 p. (96,1%), masculinos 13 p. (65%). Síntomas Asociados: epigastralgia 41 p. (89,1%); náuseas 21 p. (45,6%); vómitos 6 p. (13%) y distensión abdominal 40 p. (86,9%). Antecedentes personales: sobrepeso 22 p. (47,8%); dieta favorecedora de reflujo 34 p. (73,9%); actividad física 10 p. (21,7%); hábitos tóxicos: alcohol 12 p. (26,1%), tabaco 13 p. (28,3%), aspirina 13 p. (28,3%), antiinflamatorios no esteroideos 16 p. (34,8%), drogas ilícitas 6p. (13%); examen endoscópico: esofagitis erosiva (EE) 7 p. (15,21%); esofagitis no erosiva (ENE) 39 p. (84,78%) y hernia de hiato (H.H) asociada 7 p. (15,21%). Luego de 15 días de tratamiento, de los 46 p. (100%), 7 p. (15,21%) persistieron con pirosis y de los 38 p. (82,6%) que presentaron regurgitación, 6 p. (13%) persistieron sintomáticos. A los no respondedores (NR) se agregó dosis estándar de proquinéticos. Control a los 15 días: de los NR a pirosis, 3p. (6,5%) permanecían sintomáticos y 2p. (4,3%) de los que persistían con regurgitación continuaron con la misma. A los NR se los derivó para cirugía anti reflujo (2 p.), ambos con pirosis y regurgitación asociados. Diferencia altamente significativa en respuesta al tratamiento basal vs. control 15 días ($p:<0,000001$) y basal vs.30 días ($p:<0,000001$). Respuesta al tratamiento con IBP del 95,65%.
CONCLUSIONES: La pirosis fue el síntoma prevalente 46 p. (100%). La ENE representó el 84,78% respecto a la EE, 15,21%. Baja asociación con H.H (15,21%). La respuesta al tratamiento a los 30 días fue estadísticamente significativa ($p:<0,000001$) con una respuesta del 95,65% de los pacientes. Los Inhibidores de la bomba de protones a simple o doble dosis son el tratamiento médico de elección para ERGE.

TO/PD - 11

DOLOR ABDOMINAL, HIPERAMILASEMIA Y PANCREATITIS AGUDA

Spiazzi, RA(1); Gutierrez, S(1)
(1)Hospital Posadas. Argentina.

El diagnóstico (diag) de pancreatitis (PA) se plantea en el paciente (pac) que se presenta con dolor abdominal e hiperamilasemia (hiperam). El páncreas produce sólo el 40% de la amilasa total, el aumento total de la amilasa por lo tanto no es específico de PA. Otras condiciones no pancreáticas pueden cursar con dolor similar a PA e hiperam como: colecistitis, colangitis, colédocolitiasis, ó patología intestinal (obstrucción ó pseudobstrucción, isquemia,perforación). Objetivos: mostrar las características clínicas, bioquímicas y de la evolución de una población que ingresa a un hospital público por dolor abdominal e hiperam y PA. Material y métodos: se realizó un análisis retrospectivo de pac adultos internados en los servicios de Clínica Médica y de Terapia Intensiva, período enero-dic de 2007. Se agrupó la población en 3 Grupos (G): dolor abdominal e hiperam sin confirmación morfológica de PA (DeH), PA no severa (PA no S) y PA severa (PAS). La evaluación inicial fue clínica, bioquímica y ecográfica en todos los pac. Resultados: se analizaron un total de 63 pac, G DeH =28, G PA total = 35, PA no S = 21, PAS = 14; 40 mujeres; edad promedio 51 años; la etiología más frecuente fue la biliar 54 (86%) Tabla 1. En esta serie de pac las mujeres predominaron sobre los hombres 40/63; el (G) más joven fue el de PA noS; el dolor presente en todos los pac del G DeH; náuseas y vómitos fueron más frecuentes en PAS; SIRS presente en el 86% de los pac del G PAS, ausente en el PA noS y en 2 pac con diag de colangitis del G DeH; variables del laboratorio similar en los 3 G al igual que compromiso de la vía biliar; el reinicio oral de la ingesta más prolongada en PAS; 3 pac fallecidos, 2/3 desarrollaron síndrome compartimental. Tabla 2 Conclusiones: pac de los grupos DeH y PA no S fueron similares en la presentación y evolución clínica, bioquímica y compromiso vía biliar. La mortalidad sólo se presentó en pac del grupo de PAS.

Tabla 1: Epidemiología y etiología de la población analizada

Total de pac	63
Sexo (fem/masc)	40/23
Edad	51(17-84)
Etiología	
Biliar	54 (85,7%)
Alcohol	4 (6,4%)
Post-CPRE	1 (1,6%)
Indeterminada	4(6,3%)

Tabla 2: Datos analizados por grupos de estudio

	DeH	Pa no Severa	Pa severa
Pac	28	21	14
Edad	53 (17 - 84)	48 (17 - 78)	51 (17 - 75)
Sexo (fem/masc)	17/11	16/5	7/7
Etiologia			
Biliar	23	18	13
Alcohol	1	2	1
post-CPRE		1	
Indeterminada	4		
Dolor típico	28 (100%)	18 (85,7%)	11 (78,6%)
Náuseas y vómitos	16 (57%)	14 (66,7%)	12 (85,7%)
SIRS	2 (7,14%)		11 (78,6%)
Dias de internación	10 (3-34)	13 (2-43)	26 (2-90)
Amilasa	1512 (76-5810)	1602 (141-5209)	1686 (433-3531)
Bilirrubina total	3,88 (0,5-9,7)	4 (1,2-10)	3,2 (1,3-6,4)
Hematocrito ingreso	43 (31-51)	41 (34-52)	43 (35-56)
Hematocrito 48 hs	42 (32-49)	36,4 (32-40)	32,5 (10-46)
Vía biliar dilatada	14 (50%)	11 (52,4%)	7 (50%)
Inicio VO (días)*	2 (1-5)	3,8 (2-8)	16,3(4-75)
Mortalidad	0	0	3

TO/PD - 12

VALOR DIAGNÓSTICO DE LA SEROLOGÍA PARA HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES CON SÍNTOMAS DIGESTIVOS ALTOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO

Billordo, AR(1); Stafuza, M(1); Mosqueda, N(1); Romero, S(1); Scalamogna, A(1); Picón, S(1)
(1)Hospital Julio C. Perrando. Argentina.

Introducción: La infección por Helicobacter pylori (H. pylori) desempeña un papel fundamental en el desarrollo de diversas enfermedades digestivas, por lo que su identificación representa un capítulo clínicamente revelante. Sin embargo, los test diagnósticos para su detección tienen ventajas y desventajas y ninguno puede ser considerado gold standard. Objetivo: Determinar el valor diagnóstico de la serología para H. pylori comparada con la histología en pacientes con síntomas digestivos altos que concurrieron al Servicio de Gastroenterología de un Hospital Público. Material y Métodos: Se evaluaron pacientes adultos con síntomas digestivos altos que concurrieron al Servicio de Gastroenterología del Hospital "Dr. Julio C. Perrando", durante el período Septiembre 2.008-Abril 2.009. En cada paciente se realizaron como prueba para el diagnóstico de H. pylori: serología dosaje de anticuerpos tipo IgG (MÉTODO) e histología. El criterio de validación considerado para muestras reactivas fue un valor de IgG mayor a 30 UR/ml. Las muestras de biopsia obtenidas fueron coloreadas con técnicas de rutina (Técnica de Hematoxilina-Eosina) y se confirmaron con coloración de Giemsa. Los datos fueron cargados en tabla Excel V.5.0 y procesados mediante Programa Epi-Info V.6.0. Se obtuvieron los valores de las siguientes pruebas: sensibilidad; especificidad; valor predictivo positivo (VPP); valor predictivo negativo (VPN), utilizando a la histología como estándar ideal.
Resultados: Fueron seleccionados 68 pacientes con síntomas digestivos altos de los cuales 47 (sexo femenino) y 21 (sexo masculino). Las edades estuvieron comprendidas entre 20 y 85 años. Del total 61 (89,7%) pacientes consultaron por epigastralgia. Se obtuvo con la serología IgG una sensibilidad de 95,1%; una especificidad de 33,3%; VPP 68,4%; VPN 81,8%. Conclusiones: Si bien la técnica serológica para H. pylori resultó con una alta sensibilidad, la baja especificidad de la misma podría interferir en la totalidad de la prueba, por lo que la histología seguiría siendo la prueba ideal para el diagnóstico de infección por H. pylori en los pacientes seleccionados.

TO/PD - 13

ULCERA ANTRAL GASTRICA INDUCIDA POR NAPROXENO.PREVENCION CON ESOMEPRAZOL Y AGRAVACION CON INDOMETACINA, EN RATAS

Laudanno, OM(1); Bedini, OA(2); San Miguel, P(3); Cesolari, JA(4); Villarruel, R(5)
(1)Hosp. Centenario. Sala 15..Gastroenterologia (2)Hosp. Centenario. Sala 15. Gastroenterologia (3)Centenario..Sala 15. gastroenterologia (4)Catedra de Histologia. Facultad de Medicina. UNR. (5)Centenario..Sala 15.. Gastroenterologia. Argentina.

Se postulo al antiinflamatotio no esteroide Naproxeno(NA), inhibidor no selectivo de la COX.1 y COX.2, como inductor de ulcera antral gastrica,dado por via oral,a diferencia del metodo de Satoh donde la Indometacina (INDO)fue dada SC y despues de una comida solida (CS).El objetivo fue estudiar si NA dado por via SC despues de una CS o por via orogastrica(OG),provoca ulcera antral gastrica, asi como su prvencion con ESOMEPRAZOL(ESO) y su agravacion con INDO. Grupos randon de ratas Wistar(n=7 c/grupo), 200 g, ayunas 24 hs excepto agua adlibitum,se realizaron los experimentos:1) CS 2hs, INDO 30 mg/Kg SC y sigue CS 24 hs(testigo). 2) CS.2hs NA SC 80 mg/Kg SC y CS 24hs, 3). NA. 50, 80 y 100 mg/Kg OG c/12 hs 3 dias (testigo).4) NA.OG c/12 hs 3 dias simultaneo ESO 5 mg/Kg SC. 5)NA.OG c/12 hs 3 dias mas Indo 10 mgKgSC c/12 hs 3 dias. Todas las ratas fueron sacrificadas con sobredosis de eter, se realizo laparotomia,gastrectomia total,su apertura por curvatura mayor,tabulacion del area ulcerosa antral gastrica por planimetria y posterior histologia (HE).Se calculo la "t" de Student y el ANOVA (kruskal Wallis). El % area ulcerosa antral gastrica dio: 1) 25 +-7. 2)1 +-0.1(p <0.001).3) 12.5+-5. Dosis de 80 mg /KG todas dieron ulcera, con 100 mg 50% obitos.4.1+-0.1(p<0.001, 5) 25 +-6 (<0.01). La microscopia mostro en los grupos 1,3 y 5 ulceras en antro gastrico. Conclusiones. NA dado OG dio electivamente ulcera antral gastrica , que fue prevenida con ESOMEPRAZOL y agravada con Indometacina, siendo un nuevo modelo experimental.

TO/PD - 14

VENTAJAS DE LA COLONOSCOPÍA VIRTUAL CON DISTENSIÓN CON BOMBA INSUFLADORA DE CO2

Ulla, M(1); Seehaus, A(1); Levy Yeyati, E(1); Frank, LE(1); Sinclair, ME(1); Gentile, E(1); García-Monaco, R(1)
(1)Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La colonoscopía virtual (CV) ha sido reconocida cómo método de screening para el cáncer colorrectal y es la técnica de elección para el examen completo del colon después de una colonoscopia fallida o incompleta. Este método requiere la distensión del colon, que habitualmente en nuestro país se realiza con aire ambiental y sin control de la presión provocando malestar y mayor riesgo para el paciente. En la actualidad la incorporación de la bomba insufladora de CO2 (BCO2) permite realizar este estudio con mayor comfort y seguridad al permitir insuflar el colon en forma controlada.

Objetivo: Demostrar las ventajas de la distensión colónica con bomba insufladora de CO2 en comparación con la insuflación manual de aire ambiental (AA) en los estudios de CV.

Materiales y métodos: Desde febrero hasta julio de 2009 se efectuaron 300 CV (138 hombres, 162 mujeres) con edades comprendidas entre los 36 y 88 años (media 67). Todo ellos realizaron una limpieza intestinal a base de fosfatos con el agregado de contraste iodado por vía oral con el objetivo de teñir restos de materia fecal. A 150 pacientes (ptes) se les efectuó la CV con distensión colónica a través de una BCO2 a una presión regulada y controlada automáticamente entre 15 y 25mmHG. A los 150 ptes restantes se le distendió el colon con AA en forma manual. Se clasificó el discomfort de todos los pacientes en 4 grados: G1: no discomfort, G2: discomfort leve, G3: moderado y G4: severo.

Resultados: La CV con distensión con BCO2 fue clasificada en G4 en 0 pts, G3 en 7 pts (4.66%), G2 en 30 pts (20%) y G1 en 113 pts (75.33%). La CV con distensión con AA fue clasificada en G4 en 12 pts (8%), G3 en 108 pts (72%), G2 en 15 pts (10%) y G1 en 15 pts (10%) (Tabla I). El tiempo promedio de la duración del estudio fue de 30 +/- 5 minutos para la distensión BCO2 sin detectarse complicaciones y 20 +/- 5 minutos par la distensión manual con AA en donde 2 pacientes presentaron un cuadro de hipotensión relacionado a reflejo vaso vagal.

Conclusión: Si bien el estudio con bomba de CO2 es de mayor duración debido al pasaje lento, sostenido y del gas, éste resulta de menor discomfort en comparación con la insuflación manual de aire ambiental. La presión regulada y controlada del gas ofrece además una mayor seguridad con menor riesgo de complicación que la insuflación manual.

Tabla I. Resultados

Grado de Comfort	Distensión con bomba CO2	Distensión manual con aire ambiental
G1	113(75.33%)	15(8%)
G2	30(20%)	15(72%)
G3	7(4.66%)	108(10%)
G4	0(0%)	12(10%)

TO/PD - 15

CORRELACION CLINICA MANOMETRICA EN LA CONSTIPACION POR OTS

Pratto, D(1)
(1)cedyca. Argentina.

Correlación clínica manométrica en los pacientes con constipación por obstrucción de tracto de salida

Introducción:
La constipación es una de las causas más frecuentes de consulta gastroenterológica, repercutiendo negativamente en la calidad de vida; causa de automedicación y alto impacto económico en sistemas de salud con una prevalencia de 1.9 y el 27.9%(mediana de 1 a 19 %) con índice femenino: masculino de 2,2:1-
La constipación por obstrucción del tracto de salida (OTS) es una variedad que tiene transito intestinal normal con función pélvica anormal como consecuencia de la disfunción de la musculatura del piso pelviano (anatómica y funcional) asociado típicamente con esfuerzo defecatorio prolongado y sensación de evacuación incompleta.
Objetivo:
Evaluar la correlación entre la sospecha clínica de constipación por obstrucción de tracto de salida y los hallazgos manométricos compatibles con hipertonía del canal.
Materiales y métodos:
Se incluyó prospectivamente a los pacientes que cumplían los siguientes criterios de inclusión:
-Ptes con menos de 3 deposiciones por semana asociado a sensación de evacuación incompleta; evacuación en dos tiempos, maniobras digitales y bolo fecal durante más de 12 meses-
A los ptes incluidos se les realizó una videocolonscopia y colon por enema doble contraste, descartando lesión orgánica y megacolon.
Se les realizó una manometría anorrectal con sistema de perfusión según técnica habitual determinando presión de reposo del canal anal inhibitorio; compliance y sensibilidad rectal.
La hipertonía del canal anal se definió como incremento de la presión basal del esfínter anal durante el retiro rápido y/o ausencia de ascenso o incremento de la presión durante el pujo.
Resultados:
Durante un periodo de 18 meses se incluyeron a 50 ptes que cumplían los criterios de inclusión; estos ptes fueron derivados por gastroenterólogo y/o proctologos. El 94% fueron mujeres con una edad promedio de 51.4 años (rango 17/89 años).La correlación entre la clínica compatible con constipación por OTS y los hallazgos manométricos compatible con hipertonía del canal anal fue del 90%(45ptes). Como dato adicional en los ptes evaluados se les diagnóstico ulcera rectal solitaria en 3(6%).
Conclusión:
Existe una alta correlación entre la sospecha clínica de constipación por obstrucción de tarcto de salida con el diagnóstico manométrico de hipertonía del canal anal.
Como conclusión adicional es interesante que el 6% de estos pacientes presentaban úlcera rectal solitaria por lo cual podría inferirse que la hipertonía del canal anal podría intervenir en la fisiopatología de esta entidad.

TO/PD - 16

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON HEPATITIS C

Arzeno, M(1); Bellusci, N(1); Blanco, M(1); Civetta, E(1)
(1)Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende Mar del Plata. Argentina.

Introducción: La hepatitis C tiene un impacto global; según la Organización Mundial de la Salud hay 170 millones de infectados en el mundo, el 3% de la población mundial. La prevalencia de HCV en la población general ha sido poco estudiada en nuestro país y se estima que es cercana al 2%, sin embargo, parecen existir en la Argentina, focos de alta prevalencia, quizás por situaciones epidemiológicas de riesgo. Objetivo: Conocer el perfil clínico-epidemiológico de la población infectada por HCV atendida en la Unidad de Hepatología y Alcoholismo del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende de Mar del Plata entre enero 1998 a diciembre de 2008.Materiales y métodos: Se analizaron 219 historias clínicas de infectados por virus de HCV de enero de 1998 a diciembre de 2008.Las variables seleccionados fueron 1)edad a la consulta y 2)edad al diagnostico de Hepatitis, 3) sexo,4) coinfección con HIV, 5) factores de riesgo a saber : cirugías, diálisis, transfusiones , uso de sustancias inhalada, endovenosa, tatuajes, piercing, pareja, familiar, acupuntura; 6) derivado de banco de sangre o no, 7) consumo de alcohol, 8) nivel de transaminasas elevadas dos veces el valor normal o no, 9) genotipo, 10) grado fibrosis (según Metavir), 11)cirrosis al diagnostico de HCV. Resultados: 38% fueron mujeres y 62% hombres, la edad promedio a la consulta fue de 48 años y al diagnostico fue de 42.5. El 10% tenían coinfección con HIV. El 19% no tenían factor de riesgo identificado, el 24% tenían mas de un factor de riesgo, los mas frecuentes fueron uso de sustancia endovenosa 37%, inhalada 25%, cirugía 34%, transfusión 16% . tatuajes 9%, pareja 7%, acupuntura 2% , diálisis 1% familiar 0.5% . El 20% fue derivado de banco de sangre. El 49% consumían alcohol y de estos el 19% consumían mas de 60 gr. de alcohol por día. 63% tenían ALAT 2 veces por encima del valor normal. Se pudieron "genotipificar" 106 pacientes (48%) correspondiendo el 58% al genotipo 1, el 27% al 3, 11% al 2 y 4% 4. Un paciente presentaba 2 genotipos (1-3).Se biopsiaron 94 (43%) pacientes y al evaluar fibrosis 26,5% presento F0, el 26.5% F1, F2 16%, F3 20%, F4 10,5% .El 13% tenían cirrosis al diagnostico de HCV, diagnosticada por histología o por parámetros clínicos. Conclusiones: El perfil clínico-epidemiológico de los pacientes concuerda en rasgos generales con los datos epidemiológicos de nuestro país. Los pacientes en su mayoría hombres, con una edad promedio de 48 años. El genotipo mas frecuente fue el 1, y luego el 3. El 80% de los pacientes tenían factores de riesgo, los mas frecuentes el uso sustancias endovenosa e inhaladas .Otro antecedente importante fue el quirúrgico en un 34% de pacientes. La histología de las biopsias mostró en la mayoría un score de fibrosis bajo, mas del 50% tenían F0-F1. El 13% de los pacientes el diagnostico fue en etapa avanzada de la enfermedad.

TO/PD - 17

HEPATITIS AGUDA GRAVE Y FALLA HEPÁTICA AGUDA EN UN HOSPITAL DEL NORDESTE ARGENTINO

Paredes, S(1); Cejas, NG(1); Candia, CF(1); Cueto, G(1); Prochasko, M(1); Duek, F(1); Lendoire, J(1); Imventarza, O(1)
(1)Hospital de Alta Complejidad "Pte. Juan D. Perón". Formosa. Argentina.

Introducción: La falla hepática aguda (FHA) es una entidad poco frecuente definida como un daño hepático agudo severo con deterioro de la función de síntesis hepática y encefalopatía en una persona previamente sana. Se incluyen en este síndrome la Enfermedad de Wilson y la hepatitis autoinmune no reconocida previamente (en un lapso de 26 semanas), y que debutan con esta forma de presentación. A pesar de los avances en el manejo, la mortalidad sigue siendo elevada. El único tratamiento en los pacientes que no retrogradan espontáneamente es el trasplante hepático de emergencia. La Hepatitis Aguda Grave (HAG) se define como aquella hepatitis aguda con deterioro de la función hepática (Concentración de protrombina < 50%) sin encefalopatía. Objetivo: Describir las causas, formas de presentación y evolución de la HAG y la FHA en un centro de trasplante hepático del nordeste argentino. Diseño: estudio retrospectivo, descriptivo, observacional. Materiales y métodos: Se analizaron los casos de HAG y FHA que fueron internados en el Hospital de Alta Complejidad "Pte. Juan D. Perón" de Formosa en un período de 18 meses desde el inicio del programa hepático en esta institución. Resultados: Fueron ingresados con este diagnóstico 8 pacientes, 5 varones y 3 mujeres, con un promedio de edad de 27.5 años, dos sin evidencia de encefalopatía (HAG) y seis con diagnóstico de FHA. Dos pacientes procedían de la provincia de Formosa, dos de Corrientes, y los demás provenían de las provincias de Misiones, Jujuy, Santiago del Estero y San Juan. El 75% no contaba con cobertura social. El tiempo promedio desde el diagnóstico hasta la derivación al centro de trasplante fue de 10.3 días. Al ingreso 3 pacientes (37.5%) presentaban encefalopatía grado IV. El valor promedio de TGP fue de 1300 UI (rango: 280-3400), el de RIN 3.93 (R: 2.6->7), el de Bilirrubina total 27.7 mg% (R: 7-43), el score de MELD promedio fue 33 con un rango de 27 a 40. Con respecto a las etiologías se logró identificar la causa en 5 pacientes, Hepatitis aguda por virus B en dos de ellos, secundaria a toxicidad por drogas en dos casos, Hepatitis autoinmune en uno. Evolución: Tres pacientes fueron incluidos en lista de emergencia de trasplante hepático. De ellos dos accedieron al mismo, y uno falleció en lista de espera. El tiempo promedio de espera en lista fue de 2.6 días. Una paciente, que ingresó en fallo multiorgánico, no pudo ser incluida en lista de espera y falleció dentro de las 24 hs del ingreso. Los restantes pacientes tuvieron una resolución espontánea. Conclusión: La HAG y la FHA son síndromes con alta mortalidad, cuyo pronóstico depende en gran medida de la derivación precoz a un centro de trasplante hepático. En esta serie, en el Hospital de Alta Complejidad de Formosa la sobrevida fue del 75% por resolución espontánea o trasplante. Este centro está capacitado para recibir pacientes con HAG/FHA de todo el Nordeste argentino e incluso de otras regiones.

TO/PD - 17

HEPATITIS AGUDA GRAVE Y FALLA HEPÁTICA AGUDA EN UN HOSPITAL DEL NORDESTE ARGENTINO

Paredes, S(1); Cejas, NG(1); Candia , CF(1); Cueto, G(1); Prochasko, M(1); Duek, F(1); Lendoire, J(1); Imventarza, O(1)
(1)Hospital de Alta Complejidad "Pte. Juan D. Perón". Formosa. Argentina.

Introducción: La falla hepática aguda (FHA) es una entidad poco frecuente definida como un daño hepático agudo severo con deterioro de la función de síntesis hepática y encefalopatía en una persona previamente sana. Se incluyen en este síndrome la Enfermedad de Wilson y la hepatitis autoinmune no reconocida previamente (en un lapso de 26 semanas), y que debutan con esta forma de presentación. A pesar de los avances en el manejo, la mortalidad sigue siendo elevada. El único tratamiento en los pacientes que no retrogradan espontáneamente es el trasplante hepático de emergencia. La Hepatitis Aguda Grave (HAG) se define como aquella hepatitis aguda con deterioro de la función hepática (Concentración de protrombina < 50%) sin encefalopatía. Objetivo: Describir las causas, formas de presentación y evolución de la HAG y la FHA en un centro de trasplante hepático del nordeste argentino. Diseño: estudio retrospectivo, descriptivo, observacional. Materiales y métodos: Se analizaron los casos de HAG y FHA que fueron internados en el Hospital de Alta Complejidad "Pte. Juan D. Perón" de Formosa en un período de 18 meses desde el inicio del programa hepático en esta institución. Resultados: Fueron ingresados con este diagnóstico 8 pacientes, 5 varones y 3 mujeres, con un promedio de edad de 27.5 años, dos sin evidencia de encefalopatía (HAG) y seis con diagnóstico de FHA. Dos pacientes procedían de la provincia de Formosa, dos de Corrientes, y los demás provenían de las provincias de Misiones, Jujuy, Santiago del Estero y San Juan. El 75% no contaba con cobertura social. El tiempo promedio desde el diagnóstico hasta la derivación al centro de trasplante fue de 10.3 días. Al ingreso 3 pacientes (37.5%) presentaban encefalopatía grado IV. El valor promedio de TGP fue de 1300 UI (rango: 280-3400), el de RIN 3.93 (R: 2.6->7), el de Bilirrubina total 27.7 mg% (R: 7-43), el score de MELD promedio fue 33 con un rango de 27 a 40. Con respecto a las etiologías se logró identificar la causa en 5 pacientes, Hepatitis aguda por virus B en dos de ellos, secundaria a toxicidad por drogas en dos casos, Hepatitis autoinmune en uno. Evolución: Tres pacientes fueron incluidos en lista de emergencia de trasplante hepático. De ellos dos accedieron al mismo, y uno falleció en lista de espera. El tiempo promedio de espera en lista fue de 2.6 días. Una paciente, que ingresó en fallo multiorgánico, no pudo ser incluida en lista de espera y falleció dentro de las 24 hs del ingreso. Los restantes pacientes tuvieron una resolución espontánea. Conclusión: La HAG y la FHA son síndromes con alta mortalidad, cuyo pronóstico depende en gran medida de la derivación precoz a un centro de trasplante hepático. En esta serie, en el Hospital de Alta Complejidad de Formosa la sobrevida fue del 75% por resolución espontánea o trasplante. Este centro está capacitado para recibir pacientes con HAG/FHA de todo el Nordeste argentino e incluso de otras regiones.

TO/PD - 18

ERRADICACION DEL HELICOBACTER PYLORI EN LAS LESIONES AGUDAS DE LA MUCOSA GASTRODUODENAL: COMPARACION ENTRE 2 ESQUEMAS DE 1° LINEA (RESULTADOS PRELIMINARES)

Stupnik, S(1); Rafaelli, C(1); Osorio Gonzalez, G(1); Bravo, M(1); Szarfer, J(1); Parisi, C(1); Viúdez, P(1)
(1)Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich"

Introducción: Diferentes consensos internacionales recomiendan para la erradicación del Helicobacter Pylori una terapia triple con un inhibidor de la bomba de protones asociado a claritromicina y amoxicilina por un periodo de 7-10 días, en los que se demuestra una tasa de erradicación superior al 80%; así mismo, varios trabajos demostraron que un triple esquema (utilizado como esquema de rescate) conteniendo un IBP asociado a amoxicilina y una quinolona, principalmente levofloxacina posee una tasa de erradicación del 90%.
Objetivos: Evaluar y comparar la eficacia en la erradicación del Helicobacter Pylori en pacientes con lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal, con dos esquemas triples de primera línea: Omeprazol + Claritromicina + Amoxicilina vs Omeprazol + Levofloxacina + Amoxicilina.
Materiales y Métodos: Se efectuó un ensayo clínico prospectivo, abierto y randomizado desde Septiembre del 2007 hasta la fecha , en el que se incluyeron 56 pacientes del total requerido en el protocolo (107) según el tamaño teórico de la muestra calculado originalmente, con diagnóstico de lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal evidenciadas por Video-endoscopia digestiva alta. La presencia de infección por el Helicobacter Pylori se estableció por histología y por un test de ureasa rápido. Luego de la confirmación se randomizaron los pacientes en dos grupos: Grupo 1: omeprazol 20 mgs c/12h, amoxicilina 1000 mg c/12 horas y claritromicina 500 mg c/12 horas . Grupo 2: omeprazol y amoxicilina mas levofloxacina 500 mg c/12 horas; con una duración de 7 días de tratamiento. El control de la erradicación se realizó luego de las 6 semanas de finalizado el mismo mediante el UBT test.
Resultados: Se incluyeron 56 pacientes, 26 hombres y 30 mujeres, de los cuales 3 abandonaron el ensayo por mala tolerancia y de los 53 restantes 11 completaron el tratamiento sin efectuar aún el control de erradicación; 42 pacientes fueron objeto del análisis preliminar, divididos en: Grupo I: 23 pacientes y Grupo II: 19 pacientes. 19 del Grupo I (82.6%) y 14 del Grupo II (73.6%) erradicaron la bacteria, con una P< 0.7 (no significativa). 4 pacientes del grupo I y 6 del grupo II presentaron efectos adversos esporádicos (diarrea, dolor abdominal).
Conclusiones: En el esquema de primera línea la resistencia creciente a la Claritromicina parece ser la causa de la disminución de la eficacia de dicho tratamiento, por lo tanto es necesario conocer otros regimenes alternativos que sean simples, efectivos y seguros. En el presente ensayo (preliminar), nuestros resultados demuestran que no existen diferencias significativas en la tasa de erradicación, cuando se utiliza Claritromicina o Levofloxacina, asociados a Amoxicilina y Omeprazol como esquemas de 1° línea.

TO/P - 01

POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR: NO SOLO PREVENCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL. ALGORTIMO DE PESQUISA DUODENAL

Collia Avila, KA(1, 2); Gutierrez, A(1, 2); Lumi, CM(1); Gualdrini, UA(1, 2); Masciangioli, G(1, 2); Fernandez Marty, P(1, 3); Monestes, J(1, 4); Graziano, A(1); Suarez, A(1, 5); Sautu, A(1, 5); Gonzalez, O(1, 5); Corti, R(1, 6)
(1)Dr. Carlos Bonorino Udaondo (2)Unidad de Coloproctología (3)Unidad de Cirugía (4)Unidad de Cirugía. Sección Vías Biliares (5)Servicio de Endoscopía (6)Unidad de Estómago. Argentina.

INTRODUCCIÓN: la poliposis adenomatosa familiar (PAF) es una enfermedad hereditaria que se transmite en forma autonómica dominante, producida por mutaciones germinales que darán alteraciones en todas las células del organismo.
La afección duodenal es la segunda causa de muerte en pacientes colectomizados.
El riesgo de cáncer duodenal o periampular varía del 4 al 12% (330 veces mayor que en la población general)

Objetivos: presentar el algoritmo de pesquisa en duodeno y la experiencia del Registro de Poliposis del Hospital Dr. Carlos Bonorino Udaondo.

Método: análisis retrospectivo de la base de datos prospectiva del Registro de Poliposis del Hospital Dr. Carlos Bonorino Udaondo, que incluye 1571 individuos registrados, 534 con diagnóstico de PAF a los que se indicó realizar endoscopia digestiva alta.

Resultados: se efectuaron 194 duodenoscopias, encontrando pólipos en 54 pacientes correspondiendo a Spigelman 0-1: 47 individuos; Spigelman II: 2; y Spigelman IV:5 los cuales al no responder al tratamiento médico o endoscópico por lo cual se les efectúo una duodenopancreatectomía.
En los últimos diez años no se encontraron cánceres duodenales.

Conclusión: el seguimiento adecuado del tracto digestivo alto en pacientes con poliposis adenomatosa familiar disminuye el riesgo de cáncer duodenal.

TO/P - 02

RELACIÓN ENTRE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI Y ACNÉ

Carri, JH(1); Vidal, GdC(1)
(1)Sanatorio Allende - Córdoba. Argentina.

Introducción
El presunto rol de la infección por Helicobacter pylori (Hp) en algunas afecciones cutáneas ha generado interés en diferentes investigaciones. A su vez, la acné es una enfermedad de muy alta prevalencia y su etiofisiopatogenia no está aún completamente dilucidada.
Objetivo
Investigar la existencia de relación entre la infección por Helicobacter pylori y la acné en un trabajo observacional, analítico, prospectivo, transversal y controlado.
Material y métodos
Pacientes: 60 sujetos de ambos géneros, de 14 a 29 años de edad, con acné inflamatoria.
Grupo control: 50 personas sin enfermedad dermatológica.
En todos los individuos se estudiaron datos epidemiológicos (eliminación de excretas domiciliarias, convivencia con adultos, niños y especies de animales domésticos), tiempo de evolución de la enfermedad (en los pacientes) y examen físico exhaustivo con el fin de corroborar la existencia, localización y grados de acné o descartar la patología en piel. Se solicitó a todos una muestra de materia fecal para investigación de antígenos de Hp mediante técnica enzimática de inmunoensayo (ELISA) - Genesis Diagnostics Ltd HpAGT-GD 100, Littleport, Cambridgeshire, United Kingdom.
Estadística. Los datos tomados se procesaron en programa SPSS (versión 10.0) para Windows. Se aplicó test de Chi cuadrado, desviación standard y error standard. Se consideró como diferencia significativa: p<0.05.
Resultados
El grupo de enfermos con acné registró un 40 % de positividad de Hp y el de controles un 26%. Existió un 44 % de mujeres positivas entre las acneicas y sólo un 22 % entre las mujeres controles (diferencia significativa).
Los enfermos de acné que poseían cloacas en su vivienda arrojaron una positividad para Hp de 44 %; los controles, en condiciones similares, de 22 % (diferencia significativa). El número de pacientes con eliminación de excretas mediante pozo era sólo de diecinueve, con 32 % de positividad de la infección por Hp.
La presencia de animales domésticos en la vivienda no presenta relación neta con la positividad de Hp en heces: es positiva en el 29 % de los pacientes y en el 27 % de los controles.
ConclusionesSe ha observado diferencia entre el grupo de pacientes y de controles con respecto al hallazgo de Hp (40% y 26% respectivamente).Hubo mayor positividad para Hp en mujeres con acné en comparación con mujeres sanas, 44% y 22 % (diferencia significativa).
Existió mayor presencia de Hp en pacientes con acné que poseían cloacas en sus domicilios con respecto a los controles en similares condiciones (diferencia significativa: 44 % y 22%): a la inversa, los enfermos y controles con pozo en sus viviendas, acusaron menor positividad para el germen.
En esta población total, la ocupación laboral, el número de convivientes, la severidad de la acné, su localización y tiempo de evolución, no constituírian variables vinculadas con la infección.

TO/P - 03

MODIFICACIÓN DE LAS FRECUENCIAS SONORAS DEL ABDOMEN INDUCIDAS POR LA INGESTA DE LACTULOSA ORAL

Dima, G(1); Peralta, D(1); Soifer, L(1); Besasso, H(1); Magoud, M(2)
(1)CEMIC (2)Músico. Argentina.

Los avances tecnológicos permiten actualmente capturar los sonidos, digitalizarlos y analizar mediante programas informáticos las características de las ondas sonoras del abdomen. Los ruidos abdominales son tal vez la expresión audible de la actividad motora del tubo digestivo.
Objetivo: Estudiar las posibles modificaciones que pudiera provocar el agregado de un hidrato de carbono no absorbible (lactulosa 10 gr.) en la frecuencia sonora de los ruidos abdominales.
Pacientes y métodos: Fueron grabados los sonidos del abdomen en 13 sujetos asintomáticos. (4 hombres y 9 mujeres, 43 ± 8 años). Las grabaciones, fueron realizadas durante 5 minutos y en dos oportunidades para cada sujeto. Primero en ayunas y nuevamente a las dos horas de efectuada la ingesta de una solución conteniendo 10 gr. de lactulosa. Los componentes del sistema instrumental de registro de los sonidos consta de un Grabador Minidisc, fuente de alimentación, cables de conexión de audio, faja de sujeción abdominal con atenuación de ruidos externos, y un micrófono incorporado dentro del cabezal de un estetoscopio. El estetoscopio fue siempre fijado a tres traveces de dedo por encima del ombligo. Las frecuencias sonoras promedio fueron analizadas mediante software específico.
Resultados: El promedio de la frecuencia sonora aumento de 280.54±39 Mhz a 336.99±55 Mhz antes y después del agregado de la lactulosa. Se verificaron entre ambas mediciones, diferencias significativas P=0,006 (test de t para datos apareados con dos colas). El IC95% de las diferencias fue de 56±37 Mhz.
Conclusiones: La lactulosa produce modificaciones significativas en las frecuencias sonoras del abdomen. Los cambios sonoros podrían ser de utilidad para evaluar de un modo no invasivo la actividad motora del intestino.

TO/P - 04

TRASPLANTE HEPATICO EN PACIENTES CON HEPATITIS C. ANALISIS DE DOS PERIODOS

Trigo, P(1); Aballay Soteras, G(1); Braslavsky, G(1); Cejas, N(1); Barros Schelotto, P(1); Duek, F(1); Lendoire, J; Imventarza, O(1)
(1)Hospital Dr Cosme Argerich. Argentina.

Introducción: El virus de la hepatitis C es una de las causas mas frecuente de trasplante en todo el mundo. Se ha descrito que los trasplantados en años recientes la sobre vida es menor.
Objetivo: Comparar las características de los pacientes trasplantados por VHC y analizar la evolución a mediano plazo de los pacientes trasplantados en los primeros 5 años de la unidad (grupo I; 1995-2000) con los trasplantados en la segunda etapa (grupo II; 2000-2005.
Pacientes y Método: Entre el 11 de Julio de 1995 y el 11 de Julio de 2005 se trasplantaron 60 pacientes con serología positiva para VHC. De estos, 6 pacientes tenían diagnóstico asociado de HCC , 7 alcohol y 2 cirrosis biliar primaria, 1 re trasplante de otro centro y fueron excluidos del análisis. Se analizaron las siguientes variables: edad, Sexo, Child, incidencia de rechazo agudo precoz y sobrevida al 5° año.
Resultados: Ver Tabla
Discusión: En nuestra experiencia de 10 años los pacientes trasplantados por hepatitis C sin HCC ni OH asociado no han tenido peor evolución en los últimos años. Hay tendencia al trasplante en pacientes en mejor estado (Child A), con la consiguiente menor necesidad de transfusiones en el segundo periodo (6 vs 13.68)

Resultados

	Grupo I	Grupo II	p
N	22/132	22/146	0.42
Edad Promedio	48.68	48	0.81
Sexo Femenino	10	9	0.76
Child A/B/C	3/11/8	7/12/3	No significativo
Tiempo en lista	503	475	0.059
Rechazo temprano	0	3	0.07
UGR	13.68	6	0.058
Sobrevida 5 años	59%	55%	0.73

TO/P - 05

INCIDENCIA DE METAPLASIA INTESTINAL, FORMAS DE PRESENTACIÓN E INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI

Bonacina, Pl(1); Castellanos, F(1); Chaar, E(1); Etchart, C(1); Iliescas, A(1); di Risio, C(1)
(1)Hospital de Agudos Jose Maria Penna. Argentina.

Introducción
Se cree que existe una vía de progresión del cáncer gástrico de tipo intestinal, iniciada por la infección de la mucosa por Helicobacter pylori.
La metaplasia intestinal incompleta se encuentra en 80% de los cáncer gástricos de tipo intestinal. Es por ello que determinamos la incidencia de metaplasia intestinal en las biopsias de antro gástrico y su relación con la infección por Helicobacter pylori.
Objetivo.
Evaluar la incidencia de metaplasia intestinal, su apariencia macroscópica, la histología y su relación con Helicobacter pylori.
Materiales y métodos.
Se evaluó de forma retrospectiva 336 biopsias de antro gástrico por medio de endoscopía digestiva, en hombres y mujeres de 18 a 80 años que se presentaron al servicio de Gastroenterología durante el periodo de abril de 2007 a marzo de 2009, y se seleccionaron las que presentaron metaplasia intestinal.
Criterios de Inclusión: 1. Diagnóstico de metaplasia intestinal en biopsias de antro gástrico teñidas con hematoxilina-eosina, 2. Consentimiento informado por el paciente para la realización de endoscopía digestiva y biopsias.
Criterios de Exclusión: 1.Hombres y mujeres > 18 años y < de 80 años, 2. Mujeres embarazadas o en período de lactancia, 3. Historia previa de infección por Helicobacter pylori que hubiesen recibido tratamiento de erradicación, 4. Pacientes en tratamiento con antibiótico, 5. Pacientes en tratamiento con inhibidor de la bomba de protones por lo menos una semana antes de la endoscopia, 6. Diagnóstico de cáncer gástrico.
Se interrogó a los pacientes con respecto a su edad, género, motivo de consulta, antecedentes familiares, cirugías de estomago y/o duodeno previas, uso de antiinflamatorios no esteroides, consumo de alcohol y tabaco.
Resultados.
De las 336 biopsias de antro, 60 (17.8%) pacientes presentaron metaplasia intestinal en 24 meses. De éstas, 41 biopsias (68.3%) presentaron metaplasia intestinal completa y sólo 19 (31.6%), metaplasia intestinal incompleta.
Se detectó infección por Helicobacter pylori en sólo un 36.6% de las biopsias con metaplasia intestinal. El 72% de éstas eran de tipo completa y sólo un 28%, incompleta. Epigastralgia y hemorragia digestiva fueron los síntomas más frecuentes. Los hallazgos
macroscópicos más frecuentes fueron gastropatía superficial (41.6%), gastropatía erosiva (26.6%) y úlcera péptica (23.3%).
Conclusiones.
Encontramos una baja incidencia de metaplasia intestinal, únicamente 17.8% en 24 meses. Las biopsias de metaplasia intestinal incompleta representaron sólo un 0.05% (19 pacientes) en 24 meses.
La población que acudió a este servicio presentó una incidencia acumulada en 24 meses de 0.06% de infección por Helicobacter pylori. Llama la atención que en nuestro país se han reportado incidencias que ascienden a > del 50%. Para determinar las causas de esta baja incidencia es necesario realizar estudios epidemiológicos.

TO/P - 06

EXISTE RELACION ENTRE LOS DIFERENTES COMPONENTES DE LA DIETA Y LAS LESIONES DE LA MUCOSA GASTRODUODENAL?

Lopez Fagalde, R(1); Arco, M(2); Aquilini, F(1); Tonn, F(1); Basile, ML(1); Laborda Molteni, J(1)
(1)Hospital privado de comunidad. (2)Hospital privado de comunidad. Argentina.

Introducción:
En la actualidad existen opiniones encontradas acerca del rol de los hábitos alimentarios y/o hábitos tóxicos (alcohol y tabaco) y la presencia de lesiones en la mucosa gastroduodenal.
Objetivo: estudiar la asociación de los hábitos toxico alimentarios y las patologías de la mucosa gastroduodenal.
Métodos:
Estudiamos los hábitos toxico alimentarios de 220 pacientes derivados para la realización de una video endoscopia digestiva alta,(VEDA), en estudio tipo casos y controles. Todos los pacientes recibieron un cuestionario en referencia a sus hábitos toxico alimentarios previo a la realización de una VEDA. Los pacientes fueron separados en casos definidos como la presencia de lesión gastroduodenal en la VEDA y controles (VEDA informada como normal). Tanto el operador que efectuaba las practicas endoscópicas, como el profesional que confecciono las encuestas desconocían el resultado.
Todos los resultados fueron estratificados de acuerdo al consumo de antiinflamatorios no esteroides, AINES, el uso de inhibidores de la bomba de protones, IBP, y la presencia de Helicobacter Pylori en la biopsia gastroduodenal.
Resultados:
Identificamos 134 pacientes con lesión gastroduodenal y 86 con VEDA normal. Los pacientes con lesión gastroduodenal eran más frecuentemente mujeres, derivados por Dispepsia o Enfermedad por Reflujo Gastroesofagico (ERGE), quienes presentaban mayor porcentaje de biopsias positivas con Helicobacter pylori. De todas las variables estudiadas solamente el consumo de tabaco se asocio en forma estadísticamente significativa a la presencia de lesiones (OR. 2.73; IC 95% 1.07 a 2.69) y el consumo de frutas con un menor riesgo de lesiones en la endoscopia (OR 0.45; IC 95% 0.20 a 0.97).
Conclusión:
Este estudio ha mostrado que solamente dos de las múltiples variables estudiadas (consumo de tabaco y frutas) acerca de los hábitos toxico alimentarios se asocian con la presencia o diminución de la incidencia de lesiones gastroduodonales en la VEDA.

SUPL.1708 G STRO (5728) 9/20/09 05:57 PM Página 18

TO/P - 07

COMUNICANDO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE NUESTROS PACIENTES

Dima, G(1); Peralta, D(1); Caruso, P; Soifer, L(1); Besasso, H(1)
(1)CEMIC. Argentina.

Durante el transcurso del Congreso Argentino de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva 2008, cuyo lema fue "Comunicando para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes", se realizó una encuesta entre los participantes al mismo con respecto a la relación médico-paciente.
Objetivo: valorar la percepción del médico con respecto a la relación médico-paciente en la práctica diaria.
Material y método: en el momento de la inscripción al Congreso Argentino de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva 2008 fue entregada una encuesta en la cual se formulaba la siguiente pregunta: "¿Cree que la comunicación médico paciente es adecuada?", a la que debía responderse por si o por no. A continuación se daban las siguientes opciones, pudiéndose marcar una o más de una: 1. Poco tiempo disponible, 2. Inadecuada formación del médico para comunicar mejor, 3. El paciente no desea comunicarse, 4. Los pacientes son muy agresivos, 5. Prefiero no comunicar demasiado para no aumentar el temor del paciente, 6. Prefiero comunicar poco para que el paciente no me siga haciendo preguntas, 7. Prefiero un paciente desinformado, 8. Prefiero un paciente muy bien informado, 9. Considero que la información disponible en internet dificulta la relación médico-paciente, 10. Considero que la información disponible en internet facilita la relación médico-paciente, 11. Considero sumamente importante escuchar al paciente, 12. No me parece trascendente escuchar demasiado al paciente. Finalmente pusimos a consideración si la intervención de un familiar facilita o complica la consulta.
Resultados: La encuesta fue devuelta por 90 participantes a dicho Congreso, de los cuales 50 fueron de sexo masculino (55%) y 40 de sexo femenino (45%), con una edad media de 47,5 años (rango: 28-72 años). El 77% de los participantes fueron gastroenterólogos, el 9% clínicos, el 9% cirujanos y los restantes fueron de otras especialidades. El 61% consideró que la comunicación médico-paciente no es adecuada. Con respecto a las opciones referidas a la comunicación médico-paciente, el 72% consideró sumamente importante escuchar al paciente, el 54% señaló la opción poco tiempo disponible, el 37% prefirió un paciente muy bien informado, el 29% consideró que la información disponible en internet dificulta la relación médico-paciente, mientras que el 18% afirmó que la facilita. El 19% de los encuestados consideró como inadecuada la formación del médico para comunicar mejor. El resto de las opciones fueron elegidas por menos del 10% de los participantes, mientras que el 14% de los mismos no marcó ninguna opción.
El 59% de los encuestados consideró que la intervención de un familiar facilita la consulta.
Conclusiones: Consideramos que un alto porcentaje de los médicos cree sumamente importante escuchar al paciente y que para ello es poco el tiempo que se le puede dedicar en las consultas. Sería deseable incluir en la formación médica herramientas para establecer una adecuada comunicación médico-paciente.

TO/P - 08

MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS EN HEPATOPATÍAS CRÓNICAS

Carri, JH(1); Vidal, GdC(1); Balzola, SM(1); Martini, G(1); Córdoba, CA(1); Raiden, AK(1); Borghi, ME(1); Mammana, M(1); Gallegos, PA(1)
(1)Sanatorio Allende - Córdoba. Argentina.

Introducción
La coexistencia de hepatopatías crónicas y afecciones cutáneas es observada con frecuencia y las alteraciones pueden ser manifestación de la patología hepática, constituir una asociación clínica o ser expresión de efectos colaterales de fármacos administrados para el tratamiento del trastorno del hígado.
Objetivo
Establecer la presunta relación existente entre enfermedad hepática crónica de diferentes etiologías y alteraciones dermatológicas en un grupo de pacientes ambulatorios.
Material y métodos
Se estudiaron 36 pacientes (consecutivos) con hepatopatía crónica, a quienes se realizó examen físico de piel, mucosas y anexos. Los enfermos fueron diagnosticados en un Servicio de Gastroenterología y valorados en el Servicio de Dermatología de la misma Institución por un único observador, médico dermatólogo.
Trabajo prospectivo, observacional, descriptivo.
Resultados
Treinta y seis pacientes: 23 mujeres (64 %) y 13 hombres (36%).
Distribución por género y edad: Mujeres: edad media de 58 años (rango: 17-75); hombres: edad media de 58 años (rango: 38-77). El 69 % de los pacientes tenía entre 50 y 69 años.
Diagnósticos de hepatopatía crónica: cirrosis alcohólica 16,67%, hipertensión portal esencial 5,56%, hepatopatía crónica viral C 16,67% (en 1 paciente asociada a porfiria cutánea tarda), hepatopatía crónica viral B 5,56% (en 1 caso con cirrosis), hepatitis autoinmune 25%, cirrosis biliar primaria 13,89%, colestasis intrahepática 5,56%, colangitis esclerosante 5,56%, hemocromatosis 2,78 %.
Síntomas asociados con la enfermedad hepática: astenia 47%, distensión abdominal 42 %, artralgias 39%, dolor abdominal 28 %, letargia 19 %, anorexia 11 %, vómitos y náuseas 11 %, apatía 8 %, fiebre 6 %, hematemesis 3 %.
Síntomas asociados con la enfermedad cutánea: prurito 53 %, frialdad de extremidades 33 %, dolor y ardor 11 %.
Signos en el examen físico: ictericia 39 %, alteraciones de la coagulación 33 %, pigmentación alterada 50 %, eritema palmar 30 %, alteraciones de los vasos sanguíneos periféricos 31 %, estrías cutáneas 11%, fotosensibilidad 11 %, afección de la mucosa bucal 44 %. No se observaron alteraciones ungueales.
Pelo: 33 % de los pacientes presentaron algún cambio.
Lesiones elementales: liquenificación 22%, pápulas, máculas, escoriaciones, ulceraciones y cicatrices en menor proporción (3 a 8 %).
Abdomen: ascitis 22%, circulación colateral, hernia umbilical y estrías 11%.
Conclusiones
Estas observaciones revelan la existencia de manifestaciones cutáneas de diversa índole en enfermos con hepatopatía crónica compensada. El aumento de la muestra poblacional permitiría establecer aquellas situaciones clínicas con mayor frecuencia de asociación.

TO/P - 09

CORRELACION CLINICA, ENDOSCOPICA E HISTOLOGICA EN ENFERMEDAD CELIACA DEL ADULTO - EXPERIENCIA CLINICA

Sánchez Vera, CM(1); Higa, M(1); Camps, D(1); Bertola, S(1)
(1)Hospital Privado de Cordoba. Argentina.

Introducción.- Se estima que la prevalencia de la enfermedad celíaca en niños es 1 cada 250 pacientes, los datos en cuanto a los pacientes adultos aun no están claros. Las base para el diagnostico recae sobre los análisis inmunológicos con mas del 80% de sensibilidad. No obstante los síntomas clínicos de presentación como la diarrea, dispepsia, el dolor abdominal no específico son síntomas comunes a todas las enfermedades del aparato digestivo. La detección en adultos y en ocasiones sin síntomas compatibles se encuentra en aumento.

Objetivos.- Analizar las características clínicas de la población sometida a Diagnostico endoscópico y correlacionar los hallazgos con la biopsia de duodeno, calculando sensibilidad y especificidad para los patrones ópticos endoscópicos.

Materiales y métodos.-. Se realizo análisis retrospectivo de endoscopias realizadas en nuestro centro desde enero de 2005 a junio de 2009 en las cuales se hayan tomado biopsia duodenal, correlacionando el hallazgo endoscópico con los resultados de la biopsia duodenal. Se tomo como diagnostico de celiaquía el patrón histológico(escala de marsh) al igual que la corroboración laboratorial. Se realizo análisis estadístico de las variables de la población y estas son expresadas en términos de frecuencia y porcentaje, el calculo de sensibilidad y especificidad se realizó mediante la formula: (sensibilidad/ 1- especificidad).

Resultados.- Durante el tiempo del estudio se llevaron a cabo 650 biopsias duodenales por endoscopia alta. El 78%(509) de los pacientes fueron mujeres. El promedio de edad al momento del estudio fue de 39.46 años (±20.7). Los síntomas y signos principales que motivaron el estudio fueron el dolor abdominal 20%, el hallazgo de anemia 16%, los síntomas dispépticos 12.6%, la perdida de peso 7.4% además de la diarrea 6.9%.
Los hallazgos endoscópicos vinculables con celiaquía constituyeron el patrón de scalloping, patrón nodular del bulbo, patrón en mosaico, disminución del número de pliegues..
Al analizar la sensibilidad y especificidad se observo una sensibilidad del 61.2%, con especificidad del 85,4%, Probabilidad pre test de 30,2%, LR(-) 0,45; LR(+) 4,2; VPP=64,5%; VPN=83.6%.

Conclusión.- La sensibilidad y especificidad de los patrones endoscópicos varia ampliamente según los distintos autores. En nuestra serie los resultados otorgan a la visión endoscopia un VPN importante el cual se eleva aun mas tomando en cuenta los datos clínicos. La enfermedad celiaca debe ser considerada en el diagnostico diferencial en pacientes adultos con sintomatología gastrointestinal inespecífica.

Palabras clave: Enfermedad celiaca, Scalloping, Patrón endoscópico.

TO/P - 10

COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA. ¿QUIENES SON DE RIESGO?

Ferrer, L(1); Sugar, L(1)
(1)Hospital San Roque. Argentina.

Introducción
La causa más frecuente de diarrea en pacientes hospitalizados en países desarrollados es el Clostridium Difficile. La incidencia de la infección ha aumentado notablemente y es responsable de más del 90% de colitis pseudomembranosa.
Objetivo
Analizar los pacientes con colitis pseudomembranosa, su comportamiento y factores de riesgo asociados.
Material y métodos
Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional.
Entre julio 2008 y junio 2009 se analizaron once pacientes internados en el Hospital San Roque de la ciudad de Córdoba. Los datos se obtuvieron de los registros de las Historias Clínicas. Las variables estudiadas fueron sexo, edad, enfermedades asociadas, motivo de la internación, antibióticos recibidos, tiempo de internación y respuesta al tratamiento.
Criterios de inclusión: Pacientes internados de ambos sexos, de 30 a 80 años, con diarrea y colonoscopía compatible con colitis pseudomembranosa.
Criterios de exclusión: Imposibilidad o negación a realizar estudio endoscópico.
Resultados
De los 11 pacientes, 6 fueron varones y 5 mujeres, con una edad promedio de 55 años. El cuadro clínico se caracterizó por dolor abdominal, fiebre y diarrea con moco en todos los pacientes. Las enfermedades asociadas que predominaron fueron hipertensión arterial 6 (54%), diabetes tipo II 3 (27%), insuficiencia renal 2 (18%) y neoplasia del ángulo pontocerebeloso 1 (9%).
Los motivos de internación más frecuentes y por los que recibieron tratamiento antibiótico fueron neumonía aguda de la comunidad con sepsis 2 (18%), neumonía intrahospitalaria por broncoaspiración 3 (27%), infección urinaria 2 (18%), celulitis de miembros inferiores 1 (9%), artritis séptica 1 (9%), absceso glúteo 1 (9%) y colangitis 1 (9%).
Los antibióticos utilizados y el tiempo promedio de administración fueron: ceftazidima 5 pacientes (45%) - 13 días, clindamicina 4 pacientes (36%) - 10 días, amikacina 3 pacientes (27%) - 10 días, ceftriaxona 2 pacientes (18%) - 9 días, ciprofloxacina 3 pacientes (27%) - 10 días y ampicilina sulbactam 3 pacientes (27%) - 11 días.
El tiempo de internación promedio fue de 30 días.
La respuesta al tratamiento antibiótico fue efectiva en todos los pacientes, 9 (81%) recibieron metronidazol vía oral y 2 (19%) sin respuesta a éste, recibieron vancomicina vía oral con posterior resolución.
Conclusión
Hemos observado un aumento en el número de casos de colitis pseudomembranosa entre los pacientes internados en nuestro hospital. Es de destacar que la edad de nuestros pacientes es menor a la publicada. Los principales factores de riesgo fueron hospitalización prolongada, comorbilidades y uso de antibióticos. Si bien los más usados fueron ceftazidima y clindamicina, todos los pacientes recibieron esquemas múltiples.
Consideramos importante reconocer los grupos de alto riesgo para el desarrollo de esta afección y recomendamos el uso racional de antibióticos en pacientes internados.

TO/P - 11

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA POLIPSIS ADENOMATOSA FAMILIAR: NUESTRO ALGORITMO

Gutierrez, A(1); Collia Avila, KA(1); Muñoz, JP(1); Gualdrini, UA(1); Lumi, CM(1); Masciangioli, G(1); Navarro, A(1); Coraglio, M(1); Tornini, A(1); Graziano, A(1)
(1)dr. Carlos Bonorino Udaondo. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La poliposis adenomatosa familiar (PAF) se caracteriza por la presencia de numerosos pólipos en colon y recto cuyo riesgo de cáncer alcanza el 100%.

OBJETIVOS: mostrar el algoritmo de tratamiento quirúrgico en PAF.

MATERIAL Y MÉTODO: revisión de las pautas de prevención de cáncer colorrectal y la experiencia en el Registro de poliposis del Hospital Dr. Carlos Bonorino Udaondo. Incluye 1571 individuos registrados, 534 con diagnóstico de PAF.

DESARROLLO: una vez efectuado el diagnóstico de PAF, la táctica quirúrgica estará supeditada al grado de afectación rectal. En los pacientes que presenten el recto con escaso número de pólipos la cirugía de elección será la colectomía total con ileorrectoanastomosis, debiendo efectuar controles endoscópicos cada 6 meses a 2 años dependiendo de los hallazgos. En caso que hubiere una severa afectación rectal la cirugía indicada será la coloproctectomia con reservorio ileal, quedando la coloproctectomia con ileostomía definitiva sólo reservada para los pacientes con incontinencia severa, tumores desmoides o tumores de recto que no respondieron al tratamiento con quimioterapia y radioterapia. El cáncer de recto inferior era una contraindicación para efectuar pouch ileal, en la actualidad es relativo ya que antes de indicar la cirugía se deberá efectuar tratamiento neoadyuvante y luego reevaluar al paciente.
Todos los abordajes podrán efectuarse en forma convencional o laparoscópica poseyendo este último la posibilidad de que al provocar menos trauma quirúrgico disminuya la incidencia de tumores desmoides.

CONCLUSION: el tipo de cirugía deberá ser evaluado en un centro especializado. Y depende del grado de afectación rectal.

TO/P - 12

CORRELACIÓN RETROSPECTIVA ENTRE PRESENTACIÓN CLÍNICA, PATRÓN ENDOSCÓPICO, HISTOPATOLOGÍA Y SEROLOGÍA EN LA ENFERMEDAD CELIACA

Moran Faienzo, FL(1, 2); Moran Sanchez, CE(1, 2); Moran Faienzo, GL(1, 2); Diletto, V(1, 2)
(1)H.I.G.A. (2)Dr. Oscar Alende de Mar del Plata. Argentina.

Introducción:
La Enfermedad Celiaca (E.C.) es una enteropatía inmunomediada, por una intolerancia al gluten, en individuos genéticamente predispuestos. En los últimos años, con el surgimiento de marcadores serológicos y test genético han permitido conocer y detectar mas eficazmente esta enfermedad tanto en su forma de presentación típica como atípica y los estudios mas recientes reportan una prevalencia mas alta de lo que se conocía (1 caso cada 200 a 300 personas).
Objetivo:
Correlación entre presentación clínica, patrón endoscópico, histopatología y serología en el diagnóstico de la E.C.
Material y Métodos:
Se seleccionaron retrospectivamente historias clínicas de pacientes sometidos a endoscopia alta con biopsia duodenal y marcadores serológicos con sospecha de E.C., en un período de 8 años. La clínica, serología (anticuerpo antigliadina antiendomisio y antitransglutaminasa), endoscopia e histopatología con algún grado de atrofia duodenal fueron los criterios de inclusión para el diagnóstico. dia de inclusion duodenalitransglutaminasa nicade enfermedad celiaca referidos para estudio.
Resultados:
De 13668 endoscopias altas realizadas en la Sala de Gastroenterología en dicho periodo, 214 reunieron condiciones para ser analizados, de estos solo 40 (100%) casos reunieron todos los criterios de inclusión; 34son mujeres (85%) edad promedio 39,9 años (16-64), 6 varones (15%) edad promedio 33,6 (15-42), 174 casos fueron excluidos por no reunir los criterios de inclusión.
Conclusión:
Evidenciamos una mayor prevalencia de E.C. en el sexo femenino y una alta correlación entre diarrea y anemia crónica, serología, atrofia duodenal endoscópica e histopatología en la Enfermedad Celiaca.

TO/P - 13

METODOLOGIA DIAGNOSTICA EN LA DIFERENCIACIÓN RADIOLÓGICA DE CÁNCER COLONICO Y ENFERMEDAD DIVERTICULAR

Blanco, V(1); Vasconcelos, T; Santos, J; Loureiro, M; Lopes Mora, J; Rossi, S; Volpacchio, M
(1)Centro Diagnostico Dr. Henrique Rossi

Objetivo: Mediante este ensayo iconografico nos proponemos ilustrar las metodologias de estudio para diferenciar la enfermedad diverticular del cancer colonico.

Material y Metodos: Se realizo una seleccion de casos de la base de datos de Pet Ct y Tc multislice mas representativos de patologias diverticulares y neoplasicas colorrectales de ambos sexos y diferentes grupos etarios.

Resumen: La patología colonica presenta un desafio diagnostico por la similitud en su presentación en algunos casos. El advenimiento de nuevas metodología diagnosticas, conforman una valiosa herramienta para orientarnos en el diagnostico diferencial de patologías inflamatorias y tumorales.

CC/O - 01

PACIENTES JÓVENES CON CÁNCER COLORRECTAL: ¡VIGILEN A LOS PADRES!

Antelo, M(1); Cabanne, A(1); Mendez, G(1); Carballido, M(1); Barugel, M(1); Roca, E(1)
(1)Hospital de Gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo". Argentina.

Introducción
El Síndrome de Lynch (SL) es el cáncer colorrectal (CCR) hereditario más frecuente. Ocasionalmente, la presentación del CCR puede suceder a edades tempranas, en pacientes cuyos padres son portadores de la mutación genética pero no han desarrollado la enfermedad.
Objetivo
Reportar 3 familias con criterios clínicos de SL en las cuales los padres presentaron CCR/adenomas de alto grado luego del diangóstico de CCR de sus hijos a edades tempranas.
Método
Familia 1: Varón 19 años, con antecedentes familiares (AF) de abuelo con tumor de cerebro. Presentó un adenocarcinoma (AC) de recto T3N0M0.
Familia 2: Varón 29 años, con AF compatibles con Criterios de Amsterdam I para SL. Se diagnosticó un AC de colon descendente T3N0M0.
Familia 3: Mujer 32 años, sin AF de CCR. Se diagnosticó un AC de colon derecho T2N0M0.
Resultados
Familia 1: La madre del paciente (48 años) presentó suboclusión intestinal, un año después del diagnóstico de CCR de su hijo. La intervención quirúrgica reveló dos AC mucinosos (colon transverso y ciego), con metástasis hepáticas.Falleció a los dos años.
Familia 2: La madre del paciente (60 años) había sido operada de CCR de colon izquierdo a los 45 años, sin ningún control endoscópico posterior. Se negó a realizar videocolonosocopía (VCC) luego de la enfermedad de su hijo. Un año y medio después presentó un AC de recto T2N0M0.
Familia 3: Los padres de la paciente fueron aconsejados que realizaran VCC. El padre (59 años) presentó tres pólipos pediculados (1.5-2cm): adenomas vellosos con displasia de bajo y de alto grado. Al año se repitió la VCC presentando otros dos pólipos de similares características.
Discusión
El SL es responsable del 2-5% de todos los CCR. La vigilancia endoscópica a intervalos cortos ha demostrado disminuir tanto la incidencia como la mortalidad por CCR en este síndrome. Los criterios clínicos que consideran los AF de tumores para reconocer las familias con probable SL se denominan "Criterios de Amsterdam" y"Criterios de Bethesda"; éstos últimos sugieren que todos los pacientes con CCR antes de los 50 años, aún sin AF, sean estudiados para descartar SL. La edad media de CCR en SL es de 40-45 años, y cuando existen casos de CCR a edades muy tempranas,generalmente los padres de estos pacientes ya han desarrollado CCR o incluso han fallecido. En los casos que el CCR se presenta a edades jóvenes sin otros antecedentes, la sospecha para SL suele ser baja, y la insistencia a los padres para realizar videocolonoscopías de vigilancia suele ser menor. Sin embargo, se ha visto en los casos presentados, y en algunos reportes de la literatura mundial, que los padres pueden desarrollar CCR después que sus hijos.
Conclusión
Se recomienda la vigilancia endoscópica a los padres asintomáticos de pacientes jóvenes con CCR. En familias portadoras de mutaciones responsables del SL que no presentan AF que disparen sus sospecha, esta conducta podría disminuir la incidencia y mortalidad por CCR.

CC/O - 02

POLIPOSIS HIPERPLÁSICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Antelo, M(1); Roca, A(2); Cabanne, A(3)
(1)Hospital de Gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo" (Sección Oncología)
(2)Hospital de Gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo" (Servicio Endoscopía)
(3)Hospital de Gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo" (Servicio Anatomía Patológica). Argentina.

Introducción
El síndrome de "Poliposis Hiperplásica" (SPH) es un síndrome infrecuente. Está caracterizado fenotípicamente por múltiples pólipos hiperplásicos (PH), PH grandes y/o PH en colon proximal. Existen pocos estudios publicados, siendo la mayoría de los mismos reportes de casos aislados.
Objetivo
Reportar el caso de un paciente joven que se presenta con proctorragia y pólipos hiperplásicos en colon.
Método
Varón 28 años, consulta en Noviembre 08 por proctorragia. El examen físico es normal. Trae dos videocolonoscopías (VCC) realizadas:
VCC 11/07: Múltiples pólipos sésiles en recto de 4-10mm, un pólipo de 3cm. en sigma, y 5 pólipos sésiles pequeños en colon ascendente. AP: Adenomas vellosos, uno con displasia de alto grado.
VCC 4/08: A lo largo de todo el colon, múltiples pólipos sésiles de 0.5-2.5cm. Poliposis colónica. AP: Pólipos hiperplásicos.
Antecedentes familiares: Madre con diagnóstico de cáncer colorrectal (CCR) estadío IV, que debutó con suboclusión intestinal. El tumor fue irresecable y se realizó colostomía de desacarga.
Resultados
Se realizó VCC a la madre por ano y por ostomía, sin evidenciarse ninguna lesión polipoidea.
Se revisaron en el Servicio de Anatomía Patológica las biopsias de los pólipos de la primera VCC: Adenoma tubulo-velloso con displasia de bajo grado (leve y moderada), pólipos hiperplásicos y un pólipo mixto (hiperplásico/microadenoma tubular).
Se realiza VCC 11/08:En recto múltiples (15-20) pólipos sésiles 0.3-1cm. En el resto del colon se observan pólipos similares aislados. En colon ascendente pólipo sésil de 1.7cm.
AP: Pólipos hiperplásicos.
Se repite VCC 4/09: En recto y sigma 20 pólipos sésiles de 5-10mm. En colon derecho 10 pólipos similares. AP: Pólipos hiperplásicos,
Discusión
El SPH se define clínicamente por la presencia de más de 5 PH en colon proximal (dos de ellos deben ser mayor a 10mm), y/o más de 30 PH en todo el colon, y/o presencia de PH con el antecedente familiar de SPH. El SPH con algún PH mayor a 10mm, más de 20 PH, PH en colon proximal, historia familiar de CRC, diagnóstico de SPH a edades jóvenes y/o adenoma de alto riesgo concomitante presenta mayor riesgo de desarrollar CCR. Se sugiere la colectomía total en pacientes con un alto número de PH o con adenomas de alto riesgo o pólipos serratos concomitantes; en pacientes que no cumplen estas condiciones se indica VCC bianual.
El paciente presentado presenta un diagnóstico clínico de "Poliposis Hiperplásica", y se le ofreció una colectomía total con ileorectoanastomosis vs VCC bianuales. El paciente se niega a la cirugía y decide realizar controles endoscópicos bianuales.
Conclusión
El SPH es infrecuente, y existe poco conocimiento entre los médicos sobre su fenotipo, su riesgo de CCR y las pautas de su seguimiento. Es importante conocerlo para considerarlo como diagnóstico diferencial en pacientes con PH, y así poder definirlo y aplicar las conductas de vigilancia endoscópica adecuadas.

CC/O - 04

AFAGIA SECUNDARIA A SEUDOTUMOR INFLAMATORIO

Hernandez, G(1); Duarte, T(1); Compagni, L(1); Ferro, D(1); Corti, R(1); Zamora, V(1); Zelaya, L; Vera, M(1)
(1)Hospital "Bonorino Udaondo". Argentina.

Introduccion: El seudotumor inflamatorio está considerado como un proceso no neoplásico constituido por la proliferación de células irregulares plasmáticas maduras, acompañadas o no de linfocitos, distribuidas en el seno de un tejido fibroso estromal. El seudotumor inflamatorio fue descrito por primera vez por Brunn en 1939. Asienta con mayor frecuencia en el pulmón, y el diagnóstico se basa en el estudio anatomopatológico. Histológicamente, se describe como un tumor de características benignas, que en escasas ocasiones infiltra estructuras vecinas o presenta desarrollo multifocal. El tratamiento de elección es la escisión completa.
Caso clínico: Paciente femenina de 62 años de edad, sin antecedentes patológicos, que consulta por disfagia progresiva hasta afagia y pérdida de peso (17% del peso habitual) de un año de evolución. Al momento del ingreso se realizan los siguientes estudios complementarios: Seriada esofagogastroduodenal: disminución de calibre en tercio inferior de esófago con dilatación del mismo. Video endoscopia digestiva alta: luz esofágica dilatada y con restos alimentarios. Se progresa hasta 34 centímetros de la arcada dentaria superior, observándose a dicho nivel convergencia de pliegues que provocan una estenosis céntrica severa e infranqueable de aproximadamente 3 a 4 milímetros de diámetro, recubierta por mucosa normal. Se toman múltiples biopsias que informan esofagitis crónica. Tomografía de tórax y abdomen con contraste oral y endovenoso : engrosamiento tumoral del esófago inferior de 30 x 25 mm en sus diámetros axiales máximos, involucrando la unión esofagogástrica, con amplio contacto con el trayecto anterior de la pared aórtica, compatible con tumor esofágico inferior localmente avanzado. Dadas las características benignas se interpreta como posible leiomioma y se intenta realizar una dilatación con bujías de Savary nº 8 y 9 con importante resistencia al paso de las mismas y logrando un escaso aumento de calibre. Finalmente se decide efectuar una esofaguectomía transhiatal laparoscópica con anastomosis esofagogástrica. El estudio histopatológico de la lesión esofágica informó: granuloma de células plasmáticas. En el postoperatorio evolucionó con un derrame pleural izquierdo masivo, requiriendo una nueva intervención para colocación de tubo de avenamiento pleural. Posteriormente evoluciona favorablemente por lo que se otorga el alta hospitalaria.
Conclusión: se plantea el caso de mujer de 62 años con disfagia progresiva planteándose en primera instancia la posibilidad de leiomioma esfagico y dada la rigidez al intentar dilatar y a la toma de biopsias se decide optar por la esofaguectomia total considerándose como diagnostico presuntivo neoplasia esofágica.

CC/O - 03

COLANGITIS ESCLEROSANTE SECUNDARIA A PARACOCCIDIOIDOMICOSIS BRASILENSIS. REPORTE DE UN CASO

Paredes, S(1); Bibolini, J(1); Britez, M(1); Formosa, P(1); Gonzalez, MI(1); Candia, CF(1); Alctlas, J(1)
(1)Hospital de Alta Complejidad "Pte. Juan D. Perón". Formosa. Argentina.

Paciente de 22 años, femenino, que consultó por astenia, poli adenopatías, ictericia, fiebre y pérdida de peso. Ex físico: T° 39 °C, taquicardica, hipotensa, normonutrida, con ictericia de piel y mucosas, poliadenopatías. Lesiones cutáneas, en mucosa gingival y en fosa nasal derecha. Abdomen depresible, doloroso a la palpación en HD. Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia, anemia, TGO 146 U/L, TGP 116 U/L, BT 11 mg%, BD 9.2 mg%, FAL 3064 U/L, GGT 223 UI/L, LDH 133 UI/L, albúmina 2.4 g%, HIV (-), HCV (-), HBV(-), Ebstein Barr IgM (-), CMV IgM (-), Hemocultivos y urocultivos (-). ANCAp y ANCAc: negativos. TAC: Hepatomegalia homogénea, dilatación de la vía biliar intrahepática, colédoco con incremento del espesor parietal (5 mm) en forma difusa. Adenomegalias retroperitoneales. Con diagnóstico de colangitis aguda se intentó drenaje endoscópico y percutáneo de vía biliar, sin éxito. Se realizó exploración quirúrgica: colecistectomía, coledocotomía con biopsia de colédoco y colocación de tubo de Kehr. Colangiografía intra-operatoria: Vía biliar intra y extrahepática bilateral con estenosis segmentarias y dilataciones saculares. Serología para Paracoccidioides brasilensis (PCB) IgG (+) 1/16. Histología: Ganglio cervical: adenitis granulamatosa supurativa en relación a estructuras micóticas. Colédoco: reacción inflamatoria granulomatosa abscedada en relación a estructuras micóticas. Piel: idem. Videocolonoscopia: normal. Cultivo de lesión gingival y hemocultivos: desarrollo de PCB. Se realizó Tratamiento con itraconazol 200 mg /día + TMS 80/400mg c/8hs durante 6 meses con buena evolución clínica, bioquímica y radiológica. Discusión: La paracoccidioidomicosis (PCM) es una infección endémica de América Latina. Las manifestaciones clínicas más frecuentes incluyen: fiebre, pérdida de peso, lesiones cutáneas, hepatoesplenomegalia, poliadenopatías, lesiones osteoarticulares, masas intraabdominales, ascitis. Nuestra paciente se presentó con compromiso de la vía biliar, manifestado por ictericia, infiltración micótica de los conductos biliares y una imagen colangiográfica típica de colangitis esclerosante (CE). La CE es un espectro de enfermedades colestásicas crónicas caracterizadas por estenosis y dilataciones de los conductos biliares intra y/o extrahepáticos. Puede ser idiopática (colangitis esclerosante primaria) o secundaria (CES). Se considera CES cuando existe una lesión o patogenia conocidas. Múltiples agentes infecciosos han sido relacionados con CE (ej. en la colangiopatía del SIDA). Las micosis sistémicas pueden colonizar el árbol biliar y producir una lesión similar a la CEP. Si bien no encontramos en la bibliografía la asociación de PCM con CE, en este caso se evidenció la presencia de las estructuras micóticas en la pared de la vía biliar. Conclusión: En lugares endémicos por PCM, esta etiología debería plantearse como diagnóstico diferencial, en los pacientes con colangitis esclerosante.

CC/O - 05

EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTE POSTRASPLANTE HEPÁTICO, REPORTE DE UN CASO

Muñoz, K(1); Alemán, M(1); Meuli, F(1); Garrocho Machado, C(1); Herrera Babot, G(1)
(1)Hospital Centro de Salud Zenón Santillán-Tucumán. Argentina.

Paciente sexo masculino 24 años.Antecedentes personales en 2003 consulta por ictericia, fiebre, vómitos y encefalopatía,ecografía hígado cirrótico,se diagnostica HAI tipoII,en 2004 se realiza trasplante hepatico exitoso, alta médica.En 2006, comienza con diarrea crónica,ademas DBT tipo I,marcadores para EC(-), BAAR(-)PPD(-), colonoscopía:poliposis colonica,probables úlceras por CMV,se Bx posible desorden linproliferativo postrasplante, TAC:esplenomegalia.En diciembre de 2006: se realiza fenotipificación por citometria de flujo: no se identifican población vinculable a linfoma no Hodking. Bx de ganglio que informa Hiperplasia linfoide. En2007 se realiza VEDA: hernia hiatal y duodenopatía crónica, se biopsia-.(duodenitis subaguda inespecífica). Nueva colonoscopía: se diagnostica enfermedad inflamatoria intestinal se biopsia.(colitis difusa activa y colitis crónica activa). Se indica tratamiento con mesalazina, con buena evolución.En 2008 consulta por enterorragia,por abandono de tratamiento.
En 2009 anemia, fiebre, enterorragia, se interna UTI, Laboratorio:Anemia microcítica Leucocitosis, Hiperglucemia,Insuficiencia PRE-renal, Hipertransaminasemia, Hipoalbuminemia, Hiperbilirrubinemia, Hemocultivo (-)Urocultivo: se identifican cándida sp. Coprocultivo: (+) criptosporidium Marcadores virales para A, B y C (-) HIV(-) VDRL(-) Mononucleosis (-) CMV(-) Dosaje FK =5.4 (VN 5-20ngr/ml.
Eco Doppler Abdominal: hígado normal, esplenomegalia, ascitis, flujo normal, asas intestinales aumentadas de calibre.TAC tórax: derrame pleural bilateral grado I-II. Estudios complementarios: TAC abdomino-pelviana: esplenomegalia, engrosamiento simétrico de las paredes del recto y todo marco colónico, signos de HTP. Colonoscopía: pancolitis ulcerosa, ileón preservado, fístula perianal, se biopsia.
Anat. Patológica: colitis crónica activa con lesiones y ulceras superficiales. Se sugiere proceso relacionado con medicación recibida y no favorece el diagnostico de colitis ulcerosa
Alta médica.Tratamiento actual: Mesalazina 3gr./día Prograf 1gr./día Cell cept 2gr./día Deltisona 16 mg./día. Insulina, Anemidox ultra. Diagnóstico final
1) TX Hepático por HAI II 2) Pancolitis Ulcerosa? buena respuesta al tratamiento 3) Recientemente cirugía de Fístula Peri anal con buena evolución.

SUPL.1708 G STRO (5728) 9/20/09 05:57 PM Página 21

CC/O - 06

LINFOMA (NO HODKING) DE ALTO GRADO DIFUSO DE TIPO T PRIMARIO DE INTESTINO DELGADO ASOCIADO A ENTEROPATIA (REPORTE DE DOS CASOS)

Gamba, AA(1); Cuneo, L(1); Naves, A(2)
(1)Sanatorio Delta (2)Instituto de Histopatologia. Argentina.

CASO 1
PTE 40 AÑOS
INGRESO POR CUADRO DE 2 MESES DE EVOLUCION
DOLOR ABDOMINAL INTENSO
PERDIDA DE PESO 22 KG
ASTENIA , DEBILIDAD GENERALIZADA , SME ANEMICA
DIARREA
ANTECEDENTES PERSONALES
VITILIGO
DIAGNOSTICO PREVIO DUDOSO DE ENFERMEDAD CELIACA
SINTOMA DOMINANTE ES EL DOLOR ABDOMINAL, EPIGASTRICO, CONTINUO, INTENSO
EXAMEN FISICO
PTE ADELAGAZADO , EXAMEN ABDOMINAL DOLOROSO A LA PALPACION SIN CONTRACTURA NI OTROS SIGNOS PERITONEALES
HEPATOMEGALIA DOLOROSA
VEDA : LESIONES AFTOIDEAS DE DISTINTO TAMAÑO EN ESTOMAGO
ULCERA DUODDENAL DE GRAN TAMAÑO EN CARA ANTEROSUPERIOR
SE REALIZAN BIOPSIAS DE: 1) LESIONES GASTRICAS 2) ULCERA DUADENAL GIGANTE
CONCLUSION DIAGNOSTICA ANATOMO PATOLOGICA :
1) METAPLASIA ANTROPILORICA EN MUCOSA DUODENAL, CON ALTERACION (ATROFIA) VELLOSITARIA ACENTUADA E INFLAMACION CRONICA MODERADA.
3) ULCERACION DUODENAL CON INFILTRADO COMPATIBLE CON INFILTRACION LINFOMATOSA (VER ADEMAS PROTOCOLO 09-4614).
COMIENZA CON CUADRO COMPATIBLE CON ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO QUE REQUIERE SU INTERVECION
CONCLUSION DIAGNOSTICA ANATOMO PATOLOGICA DE PIEZAS QUIRURGICAS:
1) AREA DE PERFORACION INTESTINAL CON INFILTRADO INTERFASCICULAR MUSCULAR COMPATIBLE CON LINFOMA DE ALTO GRADO.
2) GANGLIO LINFATICO CON FOCOS DE NECROSIS
3) SE INTERPRETA EL CUADRO COMO INFILTRACION DE HIGADO POR LINFOMA DE ALTO GRADO (NO HODGKIN), DE CELULAS INTERMEDIAS A GRANDES.
CASO 2
PACIENTE MUJER DE 35AÑOS CON DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD CELIACA EN FEBRERO DEL 2008 QUE CONSULTA EN MAYO DEL 2009 POR
INTENSOS EPISODIOS DE DOLOR ABDOMINAL QUE REQUIEREN SU INTERNACION CON POSTERIOR INTERVENCION QUIRURGICA POR ABDOMEN AGUDO DEBIDO A PERFORACION DE INTESTINO DELGADO CON LA SIGUIENTE ANATOMIA PATOLOGICA
LINFOMA (NO HODGKIN) DE ALTO GRADO, DIFUSO, DE CELULAS GRANDES, DE TIPO LINFOMA T ASOCIADO A ENTEROPATIA.
1) Biopsia hepática y 2) Adenopatia mesenterica: INFILTRACION TISULAR MASIVA POR LINFOMA DE ALTO GRADO; NO SE OBSERVAN SECTORES DE PARENQUIMA HEPATICO/GANGLIONAR NORMAL PRESERVADOS.
3) Resección intestinal, intestino delgado: MULTIPLES FOCOS, ALGUNOS POLIPOSOS SUBPEDICULADOS, ULCERADOS Y PARCIALMENTE NECROSADOS Y OTROS PLANOS, DE INFILTRACION DE INTESTINO DELGADO POR LINFOMA DE ALTO GRADO.
LA INFILTRACION ES EN PARTE LIMITADA A LA MUCOSA/SUBMUCOSA Y EN PARTE TRANSMURAL COMPLETA.
SE OBSERVA NECROSIS DE LA PARED INTESTINAL CON INFLAMACION SECUNDARIA, EN ZONAS DE INFILTRACION LINFOMATOSA TRANSMURAL.

CC/PD - 01

TUBERCULOSIS PERITONEAL: REAPARICION DE UNA GRAN SIMULADORA

Bucciarelli, F(1); Wulfson, A(1); Pratto, D(1); Levin, A(1); Scalesse, E(1); Resial, M(1)
(1)Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis (TBC) puede afectar diferentes órganos con presentaciones clínicas que simulan otras patologías. La TBC peritoneal es poco frecuente, ocurriendo en menos del 4% de todos los casos de TBC reportados. OBJETIVO: Presentar el caso clínico de una paciente con diagnóstico de TBC peritoneal, sitio de afección infrecuente de una enfermedad reemergente, que deberíamos tener presente para no retrasar su diagnóstico y llevar a cabo medidas terapéuticas adecuadas. PACIENTE: Mujer de 39 años, sin antecedentes patológicos. Derivada por cuadro de 20 días de evolución de dolor y distensión abdominal, oliguria, disnea y sensación febril. Refería además hiporexia y pérdida de peso de 2 meses de evolución. Al examen físico, adelgazada, temperatura 37.8 ºc y palidez cutáneo mucosa. Abdomen con ascitis, sin visceromegalias ni edemas periféricos. El examen ginecológico (sin antecedentes patológicos, gestas 7, MAC:ACO) no evidenció alteraciones. Laboratorio: HTO 32%, Hb 10 mg/dl, leucocitos 4900, plaquetas 399000, VES 106, función renal y hepática normales. Líquido ascítico: 520 elementos, 80% mononucleares, GASA 0.5 y adenosin deaminasa de 62 U/L. La citología no mostró células neoplásicas. Tinciones y cultivos negativos. Serologías HIV, VHB y VHC no reactivas. Rx Torax normal. TAC de abdomen y pelvis mostró ascitis abundante, con infiltración del mesenterio en proyección de la pared antero-lateral derecha del abdomen, configurando una carcinomatosis peritoneal. La ECO y RMN abdomino-ginecológica describieron una formación ovoidea en ovario derecho, líquida por ECO (12 mm) y sólida por RMN (25 mm). CA 125 elevado, 324 ng/ml. Con la presunción diagnóstica de cáncer de ovario más carcinomatosis peritoneal, se realizó laparotomía exploradora con anexectomia derecha y biopsia de peritoneo parietal. La biopsia por congelación intraoperatoria informó proceso crónico granulomatoso con células multinucleadas y ovario indemne. El diagnóstico patológico diferido: perisalpingitis crónica granulomatosa difusa con células tipo Langhans, sin franca evidencia de necrosis caseosa, con extensión a fimbrias y superficie ovárica, en su parénquima cuerpo lúteo quístico y hemorrágico. Las coloraciones de Ziehl Neelsen, Grocott y PAS negativas. Con diagnóstico de TBC peritoneal, se inició tratamiento con Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol. La paciente fue dada de alta y controlada de manera ambulatoria con adecuada respuesta clínica. CONCLUSIONES: La tuberculosis abdominal es la sexta causa de TBC extrapulmonar siendo la región ileocecal y el peritoneo las localizaciones más habituales. Suele presentarse en edades medias de la vida con predominio en mujeres. Sus manifestaciones clínicas inespecíficas y los hallazgos en los estudios complementarios se confunden con otros procesos por lo que debe mantenerse un alto índice de sospecha o de lo contrario el diagnóstico puede ser omitido o retrasado dando lugar a mayor morbimortalidad.

CC/PD - 02

POLIPOSIS JUVENIL GÁSTRICA MÚLTIPLE

Camus, G(1); Adi, J(2); Valdemoros, P(3)
(1)Hospital Español de Mendoza. Centro Aparato Digestivo de San Martín. (2)Hospital Lagomagiore de Mendoza. Centro Aparato Digestivo de San Martín. (3)Hospital Italiano de Mendoza. Centro Aparato Digestivo de San Martín. Argentina.

Introducción
La poliposis juvenil (PJ) es una rara enfermedad con herencia autosómica dominante y se caracteriza por presentar múltiples pólipos hamartomatosos con gran predominio en colon y recto (miden 5 a 20 mm). Estos pólipos tienen abundante estroma, glándulas elongadas con mucus e infiltrado inflamatorio, siendo el epitelio y la muscular normales. Es 10 veces menos común que la poliposis adenomatosa familiar. La afección puede ser esporádica o conformar síndromes de PJ. En el estómago es extremadamente rara. Hay muy pocos casos reportados desde la primer descripción en 1979 por Watanabe (según el Journal Europeo de gastroenterología y hepatología hasta el año 2007 había menos de 10 casos). Existen mutaciones en los genes SMAD4 y BMPR1A en el 50-60% (según algunos trabajos en el 20%) y aproximadamente el 75% de los pacientes tiene un familiar afectado. No existen muchos datos con respecto a la malignización de la PJ gástrica y se estima un riesgo de cáncer del 15-20% por lo que parece razonable el seguimiento endoscópico cada 1-2 años con colonoscopia simultánea. El tratamiento es la polipectomía o la cirugía en los pólipos múltiples, displásicos o si producen hemorragia.

Objetivo
Presentar el caso de una paciente con PJ gástrica múltiple y plantear dada la rareza de esta patología y los antecedentes familiares las alternativas de seguimiento y tratamiento.

Paciente
Paciente de 20 años, sexo femenino que consulta por dispepsia. Como antecedentes patológicos a los 12 años estuvo con anemia no estudiada que requirió tranfusiones. Antecedentes familiares: madre fallecida a los 40 años de cáncer gástrico. Se le realiza analítica de rutina y ecografía abdominal: normales. VEDA: múltiples pólipos de cuerpo y techo gástrico que miden hasta 1 cm de diámetro. Las biopsias de varios informan compatible con PJ. Gastrinemia normal, helicobacter pylori negativo. Tránsito de intestino delgado e ileocolonoscopia normales.

Conclusiones
Se presenta el caso de una paciente joven con una PJ (según los criterios de Jass) gástrica múltiple familiar que es extremadamente rara con muy pocos casos desciptos en el mundo. La paciente está asintomática y no tiene ninguna manifestación extraintestinal. Se plantea si el seguimiento adecuado es el planteado por algunos autores con endoscopias y biopsias cada 2-3 años o realizar gastrectomía subtotal dado el antecedente familiar (madre) de adenocarcinoma gástrico y poliposis gástrica múltiple (foto de la VEDA de la madre donde se observa la neoplasia y la poliposis).

CC/PD - 03

RECONSTRUCCIÓN EN Y DE ROUX EN PACIENTE CON ESCLERODERMIA Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO REFRACTARIO

Massa, S(1); Gonzalez Boix, J(1); Baez, E(2); Currás, A(2)
(1)Policlínico Bancario (2)Hospital Juan A. Fernández. Argentina.

INTRODUCCION
La esclerodermia es una enfermedad crónica autoinmune caracterizada por lesiones proliferativas vasculares con fibrosis de la piel y compromiso de múltiples órganos incluyendo el tracto gastrointestinal.
El compromiso esofágico puede observarse en el 90% de los pacientes con esclerodermia y afectación del tracto digestivo. La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), representa entre el 50 y 80% de los casos. La patogenia es multifactorial e incluye hipotensión del EEI , presencia de hernia hiatal , y dismotilidad esofágica como factores mas frecuentemente encontrados. Casi un tercio de los pacientes desarrollan esofagitis con aproximadamente un 10% de casos refractarios al tratamiento médico convencional.

PACIENTE Y METODOS
Paciente femenina de 57 años , con diagnóstico de esclerodermia que consulta al Servicio de Gastroenterología de la Policlínica Bancaria por disfagia , odinofagia y pirosis asociado a pérdida de peso de 5 Kg. y anemia ferropénica. La paciente fue estudiada con videoendoscopia alta (VEDA) , radiografía esofagogastroduodenal (SEGD) , VEDA con cromoscopias , pHmetría y manometría esofágica , citometría de flujo y cámara gamma.

RESULTADOS
Se realiza VEDA que revela hernia hiatal , úlcera esofágica distal y estenosis esofágica con biopsia cuya anatomía patológica (AP) revela esofagitis crónica y úlcera en actividad. La radiografía SEGD mostró estenosis esofágica de tercio distal. Se instituyó tratamiento con omeprazol 40 mg/día por seis semanas y se repitió VEDA que informa hernia hiatal , úlcera esofágica y estenosis infranqueable , se toman múltiles biopsias previa cromoscopias con AP que revela esofagitis crónica y exulceración en actividad. Se realiza dilatación con Savary y se efectúa pHmetría esofágica que revela reflujo gastroesofágico (RGE) ácido patológico ; la manometría establece hipotensión del EEI e hipoperistalsis de cuerpo esofágico . Una citometría de flujo fue negativa para aneuploidía. Se decide realizar funduplicatura de Toupet de 180º. La evolución posoperatoria no fue adecuada , persistiendo la sintomatología y los hallazgos endoscópicos . Ante el fracaso terapéutico se decide la reoperación de la paciente , realizándose la reconstrucción en Y de Roux , con resultados posoperatorios favorables ; mejoría de la sintomatología , recuperación de peso , mejoría de la anemia y curación endoscópica de la úlcera y la esofagitis con aparición en la mucosa subyacente de epitelio de aspecto asalmonado con hallazgo histológico de metaplasia enterógena compatible con Barrett.

CONCLUSIONES
En corcondancia con lo reportado en diferentes trials y tomando como ejemplo el trabajo de Kent y Luketich (Ann Thorac Surg . Dic.2007.) , la reconstrucción en Y de Roux demostró un mejor control de los síntomas de reflujo gastroesofágico en relación a otras modalidades quirúrgicas como son las diferentes técnicas de funduplicatura.

SUPL.1708 G STRO (5728) 9/20/09 05:57 PM Página 22

CC/PD - 04

HEMATOMA INTRAMURAL ESOFÁGICO: DIAGNÓSTICO CON NEUMOTOMOGRAFÍA MULTISLICE 64

Loor, G(1); Ulla, M(1); Seehaus, A(1); MAcías, C(1); Migliaro, M(1); García-Mónaco, R(1)
(1)Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

El hematoma intramural esofágico (HIE) es una condición rara que se presenta clínicamente con dolor retroesternal o epigástrico. Puede resultar difícil realizar el diagnóstico diferencial con el Síndrome de Mallory-Weiss, Síndrome de Boerhaave, disección aórtica, patología pulmonar e infarto agudo de miocardio entre otras patologías. El diagnóstico certero y temprano del HIE resulta crucial para que los pacientes sean tratados en forma conservadora.

Presentamos un paciente de sexo masculino de 73 años de edad sin antecedentes clínicos ni quirúrgicos de importancia, que refiere dolor retroesternal súbito mientras ingería alimentos. Desde entonces el paciente presentó disfagia de localización media y baja.

Se le realizó una TC multislice de 64 filas con técnica de distensión esofágica: NeumoTCMS 64 con contraste endovenoso. La misma evidenció una disminución de la luz esofágica en su tercio medio e inferior, a expensas de un engrosamiento excéntrico de la pared esofágica de bordes bien definidos compatible con hematoma intramural. Se sugirió control en lapso prudencial.

Quince días después, se realizó la NeumoTCMS 64 de control, que evidencia una marcada disminución de las imágenes descriptas confirmando el diagnóstico presuntivo hematoma intramural con un remanente en vías de resolución.

CC/PD - 05

PANICULITIS PANCREATICA COMO FORMA DE PRESENTACION DE UN CANCER

Fanjul, M(1); Lombardi, PA(1); Díaz Velez, L(1); Errecart, IA(1); Bechelli, JA(1)
(1)Cooperativa Médica, Concepción del Uruguay, Entre Ríos. Argentina.

Introducción:
La paniculitis pancreática es una muy rara afección cutánea en la cual la necrosis del tejido adiposo se produce en el marco de una patología pancreática como el de la pancreatitis aguda, crónica, cáncer de páncreas o pseudoquistes. Se manifiesta con nódulos cutáneos eritamatosos, dolorosos en las extremidades y en menor medida en tronco. La histología muestra cambios patognomónicos como los "adipositos fantasmas" y paniculitis sin vasculitis. El tratamiento debe dirigirse principalmente a la enfermedad de base pudiendo utilizarse aintiflamatorios, corticoides, inmunosupresores y octreotido como medidas de sostén para el dolor.
Paciente:
Presentamos un paciente varón de 63 años,diabético, que consulta por nódulos eritematosos muy dolorosos en sus cuatro extremidades y gonalgia bilateral que dificulta su deambulación. El laboratorio muestra una discreta anemia (HB:11.3), Leucocitos: 18400, ERS:77, TGO: 37, TGP:51, FAL: 284, BT: 1. Se plantean como diagnósticos diferenciales el eritema nodoso y la forunculosis, se indica corticoide de depósito y ciproflxacina. Luego de 25 días continua con las mismas lesiones cutáneas y artralgias, se evidencia una clara repercusión general, pierde peso de forma significativa y refiriere leve dolor epigástrico incaracterístico por lo que se le realizan ecografía, endoscopía alta y colonoscopía que no muestran datos positivos. Se decide realizar biopsia de piel que muestra necrosis grasa con material basófilo dentro y fuera de la necrosis compatible con enfermedad de Weber Christian. Con este resultado se solicita TAC de abdomen que muestra imagen en páncreas compatible con atipía cuya PAAF es positiva para células neoplásicas (adenocarcinoma) Se iniciaron corticoides vía oral a dosis inmunosupresoras y azatioprina logrando la disminución parcial del tamaño de la lesiones subcutáneas pero no brindando analgesia al paciente. 3 meses luego del diagnóstico se produce el óbito.
Resultados:
La paniculitis pancreática es rara y puede presentarse en hasta en el 2 % de los pacientes con patología pancreática, apareciendo en este caso como primera manifestación de la enfermedad neoplásica.
Conclusiones:
En la práctica médica las manifestaciones cutáneas de enfermedades malignas varían en su forma de presentación y frecuentemente son un difícil desafío para el médico sobre todo cuando se presenta sin signos de malignidad asociados. La paniculitis como manifestación paraneoplásica debe ser tenida en cuenta ante la presencia de nódulos subcutáneos de aspecto inflamatorio sobre todo cuando estos son progresivos y no responden a la terapéutica. Esto puede ser la llave para descubrir una enfermedad potencialmente grave.

CC/PD - 06

CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DEL PÁNCREAS

Calzetta, PA(1); Currás, A(1); Suaya, G(1); Baez, E(1)
(1)Hospital Juan A. Fernández. Argentina.

INTRODUCCIÓN:
Los tumores neuroendócrinos del páncreas son neoplasias infrecuentes. Usualmente se localizan en las proximidades del mismo. Se clasifican como funcionantes o no funcionantes según secreten o no sustancias biológicamente activas capaces de generar síndromes clínicos específicos. Los denominados no funcionantes se hacen clínicamente evidentes cuando adquieren un tamaño suficiente como para comprimir estructuras adyacentes y producir síntomas por efecto de masa.

OBJETIVO:
Presentación de una patología infrecuente

MATERIAL Y MÉTODOS (PACIENTE):
Paciente de sexo masculino, de 58 años que consulta por presentar hipocolia, coluria, dolor abdominal generalizado e ictericia de piel y mucosas de 3 semanas de evolución. Refiere además pérdida de 10 kg en los últimos 6 meses.
Examen físico: Paciente adelgazado. Ictericia de piel y mucosas. Abdomen levemente doloroso en epigastrio.
Laboratorio: Hemograma, coagulograma, ionograma y función renal normal. Gluc: 95 BT: 9.2 BD:5.2 TGO: 240 TGP: 303 FAL: 1242 Amilasa: 158
Ecografía Abdominal: Vesícula biliar multilitiásica. VBIH y EH dilatadas . Páncreas homogéneo con Wirsung dilatado.
Colangioresonancia + RMN abdominal: Vesícula biliar multilitiásica. VBIH y EH dilatada. Wirsung dilatado (17 mm) .Zona de stop a nivel de la desembocadura en la 2ª porción duodenal.
Duodenoscopía: Papila en 2ª porción duodenal con infundíbulo prominente y lesión ulcerada con fondo cubierto con fibrina (Bx)
Diagnósticos diferenciales: tumores periampulares y de éstos los tumores de vía biliar distal, de duodeno yuxtapapilar, o neoplasias de la ampolla de Vater, como ser: adenomas, adenocarcinomas, tumores del estroma (GISTs), lipomas y tumores neuroendócrinos.
Se solicita CA 19.9 cuyo resultado fue de 535.9 U (vn hasta 37 U). Se recibe resultado de biopsia de ampolla en la que no se observan células neoplásicas".
Tac helicoidal de abdomen: Dilatación de la VBIH y EH (colédoco de 15 mm con interrupción abrupta). Masa de tejido blando nodular de 2 cm de diámetro que se origina en la pared interna de la segunda porción duodenal y que refuerza con contraste. Dicha masa provoca dilatación del conducto de Wirsung. No se observa alteración a nivel del páncreas.
Con diagnóstico presuntivo de ampuloma intrapapilar se realiza duodenopancreatectomía cefálica (DPC)
Anatomía Patológica: Carcioma neuroendócrino originado en los grandes conductos que infiltra el páncreas. Márgenes quirúrgicos libre de lesión.
El paciente evoluciona favorablemente Se decide su egreso hospitalario y se cita para control por consultorios externos.

CONCLUSIONES:
Los tumores neuroendócrinos del páncreas, a pesar de su escasa frecuencia, deben ser tenidos en cuenta entre los diagnósticos diferenciales en aquellos pacientes que se presentan con ictericia obstructiva, aún en ausencia de síntomas clínicos específicos.

CC/PD - 07

SINDROME DE LANE-HAMILTON

La Motta Casco, MG(1); Caniggia, ME(1); de Barrio, S(1); Viola, M(1); Baistrocchi, A(1); Sliwinski, L(1); Maffei, E(1); Bianchi, E(1); Gómez, JC(1); Crivelli, A(1)
(1)H.I.G.A. San Martín La Plata. Argentina.

La hemosiderosis pulmonar idiopática (HPI) es una causa rara de hemorragia alveolar difusa de etiología desconocida y alta mortalidad. La triada clínica de hemoptisis, infiltrados pulmonares y anemia, sin otra causa identificada es considerada diagnóstica si la biopsia pulmonar excluye vasculitis, granulomas o depósitos inmunes.
Cuando esta entidad se asocia a la Enfermedad Celíaca (EC) se denomina sindrome de Lane-Hamilton.
Objetivo: presentar un caso de esta asociación poco frecuente y enfatizar la importancia del cumplimiento de la dieta libre de gluten para el control evolutivo de ambas entidades.
Caso clínico: paciente masculino de 23 años de edad que se interna por hemoptisis, intermitente de un año de evolución, asociado en el último mes con astenia, disnea, palidez cutáneo-mucosa y pérdida de peso. Tabaquista. Examen físico: lúcido, adelgazado, peso habitual: 56 kg Peso actual: 53 kg Talla: 1.66 mts, dedos en palillo de tambor, adenomegalias laterocervicales y supraclaviculares, soplo sistólico eyectivo aórtico, disminución del murmullo vesicular en ambos hemitórax. Estudios solicitados: Laboratorio: anemia severa ferropénica que requirió transfusión (Hto 14%), serología para HIV negativo, directo y cultivo de esputo para BAAR negativo, citología: hemosiderófagos positivos, TAC de tórax de alta resolución: infiltrado en vidrio deslustrado principalmente en lóbulo medio derecho, fibrobroncoscopía: árbol traqueobronquial normal, biopsia que informa mucosa bronquial típica, lavado bronquioalveolar positivo para hemosiderófagos, estudio inmunológico negativo, ecocardiograma: miocardiopatía infiltrativa.
Ante estos resultados se diagnostica HPI e inicia tratamiento con corticoides. Dada la posible asociación con EC se solicita serología: antigliadina IgA e IgG, antiendomisio IgA y antitransglutaminasa IgA positivos. Se realiza videoendoscopía alta: disminución de pliegues, patrón en mosaico en segunda porción duodenal. Biopsia: atrofia vellositaria estadío IIIa de Marsh. Llegándose por lo tanto, al diagnóstico de EC se indica dieta libre de gluten.
El paciente evoluciona favorablemente sin exacerbaciones, a pesar de abandonar el tratamiento corticoideo, continuando sólo con la dieta libre de gluten. La serología de control al año muestra antigliadina IgA e IgG , antiendomisio IgA negativos, antitransglutaminasa IgA positivo (62 U).
Conclusión: La HPI es una rara entidad que puede estar asociada a la EC lo que sugiere una estrecha relación etiopatogénica. Los pacientes con HPI deberían ser investigados para EC aún en casos asintomáticos ya que la dieta libre de gluten es efectiva para remitir las exacerbaciones de ambas enfermedades.

CC/PD - 08

ESPIROQUETOSIS INTESTINAL. REPORTE DE CASO.

Fernandez, DM(1); Perisse, E(1); Chaar, E(1); Lluch, M(1); di Risio, C(1)
(1)Penna. Argentina.

Introducción: la espiroquetosis intestinal es una infección producida por espiroquetas no treponémicas, principalmente Brachyspira aalborgii y Brachyspira pilosicoli. Se localizan en colon, apéndice y recto. Su incidencia es del 2 al 6 % de los casos reportados. Los factores de riesgo son la homosexualidad, HIV, enfermedad diverticular, colitis ulcerosa y adenomas colónicos. Los síntomas de espiroquetosis incluyen dolor abdominal, diarrea, ardor perianal, sangrado rectal y constipación.
Objetivo: reportar un caso de espiroquetosis intestinal como causa infrecuente de diarrea crónica.
Diseño: Presentación de un caso clínico.
Material y métodos: Paciente de sexo femenino del Servicio de Gastroenterologia.
Caso clínico: paciente de sexo femenino de 82 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y diverticulosis colónica que requirió cirugía por estenosis rectosigmoidea en 1996, que consulto por cuadro de dolor abdominal y diarrea sin moco pus ni sangre de 1 mes de evolución. Al examen físico: Abdomen levemente distendido, blando, depresible e indoloro. Ruidos hidroaereos levemente aumentados. Resto del examen físico sin alteraciones.
Laboratorio Hto 42% GB 6700 Urea 32 Cr 1,1 VDRL negativa. Directo y cultivo de materia fecal negativos.Serologia para HIV negativa Se decide realizar videocolonoscopia que informa: 1) hemorroides internas. 2) A 65 cm. del margen anal zona con cambio de coloración que se biopsia. 3) biopsia de ciego a fin de descartar colitis microscópica. Anatomía Patológica: histoarquitectura conservada con leve edema de lamina propia que a nivel del borde apical de enterocitos muestra elementos bacilares adheridos, cuadro vinculable con espiroquetosis intestinal. Dado el cuadro sintomático de la paciente se decide iniciar tratamiento con metronidazol 500 mg cada 8 horas por 10 días. Evoluciona favorablemente. CONCLUSION: la espiroquetosis intestinal es una entidad poco frecuente cuyo diagnostico debe ser sospechado en pacientes con diarrea crónica.

CC/PD - 09

DISFAGIA DE CAUSA POCO FRECUENTE

Romo Gonzalez, RJ(1); Chaves, E(1)
(1)Hospital Churruca. Argentina.

Femenino, de 38 años sin antecedentes personales patológicos de importancia que en Febrero del 2008 comienza insidiosamente con disfagia orofaringea para sólidos y líquidos por lo que consulta en servicio de otorrinolaringología (ORL) en donde se objetiva ligera asimetría de la pared de orofaringe, con mayor tamaño en su porción derecha, se realizó TAC de cuello que informó ausencia de alteraciones densitométricas significativas en los tejidos blandos parafaringeos. Se continuaron estudios con rinofibrolaringoscopía y biopsia de cavum en donde no se encontraron alteraciones significativas.
Consulta en gastroenterología en donde se le solicita videodeglución sin objetivar trastornos deglutorios.
Debido a la progresividad de los síntomas la paciente requirió de la colocación de una sonda de alimentación enteral (K108) para impedir un déficit nutricional.
Se le realizó una videoendoscopía digestiva alta (VEDA) constatando solamente una hernia hiatal de 2 cm. Posteriormente se solicitó una manometría esofágica que informó la presencia de Esfínter esofágico inferior hipotensivo y un Trastorno motor inespecífico del cuerpo esofágico (peristalsis inefectiva). Dichos hallazgos se interpretaron inicialmente como secundarios a reflujo gastroesofágico por lo que se comenzó con dosis altas de omeprazol asociado a proquinéticos. Después de tres meses con dicha terapéutica y al no percibir ninguna mejoría sintomática, se solicitó la evaluación por psiquiatría considerando el marcado componente de ansiedad que presentaba la enferma, no encontrando trastornos significativos que justificasen el cuadro clínico.
Con la intención de descartar causas neurológicas se realizó una resonancia nuclear magnética de cerebro que se informó como normal, la determinación de anticuerpos Anti Acetilcolina fue negativa y finalmente se realizaron estudios electromiográficos en donde se reconocieron signos sugestivos de compromiso de la unión neuromuscular correspondiente a cuadro miasténico primario. Se profundizaron estudios imagenológicos con TAC de tórax y mediastino en donde se descartó la presencia de timoma.
En consecuencia se inició tratamiento con dosis progresivas de piridostigmina con lo cual la paciente comenzó a presentar mejoría clínica hasta dejar de percibir la disfagia logrando así retirar la sonda de alimentación enteral.
Actualmente la paciente se encuentra asintomática y con controles ambulatorios.
Este caso demuestra la importancia de considerar los trastornos de la neurotransmisión en el abordaje diagnóstico de un paciente con disfagia.

CC/PD - 10

CAP POLIPOSIS TERAPÉUTICAS DISPONIBLES, A PROPOSITO DE UN CASO

Lubrano, PR(1); Gonzalez del Solar, C(1); Peters, RA(1); Quiroga, J(1); Topor, JJ(1); Castelluccio, MS(1); Coghlan, E(1); Delía, G(1)
(1)Sanatorio Mater Dei. Argentina.

Introducción: La Cap poliposis es una poliposis benigna constituida por pólipos inflamatorios que se manifiestan con una "capucha" mucoide que recubre la superficie de los mismos. Entidad sumamente infrecuente y reportada como casos aislados y en forma de series de casos recolectados en forma de dos revisiones de la literatura médica. El mecanismo fisiopatológico es discutido aunque se postulan un daño mecánico crónico como consecuencia de prolapsos mucosos internos rectocolónicos, así también como se vinculó a un mecanismo infeccioso propiciado por el Helicobacter Pylori. La clínica consiste en diarrea mucosa sanguinolenta con variable repercusión general siendo a veces incapacitante para el paciente y con tratamientos muy diversos y discutidos siendo frecuentemente necesario recurrir a la proctocolectomía.

Objetivo: Comunicar un caso de Cap Poliposis en el que fue necesario recurrir a todas las modalidades de tratamiento recomendadas y evaluar resultados de las mismas

Caso Clínico: Paciente masculino de 50 años con diarrea sanguinolenta de un año de evolución en el que se diagnostica por videocolonoscopía poliposis (alrededor de 20 pólipos) inflamatorios y que al examen histopatológico muestran características de Cap Poliposis. Se realizó tratamiento tópico con mesalazina enemas, ante la progresión del cuadro se suma mesalazina VO (3 gr.). Al no responder se hace esquema de metronidazol sin respuesta significativa, por lo que se recurre a tratamiento endoscópico mediante varias cesiones de polipectomía (aproximadamente 15 pólipos)con mejoría de 50 % de las deposiciones pero a los pocos meses el paciente vuelve a estar muy sintomático. Se realizó RNM dinámica de piso pelviano donde se observan los prolapsos mucosos internos. Al progresar la enfermedad en colon e impidiendo al paciente realizar sus actividades diarias, se decide realizar resección laparoscópica de colon sigmoides y recto con preservación de 2 cm. distales de recto, realizando anastomosis colónica baja. Asimismo se extirpó la mucosa rectal remanente enferma mediante mucosectomía. Actualmente el paciente recuperó peso, volvió a realizar sus actividades cotidianas y no volvió a presentar sintomatología colónica. El mismo se encuentra preparado para cierre de colostomía de descarga.

Resultados: La Cap Poliposis es una enfermedad benigna pero en determinados casos clínicamente muy agresiva e incapacitante, requiriendo una correcta selección de los tratamientos médicos, endoscópicos o quirúrgicos disponibles en virtud de la evolución clínica, la extensión de la enfermedad y la morbimortalidad de los tratamientos propuestos.

CC/P - 01

GASTRITIS ENFISEMATOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Giangreco, F(1, 2); Michetti, A(1); Figueroa, L(1); Gentile, S(3); Bassi, N(3)
(1)Hospital Saintout. Benito Juarez. Bs.As. (2)Policlínica Privada Paz. Tandil. (3)Laboratorio de Anatomía Patológica y Citología. Tandil. Argentina.

Introducción:
La gastritis enfisematosa es una forma rara de gastritis que se asocia a la invasión de la pared gástrica por bacterias formadoras de gas. Presenta una elevada mortalidad (alrededor del 70 %).
El dolor abdominal, hematemesis, melena o la septicemia es la forma de presentación más habitual.
Pueden predisponer a ésta patología el alcoholismo, traumatismo, úlcera péptica, la cirugía gástrica, tratamiento inmunosupresor y HIV.
Objetivo:
Comunicar un caso inusual de Gastritis enfisematosa, en un paciente inmunocomprometido, que evolucionó favorablemente con tratamiento médico.
Caso clínico:
Paciente de sexo masculino, de 81 años.
Presenta dolor epigástrico, vómitos, anorexia, síndrome de repercusión general y pérdida ponderal de 10 kg en las últimas dos semanas.
Al examen físico se evidencia adelgazamiento y dolor epigástrico a la palpación profunda.
Como enfermedades concomitantes presenta hipertensión arterial, úlcera péptica, cáncer de próstata (diagnosticado hace 2 años) en tratamiento quimioterápico.
Internándose se solicitan estudios complementarios.
Laboratorio: Hematocrito 35%; Hemoglobina 10,8 gr/dl, eritrosedimentación 25 mm, glóbulos blancos: 22600 (neutrófilos 83%, linfocitos 12 %), creatinina 1,85 mg %
Ecografía abdominal: normal. Radiografía de tórax: engrosamiento de techo gástrico y una imagen de doble pared gástrica.
Tomografía axial computada: Engrosamiento mural en techo gástrico con gas intramural.
Endoscopía digestiva alta: Ligero engrosamiento de pliegues en techo gástrico, se biopsia.
Anatomía patológica: Mucosa parcialmente necrótica, edematosa con infiltrado inflamatorio mixto, destacándose "bullas" en las áreas intersticiales en todo el espesor de la mucosa compatible con Gastritis enfisematosa.
Evolución:
Se indica tratamiento con Ampicilina, Gentamicina y Metronidazol asociado a inhibidores de la bomba de protones por 14 días con buena evolución clínica.
Tomografía axial computada de abdomen (al mes y a los 5 meses): ligero retardo en el tránsito. Pared gástrica: normal.
Conclusión:
La Gastritis enfisematosa es una patología que tiene factores de riesgo determinados, una elevada letalidad y es usualmente subdiagnosticada.
El diagnóstico precoz y el tratamiento temprano mejoraría el pronóstico y podría disminuir su morbimortalidad.

SUPL.1708 G STRO (5728) 9/20/09 05:57 PM Página 24

CC/P - 02

GASTRITIS CON CUERPOS DE RUSSELL: PRESENTACION DE DOS CASOS

López, JM(1); Guidi, M(1); San Martino, J(1); Dávila, MT(1)
(1)UOM Sanatorio Regional Avellaneda. Argentina.

Introducción: En 1997 Tazawa y colaboradores, describieron una lesión histológica inusual en la mucosa gástrica, caracterizada por la acumulación localizada
de células plasmáticas que contienen glóbulos hialinos, eosinofílicos, denominados cuerpos de Russell, generalmente en asociación con infección por Helicobacter Pylori.

Caso clínico: 1) Paciente de sexo femenino, de 91 años, consultó por epigastralgia y nauseas . La endoscopia evidenció una úlcera a nivel antral.
2) Paciente de sexo femenino, de 63 años. Con úlcera péptica prepilórica y antecedentes de ingesta de AINES.

Resultados: Los hallazgos histológicos en la mucosa gástrica, en ambos casos, consistieron en expansión de la lámina propia por la presencia de numerosas células monomorfas, de núcleos excéntricos y citoplasma acidófilo con inclusiones hialinas, redondeadas, intracitoplasmáticas. Con el fin de descartar un carcinoma de células en anillo de sello se efectúo técnica de inmunohistoquimica con panqueratina (CKAE1 AE3) , resultando negativo.. Las células descriptas expresaron un fenotipo policlonal con cadenas livianas kappa y lambda. Se observó además la presencia de Helicobacter Pylori en el primer caso.

Conclusiones: Los cuerpos de Russell constituyen una acumulación de inmunoglobulinas condensadas en el citoplasma, probablemente como resultado de una alteración en la secreción.
A pesar de que la etiología es controversial, la infección por Helicobacter Pylori podría constituir el estímulo antigénico para la formación y acumulación de los mismos al alterar la estructura de las inmunoglobulinas en la región "hinde"..
Motiva la presentación de los casos, la rareza de la entidad y su posible confusión con un proceso neoplásico.

CC/P - 03

PSEUDOOBSTRUCCIÓN CRÓNICA INTESTINAL: REPORTE DE UN CASO

Costa, F(1); Dulcich, F(1); Iantorno, G(1); Mauriño, E(1); Fernandez Marty, AP(1); Vitcopp, G(1)
(1)de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo". Argentina.

INTRODUCCION: La pseudoobstrucción crónica intestinal (POCI) es una patología de baja prevalencia que se caracteriza por presentar episodios clínicos recurrentes de obstrucción intestinal; en la que no se puede identificar causa mecánica, que se origina en severos desórdenes de la propulsión en la motilidad intestinal.
OBJETIVO: Manejo clínico-quirúrgico en un caso de pseudoobstrucción intestinal idiopática de 50 años de evolución.
MATERIAL Y METODO: Paciente de 72 años con diagnóstico de POCI y antecedente de gastroenteroanastomosis a los 19 años, que cursa internación por cuadro de distensión y dolor abdominal, naúseas, vómitos, constipación sin eliminación de gases y pérdida de peso (11 kg en 2 meses). Con antecedentes en familiares de primer grado.
Se le realizaron diferentes estudios que confirman recurrencia del cuadro y se instauran diferentes tratamientos.
RESULTADOS: Las distintas terapeúticas farmacológicos no logran remisión de los síntomas, por lo que se decide mejorar el estado nutricional mediante un acceso parenteral y el tratamiento quirúrgico descompresivo del cuadro abdominal realizando una gastrostomía endoscópica percutánea.
La paciente evoluciona clínicamente favorable, con resolución de los síntomas, permaneciendo cinco meses internada.
CONCLUSION: Presentar una enfermedad infrecuente que requiere la atención de un equipo multidisciplinario para lograr mejoría en la calidad de vida de estos pacientes que cursan una patología crónica progresivamente invalidante.

CC/P - 04

TUMOR NEUROENDOCRINO DE RECTO: UN HALLAZGO ENDOSCOPICO

Canteros, JS(1); Iriarte, SM(1); Villacis Coronel, E(1); Cedeño Arauz, V(1); Andrush, A(1); Catuogno, P(1); Lotero Polesel, JC(1); Syriani, C(1); Aldabe, N(1)
(1)Hospital Militar Central Servicio de Gastroenterologia. Argentina.

Introducción
Los tumores derivados del sistema neuroendocrino (NE) se pueden encontrar distribuídos por todo el organismo, pulmón, piel, sistema urogenital, tubo digestivo así como en el tiroides, paratiroides y suprarrenales. El origen y desarrollo de los tumores neuroendocrinos sigue siendo tema de controversia, podrían desarrollarse de las células neuroendocrinas.
El 74% de estos se encuentra en tubo digestivo, de estos el 11% corresponde a recto. Representan aproximadamente el 2% de todos los tumores gastrointestinales.
La localización más frecuente en el tracto digestivo es en el apéndice, íleon y recto.
Su prevalencia ha aumentado en los últimos 30 años. En la actualidad se calculan 2,5-5 casos/100.000 anuales.
Desarrollo
Paciente masculino de 50 años con diagnóstico reciente de hipotiroidismo, hallazgo de laboratorio, transaminasas elevadas GOT 52; GPT 95. Se realizo ecografía abdominal que informa esteatosis moderada. Se realiza TAC de abdomen que informa engrosamiento de pared de colon transverso. Dicho hallazgo motiva la práctica de una VCC, informe: hasta ciego, en recto a 10 cm. de margen anal: lesión sobreelevada polipoidea de aproximadamente 5mm de diámetro con intensa congestión y eritema mucoso. Anatomía patológica: en lamina propia y submucosa se observan nidos de células redondeadas y poligonales con núcleos ligeramente irregulares, cromatina granular y muy escasas figuras mitóticas, compatible con lesión de origen neuroendocrino. Se realiza inmunomarcación sobre el material: Cromogranina (+); Sinaptofisina (+); CD56 (-). Se confirma diagnóstico de tumor neuroendocrino. Estatificación: TC helicoidal de tórax, abdomen y pelvis, sin evidencia de lesiones. PET scan negativo.
Ecoendoscopia rectal con transductor de 10 MHZ: masa hipoecoica de 2cm de diámetro mayor, no atraviesa capa muscular propia, no se observa compromiso ganglionar Estadio UT1- N0. Determinaciones hormonales: Adrenalina urinaria, Noradrenalina urinaria, Calcitonina, Glucemia, Insulinemia, PTH, Ac 5 hidroxiindolacético en orina, 5 Hidroxitriptamina en sangre, todas las determinaciones dentro de parámetros normales.
Tratamiento: se realizo extirpación endoscópica de la lesión.
Ecoendoscopia control: no se observa presencia de lesión.
Conclusión:
Tumor de Recto de origen neuroendocrino de bajo grado y no funcionante de tratamiento endoscópico curativo exitoso, localizado, en seguimiento actual.

CC/P - 05

LITIASIS BILIAR ASOCIADA A FOSFOLÍPIDOS DISMINUIDOS EN BILIS (SINDROME DE ROSMORDUC)

Solanes, M(1); Jorge, O(1); Camus, G(1); Ferre, M(1)
(1)Hospital Español de Mendoza. Argentina.

INTRODUCCION:
La litiasis biliar asociada a fosfolípidos disminuidos en bilis con mutación en el gen ABCB4(síndrome de Rosmorduc) se caracteriza por focos hiperecogénicos intrahepáticos y microlitiasis a través del árbol biliar. El inicio de síntomas suele ser antes de los 40 años o relacionado con el embarazo. Puede presentarse como litiasis biliar recurrente.
OBJETIVO:
Presentar una paciente con diagnostico clínico compatible con este síndrome
PACIENTE:
Mujer de 49 años que consulta por epigastralgia de inicio brusco, vómitos, ictericia, y prurito. Hace 15 años colecistectomia por barro biliar durante embarazo, complicándose con pancreatitis. Actualmente, analítica: bilirrubina directa 2.38 mg/dl (hasta 0.25 mg/dl), bilirrubina indirecta 1.36 mg/dl (hasta 0.75 mg/dl), bilirrubina total 3.74 mg/dl (hasta 1.10 mg/ml), GGT 211 U/I (normal 2-30 U/l), FAL 168 U/I (25-100 U/I), GOT 108 U/I (8-33 U/I), GPT 219 U/I (4-36 U/L), TP 87% (normal 70%-120%), AMA (-), ANA (-), y AML(-). En ecografía múltiples focos hiperecogénicos intrahepáticos. En TAC helicoidal vía biliar intrahepática dilatada especialmente en lóbulo izquierdo. En colangio resonancia magnética vía biliar intra y extrahepática dilatada a predominio de lóbulo izquierdo, en conductos biliares de lóbulo izquierdo múltiples defectos de relleno que impresionan como litiasis intrahepática, y en colédoco múltiples imágenes que impresionan como litiasis intracoledociana. En CPRE vía biliar extrahepática levemente dilatada con litiasis en su interior y conducto hepático izquierdo levemente dilatado. Se procedió a papilotomía endoscópica con extracción de litiasis. La paciente evolucionó favorablemente medicada con ácido ursodesoxicolico a dosis de 20 mg/kg. Se encuentra en curso determinación de fosfolípidos en bilis y análisis para gen ABCB4.
CONCLUSION:
La litiasis biliar asociada a fosfolípidos disminuidos en bilis se asocia a mutaciones en gen MDR3/ABCB4. Esta mutación genera una alteración en la translocación de fosfolípidos desde el hepatocito al conducto biliar. Esto predispone a: precipitación de colesterol a manera de micro cálculos a través del árbol biliar intrahepático, objetivándose a través de focos hiperecogénicos intrahepáticos. También, las propiedades detergentes de los ácidos biliares hidrofóbicos no son neutralizadas adecuadamente por los fosfolípidos, produciéndose injuria a la membrana luminal del conducto biliar con elevación de GGT. El ácido ursodesoxicolico ha demostrado controlar eficientemente este síndrome a largo plazo y prevenir sus recurrencias y complicaciones. Terapias futuras podrían ser drogas que induzcan la expresión ABCB4. Este síndrome puede terminar en cirrosis biliar o dilataciones del conducto biliar asociado a litiasis. El diagnostico diferencial se tendrá que hacer con otras enfermedades que tengan síntomas biliares y/o litiasis intrahepática (Enf de Caroli, colangitis esclerosante primaria).

CC/P - 06

NUEVAS MODAS, NUEVAS CAUSAS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Mauricio, A(1); Aquilini, F(1); Lopez Fagalde, R(1); Tonn, F(1); Basile, ML(1); Laborda Molteni, J(1); Canepa, E(1); Pastorino, M(1)
(1)Hospital privado de comunidad. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La hemorragia digestiva alta (HDA) es una importante causa de morbilidad en la población general. La mortalidad promedio entre 3-10% no ha cambiado en los últimos 35 años no obstante el continuo desarrollo tecnológico y terapéutico endoscópico. Si bien la endoscopía digestiva es el principal método diagnóstico en la evaluación de la HDA, la anamnesis y el examen físico no han perdido valor…
CASO CLINICO: Paciente de 13 años, sexo femenino, sin antecedentes que es derivada desde otro nosocomio por episodios de hematemesis, descompensación hemodinámica, requerimiento de transfusión de glóbulos rojos, plasma, drogas vasoactivas e internación en unidad intensiva pediátrica. Se le practicaron previamente tres (3) video endoscopías digestivas altas (VEDA) sin hallarse lesiones mucosas ni restos hemáticos. Al ingreso en nuestra institución se encontraba hemodinamicamente estable y sin evidencia de sangrado activo. Los exámenes complementarios mostraron: hematocrito 28%, hemoglobina 9,5 mg/dL, plaquetas 167.000/ml, uremia 25mg/dL, TP 74%, KPTT 30 seg, coagulograma normal excepto el tiempo de sangría mayor 15 min. Sonda nasogástrica con débito negativo. Se realizó ecografía y TAC abdominal contrastada resultando normales. Una nueva VEDA que no mostró sangrado ni lesiones mucosas. Una angiorresonancia abdominal resultó negativa. Durante la internación presentó nuevo episodio compatible con hematemesis. Al examen físico se halló sangrado profuso proveniente de cara interna de la cavidad bucal originado en labio superior, lugar donde tenía un piercing previamente retirado pocos días antes de su hospitalización. Se realizó sutura hemostática. Evolucionó favorablemente sin evidencias actuales de resangrado.
RESULTADOS: El uso masivo y reciente de piercing en la población más joven ha sido asociado a diversas complicaciones entre las que figuran: infección, dolor, hemorragias, fisuras o fracturas dentales y daño gingival. Existen diversas publicaciones incluyendo un reducido número de pacientes. La segunda complicación reportada es la hemorragia, variando del 25 al 35% en las diversas series. No encontramos reportes de compromiso hemodinámico en personas con sangrado del sitio de colocación del piercing o asociación con coagulopatías preexistentes.
CONCLUSIÓN: A pesar de los avances tecnológicos, el correcto interrogatorio y examen físico siguen siendo herramientas claves en el diagnóstico del origen de la hemorragia digestiva. Si bien las complicaciones hemorrágicas de la colocación de un piercing son leves y de carácter autolimitado, en pacientes con coagulopatías de base puede ser la forma de presentación de un sangrado originado en el tracto digestivo superior.

CC/P - 07

CELIAQUIA Y SUPERPOSICIÓN DE PATOLOGÍAS AUTOINMUNES

Capoccetti, M(1); Quinteros, A(2); Leal, O(2); Vazquez, DL(2); Espindola Echazu, M(2); Cespedes, P(3)
(1)Servicio gastroenterologia, CIR, Tucuman (2)Servicio de reumatologia, CIR centro integral de reumatologia, Tucuman (3)Servicio endoscopia, instituto gastroenterologia, tucuman. Argentina.

Introducción: la enfermedad celiaca es una enteropatia producida por una intolerancia al gluten, en personas genéticamente susceptibles.(1) El riesgo es mucho mayor en individuos con enf. Autoinmunes asociadas (2). Algunos autores concluyen que el riesgo de desarrollar enf. Autoinmunes en la enf. Celiaca estaría relacionado con la duración de la exposición a las prolaminas toxicas.(3).

Caso Clínico : V. R. paciente de sexo femenino, de 33 años de edad, que comienza hace 3 años con gonalgia bilateral, a lo que luego agrega lesiones maculares rosadas en cara y petequias en miembros inferiores. Boca y ojos secos.
Luego de recorrer diferentes especialidades medicas durante 2 años, los estudios reumatológicos diagnostican artritis reumatoidea,Sjogren, vasculitis leucocitoclastica y cirrosis biliar primaria.
Es referida al servicio de gastroenterología para estudio de su función hepática.
Al interrogatorio y examen físico no mostraba síntomas ni signos de hepatopatia crónica, con un BMI normal.
Al interrogatorio dirigido refería ritmo evacuatorio normal, negando perdida de peso, anemia crónica, infertilidad, refiriendo aftas orales a repetición.
Exámenes complementarios: Laboratorio: Gb 6400 formula conservada, Htc 32%, Hb10,6, hipocromia, plaquetas normales, Tgo 10, Tgp 8, GamaGt normal, Fal 166, Brr T 0,8, TP 90%, Alb.3,6, G-glob.1,65.
Serologia hepatitis B y C Negativas. Eco abdominal y renal normal.
PBH compatible con CBP en estadio inicial o portal. Inflamacion leve, sin fibrosis.
Debido a las enfermedades de base y a los datos positivos actuales se solicita:
Serologia para enf. Celiaca: Ig a total 383 y Ac. Antitransglutaminasa (Ig a) 12. Ante estos resultados se solicita VEDA con biopsias duodenales las cuales informan atrofia vellositaria marsh II.
Tratamiento actual: DLG, UDCA 15 MG/Kg/día, Meprednisona 20 MG/día; con evolución favorable.

Conclusiones y discusión: 1 este caso es un buen ejemplo de asociación u overlap de enfermedades autoinmunes. (4 enfermedades AI y enfermedad celiaca).
2 insistir en el screenig de enfermedad celiaca en pacientes de alto riesgo, educando en este sentido al equipo de salud que maneja este tipo de pacientes. En el caso que se presenta, el diagnostico de la enteropatia se demoro 3 años entre los primeros síntomas y el diagnostico de enf. Celiaca.
3 el presente caso es un claro ejemplo de celiaquia, sin las "manifestaciones clasicas" de la enfermedad.

CC/P - 08

PAPILOMA ESCAMOSO DE ESÓFAGO

Aldabe, NVE(1); Mantovani, M(1); Schickendantz G(1)
(1)Militar Campo de Mayo. Argentina.

INTRODUCCIÓN: El papiloma escamoso del esófago es un tumor benigno del epitelio escamoso de baja prevalencia entre 0.01 al 0.45%, de acuerdo a los resultados de autopsia y estudios endoscópicos. Generalmente es asintomático, consistente en una lesión elevada, sésil, pequeña y redondeada, de superficie lisa o rugosa. Es más frecuente en el tercio superior del esófago y luego el esófago medio. Se ha involucrado al Virus del Papiloma Humano (HPV) en el tumor, encontrándose en un 80 % de los casos, considerándose como un posible factor etiológico.
OBJETIVO: Presentación de una paciente con hallazgo de una patología esofágica infrecuente.
CASO CLINICO: Paciente de sexo femenino, de 34 años, que concurre a realizar endoscopia derivada por otorrinolaringología por odinofagia matinal. Refiere epigastralgia de más de un mes de evolución, y un antecedente de años atrás de gastropatía que mejoró con Omeprazol. No síntomas de pirosis ni disfagia. Sin antecedentes de tabaquismo, alcohol ni antiinflamatorios.
Laboratorio con valores normales.
VEDA: Septiembre 2008: Esófago: a 30 cm de arcada dentaria superior lesión circular elevada de tipo papuloide, de 6mm, que se biopsia. A 37 cm eritema (Esofagitis Grado A de los Ángeles).
Inicia tratamiento con Omeprazol de 20 mg.
Histopatología: Fragmento irregular blanquecino de 0,5 cm. Diagnóstico: Esofagitis – Papiloma escamoso (epitelio con marcada acantopapilomatosis, hiperplasia de la capa basal y exocitosis).
La paciente realizó controles ginecológicos y de ORL donde no se evidencia HPV. Luego de un mes de Omeprazol ella suspendió el tratamiento por encontrarse asintomática.
VEDA: Noviembre 2008: Esófago no se detecta lesiones.
Al momento de efectuar este resumen -a ocho meses sin tratamiento- la paciente por indicación de médico clínico recibe desde 15 días atrás Ranitidina 300 mg por epigastralgia solamente con buena respuesta sintomática.
COMENTARIO: La papilomatosis esofágica es una enfermedad rara, poco frecuente y existen escasos trabajos que hagan referencia sobre este tema. Generalmente se acompaña de disfagia y se asocia al HPV. Hay casos reportados de asociación en un 25 % del HPV con carcinoma de células escamosas de esófago.
CONCLUSIÓN: Se presenta un caso de Enfermedad por reflujo con síntomas atípicos en una paciente joven que por VEDA se encontró una lesión esofágica –Papiloma escamoso- que probablemente con la toma de biopsia se resecó, por lo que no se evidenció a los dos meses de la primera muestra. Dado que es una lesión benigna de esófago pero que tiene asociación con el HPV y se vio en trabajos que hay asociación de HPV con carcinoma, se deduce que se debe continuar realizándole controles endoscópicos periódicos.

CC/P - 09

GIST GÁSTRICO DE POTENCIAL MALIGNO INCIERTO

Pinasco, R(1, 2); Donatelli, M(1, 2); Nardi, G(1, 2); Regnasco, S(1, 2); Altamirano Selaya, G(1, 2); Raffo Magnasco, G(2, 3); Dimasi, L(2, 3); Yahni, V(1, 2); Cenoz, C(2, 4); Saá, E(1, 2)
(1)Unidad de Gastroenterología (2)Hospital Ignacio Pirovano (3)División Cirugía (4)División Anatomía Patológica

INTRODUCCION:
Los tumores estromales gastrointestinales, GIST son tumores mesenquimatosos de la pared del tracto gastrointestinal, mesenterio, peritoneo y retroperitoneo. Expresan la oncoproteína c-kit o CD-117. Su incidencia es < al 1% de los tumores GI primarios, más frecuentes en hombres y mayores de 40 años. Su presentación clínica es hemorragia gastrointestinal (20-50%), dolor abdominal (40-50%) y masa palpable (25-40%).Se estima que son malignos hasta en 30% de los casos.

OBJETIVO:
Se presenta un paciente con diagnóstico de GIST gástrico de + 6 cm., encapsulado, con bajo índice mitótico y cinético, con extensas áreas de necrosis, que indicarían catalogarlo como de potencial incierto.

MATERIAL Y METODOS:
Paciente masculino de 64 años internado por hemorragia digestiva alta descompensada.
VEDA: En cara anterior del cuerpo gástrico proximal se visualiza gran elevación mayor a 6 cm de diámetro, lisa indurada, con vasos por transparencia sobre su superficie, la que presenta ulceraciones. Se toman biopsias múltiples.
Rx SEGD: Falta de distensibilidad a nivel del cuerpo gástrico proximal, con imagen elevada que impresiona lesión submucosa.
TAC: Masa heterogénea de partes blandas a nivel gástrico, de 90 X 70 mm, con plano de clivaje definido con el páncreas.
PARTE QUIRURGICO: Gastrectomía segmentaría laparoscópica con margen de aprox. 5 cm.
ANATOMIA PATOLOGICA:
Gastritis crónica inactiva corporal no atrófica leve asociada a Helicobacter pylori
PIEZA QUIRURGICA: Tumor gastrointestinal estromal, con bordes de resección libres.
INMUNOMARCACION: Perfil inmuno fenotípico vinculable con GIST.

DISCUSION:
El c-kit o CD117, es un factor de crecimiento conocido como factor de células madre, entre las cuales se encuentran las células de Cajal. Mutaciones genéticas del tipo "ganancia de función" en c-kit, podrían activar a la tirosina kinasa de manera independiente a la forma natural de activación, conduciendo a una incontrolable proliferación celular e inhibición de la apoptosis.
Las tinciones inmunohistoquímicas para CD34 y CD117 se usan para el diagnóstico histológico definitivo de los GIST,
Los GIST son negativos usualmente para Desmina y para actina del músculo liso (SMA).

CONCLUSION:
Se considera que el tamaño (>5 cm) y conteos de figuras mitóticas (>5 figuras mitóticas por campo de alto poder) se relacionan con mayor agresividad biológica.
En nuestro caso el comportamiento histológico no correlaciona con el tamaño y áreas de necrosis del tumor, por lo que se lo considera con potencial incierto.

SUPL.1708 G STRO (5728) 9/20/09 05:57 PM Página 26

CC/P - 10

TUMOR ENDOCRINO DE PANCREAS NO FUNCIONANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Mingroni, RD(1); Pustilnik, E(1); Moscariello, M(1)
(1)Centro Médico Privado Plus Medicina Villa Constitución. Argentina.

Los tumores neuroendocrinos del páncreas son de baja incidencia . Se desarrollan desde las células de los islotes de Langerhans. Tanto los funcionantes como los no funcionantes son embriológica e histológicamente idénticos y sólo difieren en su capacidad paraproducir hormonasCaso Clínico: Se trata de una mujer de 47 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por cuadro de dolor epigástrico irradiado a hipocondrio derecho, vómitos alimenticios, luego biliosos y discreta pérdida de peso. La exploración física no arrojó datos de interés, en la analítica únicamente destacaba una hiperglucemia no conocida. Resto de las determinaciones incluyendo marcadores tumorales normales. En la ecografía se aprecia una masa ocupante de espacio de 80mm de diámetro mayor, en proyección cuello y cuerpo pancreático, produce dilatación del conducto de wirsung, que mide 11 mm de diámetro, evaluada con doppler color se constató una estenosis de la confluencia de la vena porta con la vena mesentérica superior provocado por la masa tumoral .También la vena esplénica se observa disminuida de calibre en la zona próxima a la confluencia con la vena porta. El tejido tumoral se observo hipervascularizado. La T.A.C. y la RMI demostraron la lesion pancreática, infiltración de vasos esplénicos, sin observarse adenopatías, ni metástasis regionales, ni a distancia.
La imagen tumoral deforma el lóbulo izquierdo hepático y provoca desplazamiento lateral del cuerpo gástrico.
Bajo control tomográfico, se realizo PAAF de la masa pancreática, sugiriendo la citología e inmunohistoquimica un tumor neuroendocrino del páncreas. Con el diagnostico de tumor neuroendocrino de páncreas, descartada la primera opción de terapéutica, la quirúrgica, se realiza radioterapia focalizada, además se realizo terapia médica con enzimas pancreáticas y antidiabéticos orales.
En el curso de su patología presento, un cuadro de cetoacidosis diabética, e intervención quirúrgica por cataratas. Hace cinco años del diagnostico, con controles estrictos posteriores la paciente se halla con terapia antidiabética, discreta perdida de peso ponderal, dolor vago en hemiabdomen superior, que cede con analgesicos comunes.
Comentarios: Los tumores endocrinos pancreáticos no funcionantes, son poco frecuentes y representan el 25% de todos los tumores endocrinos del páncreas ,al no producir un síndrome clínico característico (por liberación de hormonas) la sintomatología que produce esta en relación con los efectos locales de la masa y/o sus metástasis (dolor abdominal, perdido de peso,etc) Son malignos en el 62 al 92% de los casos y aparecen entre los 40 y 60 años. Debido a que son tumores grandes su diagnostico se puede realizar con ecografía, T.A.C. practicando PAAF(puncion eco-tac dirigida).

CC/P - 11

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE Y DIARREA CRÓNICA DE DIFICIL DIAGNÓSTICO. (PRESENTACIÓN DE CASO)

Epele, J(1); Diaz, A(1); Avila, CA(1); Cohen, VA(1); Senetiner, F(1); Van Domselaar, F(1); Barrientos, ML(1)
(1)Hospital Regional de Comodoro Rivadavia

INTRODUCCIÓN: un motivo frecuente de consulta tanto en la atención primaria como el especialista es el dolor abdominal crónico asociado a diarrea intermitente. Estos pacientes realizan numerosos estudios y en la mayoría de las ocasiones se trata de trastornos funcionales. En algunos casos una detallada anamnesis y exploración física, así como la revisión de los estudios previos pueden mostrar alteraciones que muchas veces pasan desapercibidas inicialmente y nos pueden orientar hacia el diagnóstico de una patología orgánica. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de difícil diagnóstico de una paciente con dolor abdominal recurrente asociado a diarrea crónica.
CASO: Mujer de 41 años con antecedentes de obesidad, asma y alergia a AINES. En noviembre de 2008 comenzó con episodios de dolor centroabdominal intensos de tipo cólico que la llevó a consultar reiteradas veces, siendo internada en una ocasión en la que se realizó TAC de abdomen sin encontrar hallazgos patológicos, teniendo respuesta parcial al tratamiento con antibióticos.
Evolucionó en los 4 meses subsiguientes con intensificación de dolor abdominal, al que se le asoció diarrea y vómitos con pérdida de 20 Kg de peso. En ese periodo realizó rectosigmoidoscopia que fue normal y FEDA con diagnóstico de pólipos gástricos del tipo fúndico. También realizó tránsito de intestino delgado, coprocultivos, parasitológicos, serología para enfermedad celíaca y EII todos negativos.
En marzo del corriente año se interna en clinica medica de nuestro hospital donde es reevaluada. Al revisar la historia se observó que la paciente tenía eosinofilia periférica de 3 años de evolución, con valores de hasta 34% (3,69 x 109). Por tal motivo se realizó videocolonoscopia con ileoscopia que fue normal y VEDA sin cambios con respecto a la anterior. Las biopsias del colon, recto, ileon y duodeno mostraron infiltrado submucoso mixto a predominio polimorfonuclear de neutrófilo y eosinófilo. En el duodeno e ileon también presentó infiltrado mucoso con migración epitelial de eosinófilos.
Con diagnostico de Enteritis Eosinofilica, se decidió iniciar tratamiento con meprednisona 40 mg/día, con lo que remitieron los síntomas en el transcurso de una semana.
CONCLUSION: La gastroenteropatia eosinofilica es una rara enfermedad caracterizada por infiltración eosinofilica del tracto gastrointestinal asociado generalmente a esosinofilia periférica que se manifiesta de diferentes formas según la capa intestinal afectada. Dada la baja frecuencia de la enfermedad así como la sintomatología inespecífica, el diagnóstico suele retrasarse. En nuestro caso se demoró el diagnóstico al no jerarquizar inicialmente el antecedente de alergia a los AINEs y la eosinofilia periférica, dos características típicas de esta enfermedad. Estos datos, a pesar de tener imágenes tomográficas y endoscópicas normales, nos motivaron a biopsiar diferentes segmentos del tubo digestivo con lo que se arribó al diagnóstico definitivo.

CC/P - 12

HIPERTENSION PORTAL DEL HIGADO REMANENTE EN LA HEPATECTOMIA EN DOS TIEMPOS

Ciavarelli, MA(1); Masella, GR(2); Masella, VL(2); Ciavarelli, MM(3); Ciavarelli, IA(3)
(1)Crai Norte (2)Universidad barcelo (3)UBA. Argentina.

Paciente de 44 años de edad portadora de un adenocarcinoma de colon sigmoideo con metastasis multiples en ambos lobulos hepaticos. (pet scan sin evidencia de otras metastasis a distancia) se planifica una colectomia sementaria con vaciamiento locoregional con 13 ganglios positivos de 18 sin adenopatias retroperitoneales y con 15 metastasis distribuidas en ambos lobulos identificadas por ecografia intraoperatoria.
Se decide 30dias despues efectuar metastasectomias del lobulo izquierdo con embolizacion de la vena porta derecha. En los estudios postoperatorios por ecografia y tomografia se evidencio una hipertrofia del lobulo izquierdo de 1,5 veces aproximadamente decidiendo 45 dias despues de la segunda cirugia realizar la reeccion del lobulo derecho y del segmento I.
En el postoperatorio mostro como complicacion una hipertension portal florida con un sindrome ascitico edematoso marcado y con una encefalopatia grado I.
De inmediato se comenzo con tratamiento medico con diureticos (furosemida y espironoactona) dosis maxima, lactulosa, restriccion sodica y beta bloqueantes planeando como paso posterior una embolizacion de la arteria esplenica buscando reducir un 30% el volumen portal.
La evolucion clinica fue favorable no necesitando tomar una conducta invasiva encontrandose actualmente sin medicacion por la hipertension portal y en quimioterapia con una determinacion de oncogen no mutado (k ras negativo).
El interrogante es si esperar la hipertrofia total del lobulo remanente en la hepatectomia en dos tiempos o practicar de entrada una conducta descompresiva de la circulacion portal.

CC/P - 13

FALLA HEPATICA AGUDA SOBRE HEPATOPATIA CRONICA CON COMPROMISO PREDOMINANTEMENTE SISTEMICO

Lujan, P(1); Solanes, M(1); Jorge, O(1); Ferre, M(1); Jorge, A(1)
(1)Hospital Español de Mendoza. Argentina.

INTRODUCCION
La falla hepática aguda puede manifestarse sobreimpuesta a una hepatopatía crónica. Las manifestaciones clínicas pueden ser predominantemente atribuidas al compromiso hepatocelular (ictericia, coagulopatía, encefalopatía), como descompensación de la hepatopatía crónica (ascitis, hemorragia digestiva, encefalopatía) o como mas recientemente ha sido descrito, como compromiso predominantemente sistémico (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), fallo multiorgánico, shock séptico)
OBJETIVO
Presentar caso clínico de insuficiencia hepática aguda sobre hepatopatía crónica que se manifestó clínicamente principalmente como fallo multisistémico.
PACIENTE
Varón de 55 años, antecedentes de esteatohepatitis no alcohólica en estado de cirrosis compensada. Ingresa por abdomen agudo. Analítica: TP 86% (70-120%), bilirrubina total 1mg/dl (hasta 1.10 mg/dl), creatinina 0,8 mg/dl (0.6-1.1 mg/dl), ALT 46U/l (8-33 U/l). A la semana cirugía por hernia interna. En el post quirúrgico presenta: shock séptico por Estafilococo aureus que se trata con Linezolid. A los 7 días hemorragia digestiva por varices esofágicas grado II. Se realiza tratamiento endoscópico y con Terlipresina. Seguidamente presenta: shock séptico por Acinetobacter baumannii y Kebsiella pneumoniae tratado con Tigeciclina y Colistin. Distrés respiratorio tratado con ventilación mecánica. Desarrollo de ascitis refractaria y de peritonitis bacteriana espontánea por Enterobacter y Klebsiella pneumoniae. Analítica: TP 80%, creatinina 1.1 mg/dl, bilirrubina 2.9 mg/dl, ALT 47 U/l. Posteriormente shock séptico por Proteus bulgaris tratado con Piperacilina, Tazobactam, y Tigeciclina. Fallo renal con creatinina 3.8 mg/dl, TP 83%, ALT 74 U/l, bilirrubina 3.42 mg/dl y hemorragia digestiva con mala evolución y óbito.
CONCLUSION
El hígado cumple un papel central en el SIRS, fallo multiorgánico, y shock séptico. Muchas veces sin manifestaciones hepáticas evidentes. Esto se debería, entre otras causa, al papel central que juega el parénquima hepático (células endoteliales y de Kupffer principalmente) en el aclaramiento de endotoxinas y de citoquinas proinflamatorias como TNF-alfa, IL-1, e IL-6. El paciente que presentamos desarrolló fallo multiorganico y shock séptico como manifestaciones clínicas principales de su descompensación hepática. Creemos que el hígado juega un papel fundamental y muchas veces silencioso en la génesis y desarrollo del SIRS, de la falla multiorgánica, y del shock séptico sobretodo cuando existe hepatopatía crónica de base.

CC/P - 14

PRESENTACIÓN DE CASO DE HIPONATREMIA SINTOMÁTICA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Martín, M(1); Higa, MA(1); Bertola, SdC(1)
(1)Hospital Privado Centro Médico de Córdoba. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad inflamatoria intestinal habitualmente no se asocia a alteraciones electrolíticas significativas, y cuando esto se produce se trata de trastornos por pérdida de potasio. Algunos estudios han demostrado la pérdida de la superficie absortiva de sodio en la mucosa intestinal inflamada, pero no hay datos en la literatura que demuestren la significancia clínica de estos hallazgos. Se presenta aquí un caso clínico de hiponatremia sintomática probablemente asociada a colitis ulcerosa.
CASO CLÍNICO: Mujer de 75 años de edad con antecedentes de cardiopatía isquémica con by-pass aorto-coronario 13 años previos a la consulta, hipertensión de larga data, hemorragia digestiva alta por úlcera péptica gástrica 9 años previos a la consulta, hipotiroidismo subclínico, obesidad y anemia crónica. 40 años previos a la consulta es diagnosticada con colitis ulcerosa en nuestra institución con diagnóstico anatomopatológico y a la edad de 33 años se le realiza colectomía total con ileostomía. Al momento de la consulta la paciente esta medicada con atenolol, alprazolam y loperamida. La paciente presenta historia de numerosas internaciones por hiponatremia sintomática sin otras alteraciones bioquímicas en los 3 años previos a la consulta actual. Durante esas internaciones la paciente fue sometida a diversos estudios que descartaron patología renal y endocrinológica como causante de la hiponatremia. La paciente presenta nuevo episodio de hiponatremia sintomática, al que se agrega diarrea a través del ileostoma, sin sangre, moco, pus, ni fiebre o dolor abdominal. Se realiza tránsito de intestino delgado que informa franca alteración del patrón mucoso, con pliegues engrosados y presencia de voluminosos y numerosos divertículos, y además 2 áreas de estenosis fijas no distensibles en ileon distal, sin evidencias de fístulas. A continuación se realiza enteroscopía endoscópica en donde se examinan 30 cm. de ileon encontrando la mucosa eritematosa, con úlceras profundas de bordes duros y alrededor, mucosa con grandes vellosidades alternando con zonas de apariencia normal. Se toman múltiples biopsias, y la anatomía patológica informa cambios compatibles con colitis ulcerosa. La tomografía axial computada de abdomen informa solo diverticulos en duodeno e intestino delgado proximal, sin masas retroperitoneales. Se solicitaron estudios de anticuerpos para enfermedad celiaca y antinucleares que fueron negativos, y se midió la inmunoglobulina A sérica que fue normal. Se comenzó entonces tratamiento con glucocorticoides y azatioprina, con buena respuesta clínica y bioquímica por parte de la paciente.
CONCLUSIÓN: se presenta una paciente con colectomia total y colitis ulcerosa en ileon, la cual se presenta con diarrea, y cuadros repetidos de hiponatremia sintomática, la cual mejora con el tratamiento de la enfermedad inflamatoria, lo que refuerza la sospecha de que el trastorno electrolítico está asociado a esta enfermedad.

CC/P - 15

PSEUDOLIPOMATOSIS COLONICA

Jaroslasky, M(1, 2); Donatelli, M(1, 3); Nardi, G(1, 3); Pinasco, R(1, 3); Regnasco, S(1, 3); Yahni, V(1, 3); Altamirano Selaya, G(1, 3); Torrico Paz, J(1, 3); Saá, E(1, 3)
(1)Hospital Ignacio Pirovano (2)División Anatomía Patológica (3)Unidad de Gastroenterología

INTRODUCCION:
La pseudolipomatosis es una entidad rara, benigna, cuya patogénesis resulta aún oscura, y que en el tracto gastrointestinal afecta el Colon, y con menor frecuencia Duodeno y Estómago.

OBJETIVOS:
Reportar un caso de pseudolipomatosis colónica, patología infrecuente.

MATERIALES Y METODOS:
Presentamos el caso de un varón de 43 años, que consulta por episodio de Proctorragia. Laboratorio: Normal.
Videocolonoscopia:
En Sigma próxima lesión tipo placa elevada, blanquecina, con microgranularidad (semejando poros) de bordes netos, con hematina en algunos sectores y disminución de la luz del órgano a dicho nivel, blanda y elástica a la toma de biopsias.
Estudio anatomopatológico:
Mucosa colónica con patrón arquitectural glandular conservado, con espacios ovoides ópticamente vacíos, apretadamente dispuestos a nivel de la lámina propia semejantes a adipocitos. Leves infiltrados de polinucleares.
Inmunomarcación con proteína S100 y CD34: Negativas. Diagnóstico: Pseudolipomatosis Colónica.
TAC: La pared colónica fue de espesor normal. Se descarta neumatosis intestinal.

DISCUSION:
Se cree que la Pseudolipomatosis podría representar la presencia de aire (tipo enfisema intersticial) o de linfa en los espacios descriptos, ocasionada por lesiones mucosas debidas al barotrauma o al uso de algunas soluciones de limpieza. Es una entidad poco reconocida, cuya incidencia se calcula en 0,4% de las biopsias colonoscópicas en algunas series.

CONCLUSION:
Es importante reconocerla a fin de no atribuir los hallazgos a un mero artefacto de la técnica histológica.

CC/P - 16

HEPATITIS POR CITOMEGALOVIRUS EN INMUNOCOMPETENTE

Conlon, MC(1); Milocco, M(1); Spiazzi, R(1); Bonomi, F(1); Misztal, M(1); Marchi, L(1)
(1)Posadas. Argentina.

Paciente femenina, 52 años, derivada de otra institución por cuadro de dos meses de evolución de dolor en hipocondrio derecho, vómitos e ictericia; asociado en el último mes con acolia, coluria y prurito.
Se realizó:
Ecografía abdominal (07/02/09): litiasis vesicular múltiple. Resto normal.
Laboratorio (9/2/09): Hto36%, Hb12; GB 9900; Plaquetas: 180000; FAL: 618; Bt: 21; Bd: 18; Alb2,2; Prot T : 7,5; GOT/GPT: 1350/771; Creat 0,8; Act: 26%;Colesterol total: 57.
Serologías: A/HAV IgM -; A/HBC IgM -; A/HCV -; HIV – y HBs Ag (-).
TAC abdomen con contraste endovenoso (11/02/09): Hígado de contornos polilobulados, homogéneo; vesícula litiasis múltiple.
Se interna por cuadro de bradipsiquia, orientada en tres esferas, flapping , fiebre e ictericia.
Laboratorio 20/02/09: Gluc: 1,19; Act: 25%; Bt: 23; Bd: 21, GOT/TGP: 853/596; Prot T: 6,2; Alb:2,4.
Ecografía abdominal (20/02/09): Hígado heterogéneo, vesícula litiásica.
Con diagnóstico presuntivo de infección intrahospitalaria sin foco e insuficiencia hepática, se inicio tratamiento con ciprofloxacina-ceftazidima, previa toma de HMC y urocultivo (sin aislamientos).
Evoluciona con desorientación en tiempo y espacio, aumento del diámetro abdominal, edema generalizado y alteración del ritmo sueño-vigilia.
Laboratorio 23/02/09: Act: 21%; Bt: 19; Bd: 13,6; TGO/TGP: 682/453; FAL: 494; Prot T: 6,2; Alb: 2,2, GammaG: 3,11 , Factor V: 17%.
Serologías: CMV IgM >1061; IgG >2500; E.B IgM (-).
Auto anticuerpos: FAN (-); ASMA (+); A/LKM (-); AMA (-); ANCA P: (-).
Ecografía abdominal (23/02/09): hígado disminuido de tamaño, heterogéneo. Líquido libre.
Paracentesis (23/02/09): PT 0.5, alb 0.1. GASA 2.5. Citológico y cultivo negativo.
Por diagnóstico de Hepatitis por CMV se decidió comenzar con Ganciclovir 400 mg /12 hs, prednisona 60 mg/d y furosemida por episodio de sobrecarga.
Por mala evolución se realizaron cultivos con aislamiento de Enterococo sensible a vancomicina en orina.
Se inicio tratamiento ATB con Vancomicina y se suspende tratamiento con corticoides.
Laboratorio 3/3/09: Hto: 30%; Hb: 10,1; Bcos 12.600; Plaq: 77.000; Gluc: 0,52; Urea: 0,42; Creat: 2,1, Act: 16%, Bt: 15,5; Bd: 10; TGO/TGP: 431/234; Fal: 326, Prot 6,2, Alb: 2,2.
Los familiares solicitan la externación voluntaria de la paciente.

Se presenta el caso por la forma infrecuente de presentación y el conflicto ante el inicio de medidas terapéuticas en paciente inmunocompetentes; en los cuales solo el 10% de los casos de seroconversión presentan algún tipo de manifestación clínica.
Siendo la más frecuente la hepatitis subclínica (90% con leve aumento de transaminasas), otras formas de manifestación son la hepatitis grave, que representa el 15 – 20% y entre un 10-21% se manifiesta como Sme mononucleósico.
El tratamiento antiviral en inmunocompetentes asintomáticos no ha mostrado beneficio. Formas severas el inicio de terapia específica es conflictivo.

CC/P - 17

IMÁGENES POCO COMUNES DE UNA PATOLOGÍA FRECUENTE; A PROPÓSITO DE UN CASO

Filo, G(1); Nardi, G(2)
(1)Htal de Agudos Dr Abel Zubizarreta (2)Htal de Agudos Dr Ignacio Pirovano. Argentina.

Objetivos: mostrar imágenes poco habituales de una patología frecuente
Material y métodos: presentamos una paciente de 66 años, sexo femenino oriunda de San Luis que consulta por, dolor y molestia abdominal superior de años de evolución; que empeora en los últimos meses. Se palpa masa abdominal duro elástica en el hipocondrio derecho y epigastrio.
Eco:.hígado imagen hipoecogénica voluminosa de contornos netos y regulares de 140x114x53mm en HCD y epigastrio ¿Formación quística? La imagen distorsiona la anatomía normal. Vb, páncreas, riñones y bazo s/p
Lab : hemograma; coagulograma, TGO, TGP y GGT: normales, FA: 307,Ca19-9, CEA, AFP: normales. HAI para Hidatidosis. Serol. HVB y HVC negativas.
TAC abd y pelvis C/C: hígado se observa imagen de aspecto quístico de paredes irregulares y gruesas hacia su extremo diafragmático la que se extiende en sentido distal x 165mm, acompañada de otra imagen quística menor. La imagen tiene efecto de masa desplazando las estructuras del hilio, el marco duodenal, el páncreas, el marco colónico y asas de ID vecinas. Rx tórax normal. VEDA y VCC: normales
La paciente es evaluada con el grupo de hígado y cirugía de hígado y VB del Htal. Pirovano decidiéndose su intervención quirúrgica por vía laparoscópica. Se procede al destechamiento de la lesión, con resección del borde libre de la misma tras la punción y aspiración del contenido de aspecto seroso, resección de otra formación quística menor de 4x4cm en el segmento III. Posteriormente se efectúan colangiografia y colecistectomía.
Conclusiones: Procesos hepáticos diversos pueden adoptar un aspecto quístico; el aspecto radiológico de estas lesiones suele ser suficiente para distinguirlas de los verdaderos quistes.
Los quistes hepáticos se clasifican en: quistes parasitarios (hidatídicos) y los no parasitarios.
Los quistes no parasitarios engloban los que tienen comunicación con el árbol biliar: síndrome o la enfermedad de Caroli y los que no tienen comunicación con la vía biliar: quistes solitarios o simples y los quistes de las poliquistosis hereditarias.
Tanto los quistes solitarios (que pese a su nombre pueden ser múltiples) como los quistes de enfermedades hereditarias (poliquistosis hepática y renal) son de contenido seroso, aséptico y escasamente celular; no ocasionan síntomas y se diagnostican durante una ecografía, como una lesión anecoica de paredes finas y con refuerzo posterior.
Los quistes hepáticos simples están rodeados de un parénquima hepático normal, se presentan en el 2-7% de la población adulta, su prevalencia aumenta con la edad. No suelen ser mayores de 5cm y son más frecuentes en las mujeres. Pueden complicarse: infección de su contenido, torsión, rotura o hemorragia o compresión de estructuras vecinas cuando alcanzan gran tamaño. Esto plantea la necesidad de tratamiento; percutáneo (aspiración con o sin inyección intraquística de alcohol u otras sustancias esclerosantes) o de cirugía (a cielo abierto o laparoscópica).

SUPL.1708 G STRO (5728) 9/20/09 05:57 PM Página 28

CC/P - 18

PUEDE LA COLITIS ULCEROSA MEJORAR CON DIETA LIBRE DE GLUTEN?

Ferre, M(1); Jorge, O(1); Solanes, M(1); Camus, G(1)
(1)Hospital Español de Mendoza. Argentina.

INTRODUCCION: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y la enfermedad celíaca (EC) se suelen asociar y presentarse en un mismo paciente o en sus familiares de primer grado. Ambas patologías tienen un aumento de la permeabilidad intestinal y comparten una respuesta inflamatoria al medio ambiente; microbios intestinales y componentes de alimentos (para la colitis ulcerosa, CU) y gluten (para la EC). Se han estudiado genes que regulan proteínas involucradas en la estructura y función de las uniones estrechas o tight junctions (barrrera epitelial). Estos genes son el PARD3 (cromosoma 10) y el MAGI2 (cromosoma 7) y están asociados a la EII y EC. Se sabe que entre los factores etiológicos de la EII existe un mecanismo alérgico con aumento de la IgE. Por otro lado, es conocida la asociación entre el déficit de IgA y la EC.

OBJETIVOS: Demostrar que una paciente con CU mejora su sintomatología con dieta libre de gluten (DLG) sin tener ningún marcador de EC positivo.

PACIENTE: Paciente femenino de 55 años con diagnóstico de CU de colon izquierdo diagnosticado con endoscopia, biopsia, y p-ANCA + 1/320. Tiene antecedente familiar de su madre fallecida por enfermedad de Crohn. La paciente responde inicialmente a tratamientos habituales (mesalazina y corticoides) y dada la recurrencia de los síntomas (diarreas explosivas y hematoquezia) al disminuir la dosis de inmunosupresor, se realizan exámenes complementarios y se encuentra: IgE aumentada (937 UI/ml VN: hasta 150), IgA levemente disminuida (87 mg/dl, VN: 90 y 310) y no empeoramiento de su EII. Dado que la paciente refiere una clara relación entre los síntomas y la ingesta de harinas se realizan anticuerpos, endoscopia, biopsia y test genéticos para EC siendo todos negativos. No se encontró aumento de eosinófilos en las biopsias estudiadas. Igualmente se la somete a una DLG tras lo cual la paciente mejora espectacularmente sus síntomas.

CONCLUSIONES: la asociación entre EEI y EC está claramente establecida. En este caso llama la atención la mejoría clínica con DLG habiendo descartado totalmente una EC. En el contexto de esta paciente se podría asumir que la misma tiene una alergia alimentaria al gluten (IgE elevada) sin cumplir con los requisitos para ser diagnosticada una celiaquía. Sería de utilidad en los pacientes con EII que con el tratamiento adecuado no evolucionan bien o tienen recurrencia de los síntomas, investigar la EC y si ésta fuese descartada intentar igualmente una DLG con investigación de mecanismos alérgicos. Podría el gluten generar a nivel colónico una alteración de los de los tigth junction.

CC/P - 19

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE Y RETRASO PONDERAL EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO CON DIAGNÓSTICO DE CELIAQUÍA

Alarcón, G(1); Nanfito, G(1); Bernedo, V(1); Guzmán, L(1); Miculan, S(1); Cueto Rua, E(1)
(1)Hospital de Niños Superiora Sor María Ludovica - La Plata. Argentina.

Las anomalías congénitas que causan obstrucción intestinal completa e incompleta pueden manifestarse en forma tardía o con síntomas similares a otras patologías de resolución no quirúrgicas, que podrían confundir o enmascarar el cuadro.
Presentamos aquí a un paciente de 12 años, sexo masculino con diagnóstico de Celiaquía a los 3 años, con dudas con respecto al cumplimiento de la dieta, que consulta por falta de crecimiento y dolor abdominal recurrente, motivo por el cual se le solicitó anticuerpos para enfermedad celiaca y patología tiroidea con resultados normales.
Se le solicita VEDA que informa esófago normal, estómago con material alimentario y orificio prepilórico con vellosidades en el interior compatible con fístula.
Se decide realizar una radiografía seriada gastroduodenal donde se informa estómago con residuo al iniciar el estudio, desemboca en duodeno con marcada dilatación en su segunda porción y antiperistaltismo, hay pasaje lento de contraste.
Dado que la obstrucción es incompleta podría tratarse entre otras causas de una membrana duodenal o una banda de Ladd. Además cabe preguntarse si la atrofia referida fue por duodenitis crónica producida por el retardo evacuatorio o por su Celiaquía.

CC/P - 20

HALLAZGO DE SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN EN MUJERES CON AUMENTO DE LA FOSFATASA ALCALINA Y SU ESTUDIO DIAGNÓSTICO

Piceda, SR(1); Bendezu Mejia, KT(1); Cutuli, C(1); Gruz, F(1); Novas, O(1)
(1)Hospital Bernandino Rivadavia. Argentina.

Introducción: El Síndrome de Superposición de Cirrosis Biliar primaria-Hepatitis autoinmune se ha definido como la concurrencia de características clínicas, de laboratorio y de hallazgos en la anatomía patológica de dos condiciones al mismo tiempo en un mismo paciente.
Objetivo: Se presentan las características clínicas, de laboratorio y de anatomía patológica de tres casos de pacientes con aumento de la fosfatasa alcalina.
Materiales y métodos: En el lapso de 4 meses (de marzo a junio) se evaluaron 3 pacientes las cuales consultaron por aumento de la fosfatasa alcalina. Se documentaron datos epidemiológicos y diversos parámetros de laboratorio. A todas se les realizó punción biopsia hepática percutánea.
Resultados: Población (n= 3) tenía una edad promedio de 52 años. El 100% de sexo femenino. Dos pacientes consultaron por prurito. Las tres presentaban fosfatasa alcalina 4 veces los valores normales. Todas presentaban transaminasas tres veces los valores normales. Dos de ellas presentaban Anticuerpos antimitocondriales negativos. Dos pacientes presentaban Anticuerpos antimúsculo liso positivo. Una de ellas Anti M2 positivo. La biopsia hepática en las tres pacientes fue diagnóstica.
Conclusiones: La evaluación de pacientes derivadas del servicio de reumatología por hipertransaminasemia desde fines del año pasado ha dado por resultado el hallazgo precoz de dos casos de síndrome de superposición y un caso de cirrosis biliar primaria en 4 meses. Es necesario por ende la derivación precoz de pacientes con alteraciones del hepatograma a fin de llegar a un diagnóstico temprano y evitar la progresión a etapas finales de esta entidad. Se plantea además la necesidad de tratamiento combinado(ácido ursodesoxicólico y corticosteroides) en las pacientes que presentan síndrome de superposición para evitar la progresión a cirrosis.

VC - 01

CIRUGÍA DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA POR LAPAROSCOPIA

Ruiz Marcuello, F(1); Morollón Lóriz, MJ(1); Sádaba Almendariz, A(1); Ruiz Marcuello, MT(1)
(1)Hospital Quirón. Zaragoza. España.

Objetivos: Confirmar, mostrando un video, que la cirugía laparoscopica permite el tratamiento quirúrgico de enfermedades hepáticas como la hidatidosis.

Métodos: Actualmente todavía se diagnostican algunos casos aislados de hidatidosis hepática.
Presentamos en video, una técnica quirúrgica laparoscópica para el tratamiento de la hidatidosis hepática
Paciente asintomática de 57a. que tras un hallazgo casual de quiste hidatídico hepático es controlada durante 4a. y es remitida para cirugía al comprobar que ha triplicado su tamaño. La serología hidatídica es positiva y en el TAC abdominal se aprecia un quiste hidatídico multivesicular de 10cm. en el segmento IV.
Se realiza abordaje por laparoscopia: 1-localización del quiste, valoración zona de punción. 2-cuidadoso aislamiento de la zona. 3-tratamiento del parásito con suero hipertónico intraquistico. 4- aspiración, lavado de la cavidad. 5- quistoperiquistectomia mas colecistectomía. 6-drenaje de la cavidad.
Tratamiento pre y postoperatorio con albendazol.
Asintomática a los 3 años.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico es adecuado para el tratamiento de la hidatidosis hepática en especial de los quistes localizados en los segmentos anteriores del lóbulo dcho. y en los del lóbulo izdo. con las conocidas ventajas de la cirugía de mínima invasión.