De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 9

TO/O - 01

ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA COEXISTIENDO CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN UNA SERIE PEDIÁTRICA

Cohen Sabban, J(1); Donato Bertoldi, G(1); Christiansen, S(1); Davila, T(2); Lifschitz, C(1); Orsi, M(1)
(1)Hospital Italiano de Buenos Aires (2)Hospital Garrahan. Argentina.

Introducción. La esofagitis eosinofílica (EE) es una entidad poco frecuente en la infancia con aumento de su incidencia en los últimos años. Los síntomas pueden confundirse con los de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (RGE). Objetivo. Determinar la presencia de reflujo gastroesofágico patológico en pacientes con diagnóstico de EE . Evaluar la presencia de cambios en el comportamiento del reflujo antes y después del tratamiento de ambas entidades mediante phmetria / Impedanciometria Intraluminal Multicanal de 24 horas (IIM-pH 24h). Materiales y Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de EE. (Biopsia esofágica con eosinófilos mayor 15/HPF) entre 2008 al 2009. La VEDA se indicó por falta de respuesta al tratamiento con IBP. Asimismo se les practicó en forma conjunta una phmetría de 24 hs (pH 24 hs) y/o IIM-pH 24h). Aquellos con resultados anormales se les indicó tratamiento para RGE (omeprazol 1 mg /kg/día) y todos recibieron budesonide tópico para la EE [PP1] : 2 mg /día (bid) durante 3 meses. Se les practicó nueva biopsia esofágica,e IIM-pH 24h para evaluar la respuesta a la terapeútica. Resultados. 7 pacientes diagnosticados EE (6 varones) media edad 12.8 años. 4/7 presentaron phmetria patológica (Score J De Meester mayor 22), 3 de ellos con impedanciometria patológica (correlación sintomática mayor 50% con regurgitación dolor abdominal y tos, índice probabilidad sintomática mayor 95% con los mismos síntomas.) Todos presentaron respuesta terapéutica positiva con curación histológica en la biopsia de control. No se hallaron diferencias significativas en los parámetros del reflujo gastroesofágico pre y post tratamiento.pero si una tendencia a la mejoría en el clearance y score de pH. 2/7 Tuvieron recaída clínica e histológica luego de 6 meses de suspendido el tratamiento (Tabla 1).
Conclusión. Independiente que la EE y ERGE constituyen dos diagnósticos diferentes, la coexistencia de ambas entidades debe considerarse para lograr así un manejo terapeútico exitoso y evitar recaídas.

Tabla 1. Pre y post tratamiento médico

	phmetria		IIM		
	Score	Episodios pH	Episodios AC	Episodios No Ac	Clearence
IIM 1					
Media	19	32.2	24.4	6.5	21
SD	10.6	18.9	8.5	4.5	7.39
IIM 2					
Media	14.5	28.3	36.25	16	14.45
SD	10.7	16.1	15	8.98	2.34
p		0.75	0.246	0.108	0.14

TO/O - 02

ESCLERODERMIA SISTEMICA JUVENIL Y COMPROMISO ESOFAGICO: NUESTRA EXPERIENCIA

Núñez, MH(1); Rama, ME(1); Petri, V(1); Apaz, M(1)
(1)Hospital de Niños de la Sma Trinidad - Córdoba. Argentina.

Introducción. Las Esclerodermias Juveniles son enfermedades autoinmunes caracterizadas por la presencia de piel dura en pacientes menores de 16 años. Se dividen en dos grandes grupos : las formas localizadas que son las más frecuentes en la edad pediátrica y la forma sistémica con compromiso de piel y órganos internos. Objetivo. Demostrar nuestra experiencia de una enfermedad poco frecuente. Material y Método. Se atendieron entre 1993 a marzo 2010,3 niñas con síntomas digestivos, por lo que se le realizó video y fibro-endoscopía digestiva alta con anestesia general, manometría esofágica con equipo tipo Andorfer y monitoreo de Ph de esófago por 24hs equipo Medtronic. Resultados. En nuestro hospital,del total de las esclerodermias en niños tan sólo el 3% presentaron enfermedades sistémicas con compromiso del tubo digestivo,la endoscopía diagnóstico esofagitis grado A-B de la clasificación de los ngeles; Anatomía Patológica informó congestión de vasos y acantosis,en la monometría esofágica el esfínter esofágico inferior fue entre 4 y 6 mmHg, y en el cuerpo tercio inferior con amplitud entre 6–10mmHg con esfínter esofágico superior normal,monitoreo de peachimetría patológica. Tratadas con inhibidores de bomba de protones cada 12 hs y proquinéticos. Discusión. El comienzo generalmente es insidioso,suele iniciarse con un Fenómeno de Raynaud, luego se compromete la piel con edema,esclerosis y atrofia.Entre los órganos internos comprometidos están: musculoesquelético, gastrointestinal, renal, pulmonar, cardíaco, SNC. En las tres niñas, lo común fue en piel con las características antes mencionadas, musculoesquelético y esofágicas. Conclusión. Para el seguimiento el método de elección es la endoscopía digestiva para detectar la estenosis de esófago y dilatar.

TO/O - 03

HISTORIA NATURAL DE LA HEPATITIS CRONICA C POSTRANSFUSIONAL E IMPACTO DE FACTORES ASOCIADOS CON LA PROGRESION DE LA FIBROSIS

Guerra, P(1); Gonzalez Ballerga, E(1); Avagnina, A(1); Canseco, S(2); Pinchuk, C(2); Rey, J(1); Sordá, J(1); Daruich, J(2)
(1)Hospital de Clínicas San Martín, Universidad de Buenos Aires (2)Hospital de Clínicas San Martín, Universidad de Buenos Aires y GEDyT. Argentina.

Introducción. En la historia natural de la hepatitis crónica C se conocen algunas de las variables asociadas con la progresión de la fibrosis. El antecedente transfusional en pacientes sin otros factores de riesgo, puede considerarse como el inicio de la enfermedad. Este modelo permite evaluar la historia natural de la hepatitis crónica C. Objetivos. Describir la evolución de la hepatitis crónica C (CHC) postransfusional y analizar algunos de los factores que pueden vincularse con la progresión de la fibrosis. Material y métodos. Se analizó las historias clínicas de 257 pacientes con CHC postransfusional estudiados entre 1990 y 2009. Se investigó genotipo, ingesta alcohólica, sexo, edad al momento de la transfusión y de la biopsia hepática (BH). La fibrosis se definió según el score de Knodell: F0 (sin fibrosis), F1 (fibrosis leve), F2 (moderada), F3 (severa) y F4 (cirrosis).En todas las variables se estableció distribución de frecuencias y/o porcentajes. Se computaron: número de casos, mediana, mínimos y máximos, media aritmética y desvío típico. Se hizo un análisis de Kaplan y Meier. Nivel de significación: alfa 0.05. Se estimaron los intervalos de confianza (IC) del 95%. El análisis multivariado se hizo con la regresión de Cox. Resultados. 170/257 (66.1%) fueron mujeres. La mediana de edad no mostró diferencias en ambos sexos. En las mujeres la mediana de edad al momento de la biopsia fue 57 años (22-78) y en los varones 52 (13-76) (p=0.0024). El antecedente de ingesta alcohólica fue 1% en las mujeres y 5% en los varones (p=0.1997). Se detectó genotipo 1 en 59%, 2 en 21%, 3 en 10%, 4 en 2%, y un 8% fueron no genotipificables. La BH mostró F0 en 3.9% de los pacientes, F1 en 34.2%, F2 en 20.6%, F3 en 9.3% y F4 en 31.9%. La mediana de tiempo entre transfusión y BH fue 204 meses (6-636). En las mujeres fue 228 meses (6-635) y en los varones 168 (9-528) (p=0.025). EL tiempo entre la transfusión y la BH en el grupo F1-2 fue 180 meses (6-636) y en aquellos con F3-4 fue 228 meses (18-624) (p=0.0165).La probabilidad de desarrollar cirrosis a los 3 años de la transfusión fue 2% (IC95% 0%-4%), 18% a los 5 años (IC95% 13%-24%) y 26% a los 20 años (IC95% 19%-33%). Esta probabilidad fue significativamente superior en los varones (p=0.0018). No hubo diferencias en la evolución a cirrosis al comparar genotipo 1 vs. 2-3. El análisis multivariado mostró que el sexo masculino (p=0.02041) y edad mayor a 35 años (p<0.0001) se asociaron con una mayor progresión a cirrosis. La probabilidad de desarrollar cirrosis fue 17 veces superior en los varones ((IC95% 1.08-2.67). Se detectó el HCC en el 17% (IC 95% 0%-47%) de los pacientes. Conclusiones. En esta serie el sexo masculino y la edad mayor a 35 años al momento de la transfusión, así como una mayor duración de la enfermedad se asociaron con una mayor severidad de la fibrosis hepática. No se observó relación entre genotipo e ingesta alcohólica con la progresión de la enfermedad.

TO/O - 04

ELASTOMETRÍA HEPÁTICA: UNA NUEVA HERRAMIENTA EN AMÉRICA LATINA PARA LA DETERMINACIÓN NO INVASIVA DE LA FIBROSIS HEPÁTICA

Solari, J(1); Galdame, O(1); Bandi, JC(1); Kucharczyk, M(1); Savluk, L(1); Garcia Monaco, RD(1); Gadano, A(1)
(1)Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

Introducción. La elastometría transicional (FibroScan®) es una herramienta de gran valor para evaluar la fibrosis hepática en forma no invasiva introducida recientemente en Argentina. No existen reportes de su utilización en Latinoamérica. Objetivo: Presentar la serie inicial de elastometrías realizadas en nuestra institución. Material y Métodos. Se realizaron 348 estudios entre octubre 2009 y marzo 2010. Se recavaron las variables clínicas, bioquímicas, ecográficas, endoscópicas e histológicas de todos los pacientes. Los estudios se realizaron por tres operadores experimentados y se utilizo una sonda médium. Se consideró válido el estudio con una tasa de éxito (SR) > 65% y una variación Inter.-cuartilo (IQR) < 30%. Resultados. La duración promedio del estudio fue de 7.6 minutos. El resultado se entregó a las 12 hs y no se observaron complicaciones. Las indicaciones se realizaron por médicos del hospital (65%) y externos (35%), siendo la etiología por HCV un 38%, HBV 23%, NASH 20%, colestasis 12% y otros 7%. En los pacientes HCV+ se detectó fibrosis significativa (F≥2) por FibroScan (≥7.1kPa) en el 37%, para HBV (7.0 kPa) en el 27%, NASH (6.6 kPa) 26% y colestasis (7.3 kPa) 19%.16 estudios no se pudieron realizar (3.6%), el 97% debido a BMI > 32. En 12 pacientes HCV positivos que presentaron biopsia y FiboScan simultáneos (diferencia ≤ 6 meses) se observó una concordancia del 78%. En 7 pacientes trasplantados por HCV la concordancia fue del 100%: 2 pacientes F0-F1 por biopsia (FS 4.8 kPa y 5.1 kPa), 4 pacientes F2-F3 por biopsia (8.1, 9.0 y 11.7 kPa) y 1 paciente con F4 por biopsia (18.5 kPa). En pacientes con biopsia insuficiente (< 15 mm) la discordancia fue del 95%. Constatamos un descenso del 29.8% en la realización de biopsias hepáticas difusas para pacientes con HCV comparando el periodo octubre/08-marzo/09 con el actual. Conclusión. la elastometría es una herramienta que aporta información de gran interés en pacientes con hepatopatías crónicas en nuestro medio. La etiología por lo que más se solicitó y la distribución de la fibrosis son similares a lo reportado en el resto del mundo. La mayor discordancia se observo al comparar con biopsias inadecuadas. Probablemente esta herramienta permita disminuir en forma significativa el número de biopsias solicitadas para evaluar fibrosis en hepatopatías crónicas.

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 10

TO/O - 05

EFECTO ANTIFIBRÓTICO DEL INHIBIDOR PAN-CASPASAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ESTEATOHEPATITIS NO-ALCOHÓLICA

Barreyro, FJ(1); Holodl, S(1); Finocchietto, PV(1); Camino, A(2); Aquino, J(3); Avagnina, A(1); Carreras, MC(1); Poderoso, JJ(1); Gores, GJ(4)
(1)Hospital de Clínicas (2)CEDIMBA (3)Hospital Universitario Austral (4)Mayo Clinic

Introducción. La muerte celular por apoptosis es una pieza clave de la fisiopatología de la esteatohepatitis no-alcohólica (EHNA), contribuyendo al daño hepático y la fibrosis. Aunque ambas vías apoptóticas intrínseca y extrínseca están involucradas en la patogenia de la EHNA, la vía final común de la apoptosis es ejecutada por una familia de proteasas ricas en cisteína denominadas caspasas. Por lo tanto, nuestro objetivo es determinar si la administración de PF-03491390, un inhibidor pan-caspasas, disminuye el daño hepático y la fibrosis en un modelo murino de la EHNA. Métodos. Se utilizaron ratones C57/BL6J alimentados con dieta regular o dieta rica en grasa (DG) durante 20 semanas. Los ratones fueron tratados con el vehículo o el inhibidor pan-caspasas PF-03491390 (0,3mg/Kg/da). La apoptosis de los hepatocitos se evaluó por TUNEL y medición de la actividad de caspasa-3. El daño hepático se evaluó por histología con el score NAS, y determinación de ALT y AST. La esteatosis hepática fue medida por el contenido de triglicéridos hepáticos. Se utilizó PCR cuantitativa en tiempo real (qPCR) para evaluar los marcadores de inflamación hepática (Interleuquina1-beta, IL1-b), activación de las células estrella hepática (CEH) (actina de músculo liso-alfa, aSMA) y fibrosis (colágeno1, Coll-1). Además, se utilizó inmunofluorescencia (IF) de aSMA para identificar activación de las CEH. La fibrosis hepática se cuantificó por Rojo Sirio y Tricrómico de Mallory. La comparación de los resultados se realizó utilizando ANOVA con test post hoc Student-Newman-Keuls. Resultados. Los ratones alimentados con DG demuestran un aumento de 5 veces en la apoptosis de hepatocitos por TUNEL y un aumento de 1,6 veces en la actividad de la caspasa-3, este incremento en la apoptosis se atenuó considerablemente en los ratones tratados con PF-03491390 ($p<0,05$). Del mismo modo, los ratones alimentados con DG tuvieron elevaciones de ALT sérica (70±10 UI/L) y AST (144±9 UI/L) que se normalizaron en los animales tratados con el inhibidor pan-caspasas ($p<0,05$). Asimismo, el daño hepático se redujo en los ratones tratados con PF-03491390 en el score histológico de inflamación y qPCR IL1-b ($p<0,05$). Estas diferencias no pueden atribuirse a diferencias en la esteatosis hepática, ya que el contenido de triglicéridos hepáticos fue similar en ambos grupos. El marcador de activación de CEH, aSMA se encuentra aumentado en los ratones con DG por determinación con IF y qPCR, siendo disminuido en aquellos tratados con PF-03491390 ($p<0,05$). La fibrosis hepática se encuentra elevada en el grupo DG por tinción con Tricrómico de Mallory, Rojo Sirio y qPCR de Coll- 1, siendo abolida en el grupo tratado con PF-03491390 ($p<0,05$). Conclusión. Estos datos demuestran que en el modelo murino de EHNA, el daño hepático y la fibrosis son disminuidos por la inhibición de la apoptosis de hepatocitos, sugiriendo que el tratamiento con PF-03491390 puede ser una terapia antifibrótica atractiva en la EHNA.

TO/O - 06

MEDIADORES INFLAMATORIOS EN MUCOSA INTESTINAL CELÍACA

Bondar, C(1); Allegretti, Y(1); Rulli, NE(1); Araya, RE(1); Guzman, L(2); Cueto Rua, E(2); Chopita, N(3); Chirdo, FG(1)
(1)Laboratorio de Investigaciones en el Sistema Inmune (LISIN), Facultad de Ciencias Exactas, UNLP (2)Servicio de Gastroenterología Hospital de Niños "Sor María Ludovica", La Plata, Argentina (3)Servicio de Gastroenterología- HIGA San Martín, La Plata, Argentina.

Introducción. La patogenia de la enfermedad celíaca (EC) incluye elementos de la vía innata y adaptativa de la respuesta inmune. Experimentos in vitro y ex vivo evidencian el desarrollo de eventos muy rápidos en la mucosa estimulada con peptidos de gliadinas. En especial, el pa31-43 tiene diversos efectos, tanto sobre el epitelio como en la lamina propria, entre ellos la inducción de la expresión de IL-15. Sin embargo, su efecto sobre la expresión de varios mediadores de la inmunidad innata no ha sido estudiado. Objetivo. Estudiar la participación de mediadores inflamatorios en la patogenia de EC. Pacientes y Métodos. Se analizó la expresión de CXCR3, CXCL10, IL-15, IL-15Ra, IL-17, IL-23 por Real-Time PCR y microscopía de fluorescencia sobre muestras de biopsias de intestino delgado de pacientes celíacos al diagnóstico y controles de población pediátrica y adulta. Los estudios de expresión por PCR cuantitativa también se realizaron sobre piezas de biopsias estimuladas durante 3h o 24h con IL-15 y/o pa31-43. Resultados. Se observó que la expresión de IL-15, así como su receptor (IL-15Ra), y el número de células IL-15+ está aumentado en piezas de intestino de celíacos. Llamativamente la población control pudo subdividirse en tres grupos de acuerdo a la expresión de IL-15Ra en baja, intermedia y alta. Estos niveles correlacionaron con la expresión del IFNgR. La expresión de IL-17, así como el número de células IL-17+ y células IL-23p19+ resultó aumentada en población celíaca. Se encontró que la expresión de CXCL10 está aumentada en pacientes celíacos, en correlación con altos niveles de IFNg. CXCL10 también fue inducida en piezas de biopsias estimuladas con IL-15 y pa31-43. Sin embargo, no se observó inducción de su receptor, CXCR3. Conclusión. Se observa que varios ejes inflamatorios están activos en EC. En especial, las vías de IL-15 e IL-23 podrían definir la expansión de células Th17. Mientras que quimoquinas como CXCL10 serían responsables del reclutamiento selectivo de las células Th1, secretoras de IFNg. Por otro lado, en mucosa normal los niveles de expresión del eje IL-15/IL-15Ra podrían determinar las vías de activación de otros mediadores que conduzcan a la completa activación de mecanismos de daño de la mucosa intestinal.

TO/O - 07

ENFERMEDAD POR REFLUJO NO EROSIVA Y NISSEN POR LAPAROSCOPIA

Loviscek, L(1); Park, YS; Sanchez Andia, A; Loviscek, M
(1)Sección Cirugia Esofagica. Hospital Pirovano. Sanatorio Otamendi Miroli. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.

Introducción. Se define como enfermedad por reflujo no erosiva (NERD) a aquella que está acompañada por síntomas sin lesiones endoscópicas pero con pHmetría patológica y/o alteraciones microscópicas. Este grupo de pacientes representa aproximadamente al 80 % de los pacientes con enfermedad por reflujo. Hasta hace unos años la NERD era casi patrimonio exclusivo de tratamiento médico. Sin embargo aproximadamente el 40 % de ellos no responde satisfactoriamente. Objetivos. Evaluar las indicaciones y resultados de la cirugía antirreflujo por laparoscopia en la NERD. Material y métodos. Se recogieron retrospectivamente los datos registrados en las historias clínicas de 11 pacientes con NERD y Nissen por laparoscopia (LNF) operados entre el 1/1/08 al 31/12/09. Resultados. 5 eran mujeres y 6 varones, con una edad promedio de 43.9 años y un rango de 28 a 65 años. Todos padecían de pirosis, 5 de regurgitaciones, 10 de acidez, 7 de epigastralgias, 4 de dolor torácico no cardiogenico, acompañados de distensión abdominal, meteorismo, ansiedad y síntomas atípicos. Todos tenían videoendoscopía sin esofagitis y pHmetría con valores patológicos. 10 tenían un EEI hipotensivo. 2 pacientes fueron estudiados con Impedanciometria. 6 de los 11 tenían una hernia hiatal (HH) menor de 2 cm con reflujo espontáneo en el estudio radiológico. Ningún paciente tenía una HH mayor de 2 cm y en 5 de ellos no se demostró HH. A tres de los 5 se les demostró reflujo radiológico espontáneo y provocado, a los otros 2 no se les detectó reflujo. Las biopsias endoscópicas demostraron esofagitis crónica y carditis en 6 y Carditis en 3. Ninguno de los 11 pacientes estaba conforme con el tratamiento médico y la calidad de vida. Todos los pacientes fueron controlados en el posoperatorio por lo menos 6 meses con interrogatorio y estudio radiológico. 7 de los 11 con endoscopía y solo dos con pHmetría por pirosis posoperatoria. La mejoría subjetiva de los 11 fue superior al 80 % y todos refirieron estar conformes con la decisión de operarse. Conclusiones. Para los pacientes con NERD con estudios funcionales patológicos y no satisfechos con el tratamiento médico el LNF es una excelente opción para controlar sus síntomas típicos.

TO/O - 08

EVALUACIÓN CON IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL-PH DE 24 HS DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO ASOCIADO A LARINGITIS RECURRENTE

Cohen Sabban, J(1); Donato Bertoldi, G(1); Olleta, L(1); Razzetti, J(1); Orsi, M(1); Orsi, M(1)
(1)Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

Introducción. La laringitis puede ser una manifestación extradigestiva o atípica de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico(ERGE). Su evaluación mediante la Impedanciometría Intraluminal Multicanal -pH de 24 hs(IIM-pH24hs), permite obtener mayor conocimiento acerca de las características de esta asociación. Objetivos. Describir el comportamiento y las características del reflujo gastroesofágico en pacientes con laringitis recurrentes. Materiales y Métodos. Desde marzo 2005 a julio 2009, se realizó estudio retrospectivo, en 28 pacientes (5mujeres/23 varones) con edades entre 2-12 años, con X: 5,2 años, derivados al Servicio de Gastroenterología Infantil por laringitis a repetición sin otro síntoma asociado. El estudio se realizó con equipo Monitoring Sleuth ZepHr Sandhill Scientific. La duración del estudio fue de 24 hs. Se analizó: altura, calidad del material refluido, correlación sintomática e índice de probabilidad sintomática. Se dividió la muestra en 2 grupos : GrupoI: pacientes con score de pH normal (Boix-Ochoa <16.6) y GrupoII : pacientes con score de pH patológico. Resultados. Sólo 7/28 fueron normales. Se compararon los siguientes parámetros entre los pacientes con estudios patológicos respecto de los normales (Tabla 1). Comparando G I (8 pacientes) y Grupo II (20 pacientes), los parámetros estadísticamente significativos fueron score de pH, Nº total de episodios por pH, Nº de episodios ácidos y el clearence del bolo. De acuerdo a la correlación sintomática (positiva >50%) y al índice de probabilidad sintomática (positiva >95%), Se observó en el grupo I que en 7 pacientes ambos parámetros son positivos, siendo sus score de pH normales. Presentaron reflujo proximal (canal 1 - 2) en el GI: 44,48% (60% ácidos) y en el G II : 47% (61.3% ácidos). El score de pH , el nº total de episodios y el nº de ácidos fueron significativamente más elevados en el GI a comparado con GI b (p <0.019, 0.053 y 0.025, respectivamente). En aquellos con score de pH patológico el clearence del bolo resultó más prolongado y con mayor número total de episodios. Aunque al reflujo no ácido se lo ha responsabilzado mayoritariamente, en éste estudio los más prevalentes han sido los ácidos. Conclusiones. Estos hallazgos muestran que son diversos los mecanismos fisiopatológicos involucrados en ésta asociación. La incorporación de nuevos parámetros que permite la Impedanciometría Intraluminal Multicanal respecto a la tradicional pHmetría brinda una mejor caracterización de ésta compleja patología y con ésta información se podrá mejorar su terapeútica.

Tabla 1. Comparación de parámetros

	Pacientes con estudio normal	Pacientes con estudio patológico	P
Score pH	7.14 ± 3.5	29.4 ± 12.00	0.00001
N total de episodios por pH	22.29 ± 10.8	54.8 ± 21	0.00001
N total de episodios por IIM	37.8 ± 20.5	49.8 ± 33.8	0.257
N total de episodios Ac por IIM	20 ± 9.9	41.1 ± 28	0.006
N total de episodios NAc por IIM	17.75 ± 12.72	8.75 ± 9	0.074
Clearence del bolo.	17 ± 4	22.62 ± 8.7	0.027

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 11

TO/O - 09

USO DE AIRE AMBIENTAL VS CO2 EN LA DISTENSIÓN COLÓNICA EN ESTUDIOS DE COLONOSCOPÍA VIRTUAL

Aucar, A(1); Carrascosa, P(1); Capuñay, C(1); Vallejos, J(1); Carrascosa, J(1)
(1)Diagnostico Maipu. Argentina.

Introduccion. La Colonoscopía Virtual (CV) es un método que requiere la distensión colónica para su evaluación. La misma puede realizarse con aire ambiental (AA) o con CO2. Si bien el AA es menos costoso y de mayor accesibilidad, el CO2 reduce considerablemente el discomfort del paciente intra y especialmente post-estudio ya que se reabsorbe a nivel intestinal y se elimina por espiración a los pocos minutos. Objetivo. Evaluar si el CO2 además de disminuir el discomfort mejora la distensión de los segmentos colónicos en posición supina y prona. Material Y Métodos. Se estudiaron 100 pacientes, 50 se insuflaron con aire ambiental y 50 con CO2. Los estudios se realizaron con un equipo multidetector de 64 filas con los siguientes parámetros técnicos: cortes de 2 mm de espesor, corrida de mesa de 1 mm, 120 kV y 50 mAs. Se realizaron en todos los pacientes una adquisición en decúbito supino y otra en prono. El colon se dividió en 8 segmentos evaluando en cada uno de ellos el grado de distensión en ambas adquisiciones de acuerdo a la siguiente escala: Grado 3: distensión óptima, Grado 2: distensión subóptima, Grado 1 : colapso. Resultados. Se sumaron los grados de distensión en posición supina, prona y en forma combinada en los 100 pacientes estableciendo un puntaje de 400 a 1200 (colapso total a distensión óptima total). En posición supina el puntaje fue con AA de 1042 puntos y con CO2 de 1128 puntos (p=0,08). En posición prona con AA fue de 1094 puntos y con CO2 de 1117 puntos (p=0,53). La forma combinada (supino + prono) mostró con AA 2136 puntos y con CO2 2245 puntos (0,07). Conclusión. El CO2 no modificó el grado de distensión de los segmentos colónicos.

TO/O - 10

CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN DEL TRACTO GASTROINTESTINAL COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA DE PACIENTES ADULTOS CON INSUFICIENCIA INTESTINAL SEVERA

Solar, H(1); Echevarría, C(1); Ramisch, D(1); Pérez Fernández, I(1); Nachman, F(1); Toda, MA(1); Crivelli, A(1); Gondolesi, G(1)
(1)Unidad de Nutrición, Rehabilitación y Transplante de Intestino. Hospital Universitario Fundación Favaloro. Argentina.

Introducción. La Insuficiencia Intestinal (II) severa se define como la imposibilidad del tracto gastrointestinal de mantener una adecuada nutrición y/o equilibrio hidroelectrolítico, haciendo indispensable la implementación de Nutrición Parenteral (NP). La Cirugía de Reconstrucción Intestinal (CRI) con fines de rehabilitación, surge como un procedimiento que permite revertir o disminuir el grado de II a un grupo selecto de pacientes, reduciendo las comorbilidades de la misma. Consiste en restablecer la continuidad intestinal perdida, reclutar segmentos intestinales no utilizados, o resolver obstrucciones, ostomías y fístulas posquirúrgicas que determinan la II. Así, la mayoría de los pacientes logran finalmente la suspensión del soporte nutricional. Objetivo. Reportar los resultados de la serie de pacientes (P) adultos con II severa que recibieron tratamiento quirúrgico en una unidad especializada. Materiales y Métodos. Se analizó retrospectivamente la serie de P desde el 15/03/06 hasta el 29/04/10, considerando datos demográficos, causas de II, anatomía remanente, estado nutricional, soporte nutricional, tiempo de internación y sobrevida. Estadística: número de casos, rango, media, mediana, desvío estándar y sobrevida actuarial (Kaplan Meier). Resultados. Se evaluaron 75 P con II severa; 43 P requirieron cirugía (8 transplante de intestino, 1 transplante multivisceral, 3 reestablecimiento del tránsito, 5 cirugía para control del daño, 3 reconstrucción para mejor calidad de vida y adecuado manejo hidroelectrolítico, y los 23 restantes con fines de rehabilitación intestinal). De estos últimos, la edad promedio fue de 56,4 ± 12,7 años; 18 mujeres. Las causas de II fueron: 16 P postoperatorias, 5 enteritis actínica, 1 isquemia intestinal y 1 causas múltiples. El 87% requirió NP previa a la cirugía con una mediana de 190 días (10-730). Al momento de la reconstrucción, el promedio de intestino reclutado, medido desde el ángulo de Treitz a la válvula ileocecal (VIC) fue de 177 ± 96 cm. En el 78% de los P se pudo preservar la VIC y en todos el colon en forma parcial o total. De los 18 P que requirieron NP postoperatoria, el 83% la discontinuó en una mediana de tiempo de 20 días (7-144) y ninguno debió reiniciarla. El IMC promedio preoperatorio fue 22,4 ± 4 Kg/m^2 y al último control: 23,3 ± 3,5 Kg/m^2. El tiempo medio de internación fue de 27 ± 20 días (7–85). El tiempo medio de sobrevida al momento del reporte fue de 608 ± 402 días (51-1461), con una sobrevida actuarial a 4 años del 85%. La causa de muerte en los 2 P que fallecieron fue la evolución de su enfermedad oncológica a los 200 y 682 días de la cirugía. Conclusiones. En esta serie de P seleccionados con II severa la CRI permitió devolver la suficiencia intestinal en un alto porcentaje con nula mortalidad operatoria y una elevada sobrevida. Es indispensable la derivación precoz hacia un grupo multidisciplinario especializado que pueda ofrecer diferentes opciones terapéuticas, tanto médicas como quirúrgicas.

TO/O - 11

ACTIVIDAD FUNCIONAL DE LA P-GLICOPROTEÍNA 170 (P-GP) EN LINFOCITOS DE SANGRE PERIFÉRICA (LSP) Y BIOPSIAS COLÓNICAS (BC) EN LA COLITIS ULCEROSA (CU)

Sambuelli, A(1); Cortada, C(2); Bellicoso, M(1); Cismondi, V(3); Gil, A(1); Goncalves, S(1); Huernos, S(1); Negreira, S(1); Cabanne, A(4); Tirado, P(1); Carballo, M(2)
(1)Sección enfermedades Inflamatorias intestinales - Hospital Bonorino Udaondo (2)Citogenética Humana Clínica Bioquímica y toxicológica (CIGETOX), FFyB, UBA (3)Centro de Diagnostico Molecular (CDM) (4)Servicio de Patologia - Hospital Bonorino Udaondo. Argentina.

Introducción. La P-gp, codificada por el gen de multirresistencia a drogas (MDR1) es una bomba de eflujo transmembrana, descripta sobrexpresada en cánceres refractarios, donde por bombeo de drogas al extracelular, disminuye su eficacia. Con respecto a una posible relación con la CU, se localiza en una región del genoma de susceptibilidad para EII. Se expresa en región apical de cél. epiteliales (CE) del colon, ileon y en cél. inmunes (LSP y linfocitos de la mucosa. La hiperfuncíon P-gp fue un factor propuesto de refractariedad en CU, pero controvertidamente, se postuló en la patogenia una función deficiente en bombear toxinas. El papel de la P-gp en distintas condiciones clínicas y localizaciones es deficientemente conocido. Objetivo. Estudiar la actividad de la P-gp en LSP y BC en la CU. Material y métodos. Se estudió la funcionalidad P-gp en LSP con inmunomarcación de poblac. celulares en 55 con CU activas (28 H -27 M) edad mediana 31 (17-70) años. Indice DAI: Severa (n 14) Moderada (n 13), Leve (n 28), Extensas (n20) Izq. (n25) Distales (n19), categorizados según respuesta al tratamiento en curso (esteroides 34, mesalazine 10, 6-MP 11) en: refractarios (REFR) (n27) RESP (n28), controles sanos (CS: n 81). En BC: en un subgrupo (24 CU, 15 CS), se aislaron CE y Linfoc. intraepit. (LIEs). Se utilizó eflujo de Rodamina123 (substrato fluorescente de P-gp) por citometría de Flujo, en ausencia y presencia de P-gp moduladores (Verapamil y Valspodar). Los datos se expresaron por el comportamiento de dos marcadores (M1, M2), en base al % de cél. con distinto nivel de fluorescencia: M1 (alta fluoresc., baja actividad de la P-gp) y M2 (baja fluoresc., alta actividad), comparados entre grupos. Después de inhibir, se espera que el colorante quede en el intracelular, aumentando el % de cél. en M1 vs. M2. Resultados. Independiente del tipo de droga, se observaron diferencias en LSP: la función P-gp fue mayor en REFR vs RESP (x±DS, Kruskal-Wallis) (M2:59.8±14.8 vs 47.1±10.5 , p<0.0001), pero no fue diferente entre RESP y CS (48.3±12.1). Al reanálisis post-droga efectiva (n 10) disminuyó la P-gp (p<0.02). También con inhibición M2 fue mayor en REFR (23.5±22.1) vs RESP (8.8±5.4 p<0.0034) y CS (12.1±8.1p<0.001). Es interesante que 3/4 CU severas donde M2>M1 con Verapamil requirieron cirugía. Las cél. NK mostraron < M2 con verapamil, p=0.009. Respecto a las BC, en LIEs se demostró < P-gp vs CS: Basal M2: 32.2±20.5 vs. 55.8±22.4, p=0.0051). Los LSP y LIEs no correlacionaron (Spearman). La P-gp in CE fue mayor (< fluorescencia) vs. CS (basal: 1071.9±312.2 vs 1470±488.9 p<0.0069, inhibición p<0.0001). Conclusiones. Observamos 1) diferencias significativas de la función P-gp en LSP y BC entre CU y CS, en LSP entre REFR y RESP, sugieriendo un papel en la respuesta terapéutica. 2) variaciones según localización y tipo celular. La P-gp es posible de ser modulada, por lo que su investigación podria mejorar el manejo de la CU, y el conocimiento de la patogenia.

TO/O - 12

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA ACTIVA. FACTIBILIDAD Y RESULTADOS

Canelas, AG(1); Bun, ME(1); Laporte, M(1); Boerr, L(1); Rotholtz, NA(1)
(1)Hospital Alemán de Buenos Aires. Argentina.

Introducción. El tratamiento quirúrgico de elección en pacientes con colitis ulcerosa (CU) es la proctocolectomía total con reservorio ileal. Esta cirugía se realiza en forma laparoscópica con excelentes resultados. En pacientes con enfermedad severa o en mal estado clínico la cirugía debe efectuarse en dos etapas, en primera instancia la colectomía subtotal. Bajo estas circunstancias el abordaje laparoscópico es discutible. Objetivo. Evaluar factibilidad y resultados de la colectomía subtotal laparoscópica en pacientes con CU. Material y métodos. Entre septiembre del 2003 y marzo del 2010 se estudiaron en forma retrospectiva, sobre una base de datos prospectiva, a los pacientes con CU activa sometidos a una colectomía subtotal laparoscópica. Para categorizar la actividad de la enfermedad se utilizaron los hallazgos clínicos, incluyendo el índice de Truelove y Witts, y la colonoscopía. Se analizaron los parámetros de recuperación postoperatoria y los índices de morbimortalidad. Resultados. En el período analizado se operaron 53 pacientes por CU. De ellos 30 (57%) debieron ser intervenidos quirúrgicamente en 2 etapas. 22 (73%) por enfermedad aguda refractaria (recibiendo corticoides en dosis superiores a 30 mg de prednisona diarios o equivalentes) y 8 (27%) por mal estado clínico (con albúmina sérica menor a 3 gs/dl). 18 (60%) fueron hombres con una edad promedio de 33 (4-68) años. El promedio de las variables prequirúrgicas fueron los siguientes: Índice de masa corporal 22 (12-29); Albúmina sérica 3.1 (1.9-4.6) gs/dl; Hemoglobina sérica 10.8 (8.1-14.5) gs/dl. El tiempo de cirugía fue de 187 (130-300) minutos. Un paciente (3%) requirió conversión por presentar megacolon. El tiempo de internación promedio fue de 4.3 (3-10) días. Se registró un índice de complicaciones mayores del 10%. No se registró mortalidad en la serie. El tiempo promedio transcurrido para realizar la proctectomía y el reservorio ileal fue de 88 (38-385) días. En todos los casos la segunda etapa se pudo realizar por vía laparoscópica. Conclusiones. El abordaje laparoscópico en pacientes con CU activa es factible y seguro permitiendo una recuperación rápida y facilitando la realización de la segunda etapa quirúrgica.

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 12

TO/O - 13

DIFERENCIAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS ABDOMINAL HIV REACTIVOS Y HIV NO REACTIVOS

Vasen, W(1); Fiorentino, R(1); Cabanne, AM(1); Fernández Marty, P(1); Ferro, D(1); Kujaruk, M(1); Barrios, A(1)
(1)Carlos Bonorino Udaondo. Argentina.

Introducción. El presente trabajo compara variables clínico-quirúrgicas entre pacientes HIV reactivos y no reactivos (pHIV) con Tuberculosis abdominal (Tba). Objetivos. Analizar las diferencias entre las características clínicas y quirúrgicas de la Tba en pacientes HIV reactivos y no reactivos. Material y Métodos. Estudio retrospectivo observacional entre dos poblaciones con diagnóstico de TBa HIV positivos 11 casos y HIV negativos 60 casos. Se analizaron las siguientes variables. humorales, epidemiologicas, comorbilidades, toxicidad y porocedimientos diagnostics. El diagnóstico de Tba fue hecho por los hallazgos anatomopatológicos y/o cultivo. Para el análisis estadístico se utilizo la prueba del Chi cuadrado o el test de Fischer, Odds Ratio y su intervalo de confianza al 95%. Se consideró significativo un valor de p < 0,05. Resultados. Se diagnosticaron 60 casos de Tba en HIV negativos con las siguientes características, 32 mujeres (53,3%) y 28 varones (46,7%); edad media: 39 años, (rango: 14-68). Oriundos de Buenos Aires 50%, resto del País 25%, países limítrofes 21,7% y CABA 3.3%. Los síntomas fueron: pérdida de peso 96,6% con una media de 9 Kg, dolor 78,3%, hipertermia 91,6%, diarrea 26,6%, ascitis 61,6%, y masa abdominal palpable 18,3%.El tiempo de evolución de los síntomas de 186 días. Anemia 93,3% y leucocitosis >10.000: 15%. La radiografía de tórax presentó alteraciones en el 51(65%). Se realizó laparotomía en 32 pacientes (53,3%), laparoscopia en 11 (33,3%) y otros métodos en los restantes casos. El peritoneo estaba afectado en 55%, adenopatías abdominales en 46,6%, el colon en 40%, intestino delgado en 38,3%. Se encontró: enolismo crónico en 6%y cirrosis en el 10%. En el 13,3 % desarrolló hepatitis toxica. El 5% de los pacientes fallecieron. Los pacientes con Tba HIV reactivos fueron 11,2 mujeres (18,2%) y 9 varones (81,8%); edad media: 29,3 años, (rango: 20-41). Oriundos de Buenos Aires 72,7%, resto del País 18,2%, CABA 9.1% y. ninguno de países limítrofes. Los síntomas fueron: pérdida de peso 72,7% media de 5 kg. (p<0.0002 OR 0,06, TF:0,004), dolor 90,9%, hipertermia 54,5% (p<0,0002 TF:0,004 OD:0,006), ascitis 54,5%, y masa abdominal palpable 54,4% .Ninguno presentó diarrea. El tiempo de evolución de los síntomas fue de 48 días. Tuvo anemia el 81,81% y ninguno presentó leucocitosis. El tórax presentó alteraciones en el 36,3%. Se realizó laparotomía en el 66,6%. El peritoneo estaba afectado en el 81,1%, adenopatías abdominales en el 100% (p>0.001 TF:0.0006), el colon en el 18,8%, intestino delgado en el 18,8%. No se encontró enolismo crónico ni hepatitis toxica. Tres (27,7%) pacientes fallecieron. Conclusiones. La población HIV reactiva presento variables significativas en hipertermia (54;5% vs. 91,6%), cantidad de peso disminuido (5,4 kg vs. 9 kg) y hallazgo de adenopatías en la cavidad abdominal (100% vs. 46,6%).

TO/O - 14

¿ES LA ASCITIS TUBERCULOSA UNA FORMA MÁS GRAVE DE TUBERCULOSIS ABDOMINAL?

Vasen, W(1); Cabanne, AM; Fernández Marty, P; Ferro, D; Brotto, C; Kujaruk, M
(1)Carlos Bonorino Udaondo. Argentina.

Antecedentes. La tuberculosis abdominal que ocurre en menos del 2% del total de caso de tuberculosis en nuestro medio. Se describe en dos formas cínicas diferentes: tuberculosis abdominal (TA) y ascitis tuberculosa (AT) no existe una clara diferencia entre ambas pues en muchos casos el compromiso es simultáneo del peritoneo, vísceras huecas y órganos macizos con o sin ascitis. Objetivos. Analizar las características clínicas, quirúrgicas y mortalidad de la TA en pacientes con y sin ascitis. Métodos. Se analizaron en forma retrospectiva las historias clínicas de pacientes con TA internados en forma consecutiva en un hospital del G.C.A.B.A. entre enero de 1983 y enero de 2010. El diagnóstico de TA se efectuó por los hallazgos anatomopatológicos y/o cultivo de Mycobacterium tuberculosis. Se diagnosticaron 65 casos de tuberculosis y se dividió en dos grupos: 24 sin Ascitis (TA) y 41 con ascitis (AT). Se analizaron las siguientes variables: género, edad, pérdida de peso, tiempo de evolución, dolor abdominal, hipertermia, masa abdominal palpable, anemia, alcoholismo crónico, cirrosis y mortalidad global. Se evaluó la radiografía de tórax al ingreso y los procedimientos diagnósticos utilizados y el compromiso visceral observado. El análisis estadístico se realizó mediante test t-Student y cálculo de Odd Ratio. Resultados. La siguiente tabla muestra las diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. La mortalidad fue en AT 1/24 (4,1%) vs TA 2/42 (4,8%), pNS. En el grupo de AT solo se observaron escasas lesiones peritoneales (20,8%) y más frecuentemente lesiones en Intestino delgado (58,3%), lesiones en colon (70,8%) y ganglios abdominales (66,6%). No se encontró alcoholismo crónico ni cirrosis hepática y la mortalidad fue del 4,1%. El grupo de TA presentó a diferencia del anterior, más frecuentemente lesiones peritoneales (80,4%),y menos frecuentemente lesiones en Intestino delgado (21,9%), en colon (17,1%) y ganglios abdominales (31,7%), este grupo presentó más frecuentemente alcoholismo crónico (19,5%) y cirrosis hepática (14,6%). La mortalidad fue del 4,8% (Tabla 1). Conclusiones. Esto resultados nos llevan a suponer que el compromiso visceral y peritoneal está presente en ambas entidades con o sin ascitis. La presencia de ascitis se asoció a un mayor compromiso visceral pudiendo considerarse una forma más grave de la enfermedad, sin embargo ambas formas clínicas presentaron la misma mortalidad.

Tabla 1. Variables signifiativas encontrada en los pacientes con y sin ascitis

Variables	Pacientes con ascitis (n: 24).	Pacientes sin ascitis (n:41).	Valor de p
Lesiones peritoneales	5/24(20,8%)	33/41(80,4%)	0,0001 OR 0,06
Lesiones en colon	17/24(70,8%)	7/41(17,1%)	0,009 OR 11,8
Lesiones en Intestino delgado	14/24(58,3%)	9/41(21,9%)	0,0008 OR 5,91

TO/O - 15

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN LAS DISFUNCIONES DEL PISO DE LA PELVIS. UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO BASADO EN LA POBLACIÓN

Olmos, J(1) (9); Iantorno, G(2) (9); Sarsotti, C(3); Guzmán, M(1); Gadea, O(4); Ramos, R(5); Solé, L(6); Tawil, J(6); Olmos, JI(7); Soifer, L(8) (9) y Grupo Argentino de Estudios del Intestino (*)
(1)Hospital de Clínicas (2)Bonorino Udaondo (3)GEDREP (4)Higa Oscar Allende, Mar del Plata (5)Hospital Británico (6)GEDYT (7)Universidad Favaloro (8)Cemic. Argentina (9)FAMGI – Fundación Argentina de Motilidad Gastrointestinal (*)Calzona C; Capella E; German J; Gianoni C; Lueso M; Merino F; Milutin C; Peralta D; Pogorelsky V; Porfirio G; Ramos R; Rodríguez S.

Introducción. Las disfunciones del piso de la pelvis son una causa frecuente de consulta. No existen estudios epidemiológicos relacionados con este síndrome en Latinoamérica. Objetivo. evaluar la prevalencia y factores de riesgo de la incontinencia fecal (IF), incontinencia urinaria (IU) y obstrucción al tracto de salida (OTS) en Argentina. Métodos. 1000 residentes (18-70 años de edad) de 17 áreas geográficas representativas de Argentina recibieron cuestionarios FICA validados por la Clínica Mayo, Estados Unidos. Las muestras fueron seleccionadas y estratificadas de acuerdo a edad, género, área geográfica y tamaño de localidad de residencia provistos por el INDEC. Resultados. 831 sujetos devolvieron cuestionarios validados (445 F, edad media 40.2 ± 13.8 años). Las prevalencia de IF fue de 11.4% (IC 95% 9.2% - 13.7%); 10.7% en hombres y 12.1% en mujeres; 17.1% en mayores de 55 años y 10.3%. en menores de 55 años. La IF a sólidos y líquidos fué de 1.3%, IF a gas fue de 10.6%. El score de severidad fué leve 19.6%, moderado 62.4 y severo 18% respectivamente. La IU global fue 17.1% (IC 95%: 14.7% - 19.5%); 7.4% en hombres y 26.2% en mujeres; 8% en menores de 55 años y 28.8% en mayores de 55 años. La prevalencia de IU de esfuerzo (IUE) fue 11.1%; 2.1% en hombres y 19.6% en mujeres; 9.7% en menores de 55 años y 18.6% en mayores de 55 años. La prevalencia de la IU de urgencia (IUU) significo un 6.1%, siendo 9.3% en mujeres y 2.8% en hombres; 4.3% en menores de 55 años y 15.3% en mayores de 55 años. La prevalencia OTS global fue 5.1% (IC 95%: 3.6% - 6.7%); 0.7% en hombres y 9.3% en mujeres; 5.2% en menores de 55 años y 5% en mayores de 55 años. La prevalencia combinada en mujeres fue: IF+IU 4.1%, IU+OTS 2.7%, IF+OTS 2.1% y IF+IU+OTS 0.5%. En hombres los resultados fueron IF+IU 1.3%. Los factores de riesgo fueron en hombres (n=386) IU en >45 años (OR 2.8 IC 95% 1.2-2.6) y en mujeres la IU estuvo asociada a trauma obstétrico (OR 3.14 IC 95% 1.9-5.2) y edad >45 años (OR 2 IC95% 1.3-3.2). Conclusiones. Las disfunciones del piso de la pelvis son muy prevalentes en Argentina, en particular en personas mayores. En mujeres el trauma obstétrico y la edad >45 años estuvieron asociados a IU. En hombres solo la edad >45 años se asoció a IU.

TO/O - 16

VARIACIONES DEL PERFIL FERMENTATIVO INTESTINAL COMO RESPUESTA AL EMPLEO DE UN ESQUEMA TERAPÉUTICO SECUENCIAL: RIFAXIMINA/PROBIÓTICO

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

Introducción. Existen crecientes evidencias del rol de la microbiota intestinal en la fisiopatogenia de los trastornos funcionales digestivos. Si bien no existe un patrón de oro para el diagnóstico de sobrecrecimiento bacteriano del intestino, las variaciones del perfil fermentativo intestinal, antes y después de un determinado tratamiento podrían ser representativas de la eficacia del mismo. Objetivo. Determinar la efectividad del tratamiento secuencial con rifaximina/probiótico en pacientes con síndrome del intestino irritable a través del análisis de la variación del perfil fermentativo del intestino antes y después del mismo. Pacientes y métodos. 15 pacientes con SII (síndrome del intestino irritable), 10 mujeres, (edad media: 46 años), fueron evaluados en forma prospectiva y secuencial, mediante una escala validada de intensidad sintomática para SII (IBSSS) y un test del H2 en aire espirado antes y un mes después del empleo de un esquema terapéutico secuencial en el que se empleó en todos los casos, una misma dieta hipofermentativa, Rifaximina 1200mg/día durante 7 días y a continuación un probiótico (Bioflora®) 10ml/día durante 10 días. El test del H2 en aire espirado consistió en 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 dos oportunidades, antes y 45 días posteriores a la finalización del tratamiento, fue analizado el perfil fermentativo acumulativo, mediante la medición del área bajo la curva (ppm/tiempo) (programa Graph, versión 4.2). Los resultados fueron analizados estadísticamente mediante test no paramétrico de Wilcoxon y test de correlación lineal. Resultados. En relación a la evaluación pre terapéutica, 14/15 (93%) tuvieron mejoría en el nivel de intensidad sintomática (δ de variación: 8,36±9,8) P=0,0013. La reducción del área bajo la curva como expresión del perfil fermentativo se observó en 14/15 (93%) (δ de variación: 4456±5965) P= 0,0047. No obstante no se verificó correlación entre ambas variables (mejoría sintomática y perfil fermentativo) (r: 0,08). Conclusiones. El tratamiento secuencial antibiótico/Probiótico parece ser efectivo para el mejoramiento clínico y para reducir la respuesta fermentativa bacteriana del intestino, no obstante no parece existir asociación entre el perfil fermentativo y la mejoría clínica de los pacientes.

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 13

TO/O - 17

RIESGO DE CANCER COLORRECTAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELIACA

González, R(1); Pereyra, L(1); Mohaidle, A(1); Mella, JM(1); Fischer, C(1); Medrano, M(1); Vizcaíno, B(1); Hadad, A(1); Luna, P(1); Cimmino, D(1); Pedreira, S(1); Boerr, L(1)
(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

Introducción. El riesgo de neoplasias de intestino delgado y esófago en pacientes con enfermedad celíaca (EC) está bien establecido; no obstante, la asociación de ésta con el cáncer colorrectal es controversial. Objetivo. Determinar el riesgo de cáncer colorrectal en pacientes con enfermedad celíaca. Material y Métodos. Se realizó un estudio poblacional retrospectivo de casos control utilizando la base de datos electrónica del Servicio de Gastroenterología y Endoscopía de un hospital de comunidad de la ciudad de Buenos Aires, durante el periodo comprendido entre enero de 2003 y diciembre de 2009. Los pacientes con EC que se habían realizado una colonoscopía fueron asignados como "casos" y aquellos pacientes sin EC con colonoscopía se asignaron al grupo "control". En una relación 1:2 fueron ajustados según edad, sexo, motivo de colonoscopía y antecedentes familiares de primer y segundo grado de cáncer colorrectal. A través de llamadas telefónicas se interrogó a los pacientes sobre factores de riesgo e historia de su enfermedad. El objetivo principal fue evaluar el riesgo de pólipos colorrectales, adenomas, lesiones avanzadas y cáncer. Los resultados fueron expresados en odds ratio (OR) y sus correspondientes intervalos de confianza del 95 % (CI). Resultados. Durante el periodo analizado, de un total de 178 pacientes con EC, 44 se habían realizado colonoscopía y constituyeron los casos, mientras que 88 pacientes sin EC conformaron el grupo control. En los "casos" la edad promedio fue de 55 años (34-82); 86% fueron mujeres. La indicación de colonoscopía fue pesquisa de cáncer colorrectal en el 63% y dolor abdominal en el 16%. El 66% cumplía con una adherencia estricta a la dieta libre gluten. La presencia de pólipos, adenomas y lesiones colónicas avanzadas fue de 9/44 (20%), 7/44 (16%) y 2/44 (4,5%), respectivamente. En los controles, la edad promedio fue de 55 años (33-82 años), el 86% fueron mujeres, y el motivo de colonoscopía fue la pesquisa de cáncer colorrectal en el 55% y dolor abdominal en el 15%. La presencia de pólipos, adenomas y lesiones colónicas avanzadas fue de 13/88 (15%), 8/88 (9%) y 3/88 (3,4%), respectivamente. El riesgo de pólipos, adenomas y lesiones colónicas avanzadas fue similar en ambos grupos (OR 1,48 IC 0,59-3,73 p=0,40; OR 1,89 IC 0,66-5,42 p=0,24; y OR 1,34 IC 0,26-7,05 p=0,74, respectivamente). En ningún caso se identificó cáncer colorrectal. Conclusiones. El riesgo de cáncer colorrectal en esta cohorte de pacientes con enfermedad celíaca con una adherencia estricta a la dieta libre de gluten, fue similar al del grupo control.

TO/O - 18

RIESGO DE FRACTURAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELÍACA. EFECTO DEL TRATAMIENTO

Pinto Sánchez, I(1); Mohaidle, A(2); Baistrocchi, A(3); Matoso, D(4); Vázquez, H(1); González, A(1); Mazure, R(1); Maffei, E(3); Ferrari, G(3); De Paula, JA(4); Crivelli, A(3); Pedreira, S(2); Gómez, JC(3); Khoury, M(1); Mauriño, E(1); Bai, JC(1)
(1)Carlos Bonorino Udaondo (2)Alemán (3)USNMA, HIGA San Martín, La Plata (4)Italiano. Argentina.

Introducción. Los pacientes con enfermedad celíaca (EC) presentan elevado riesgo de fracturas en el esqueleto periférico. El diagnóstico y el tratamiento de la EC mejoran la densidad mineral ósea y el estado nutricional, factores que disminuirían el riesgo de fracturas. Sin embargo, la información epidemiológica sobre fracturas en pacientes tratados es insuficiente para determinar el eventual rol protector de la dieta libre de gluten (DLG). Objetivo. Evaluar el riesgo de fracturas óseas en el esqueleto periférico antes y después del diagnóstico y tratamiento con DLG en pacientes con EC. Métodos. Enrolamos 265 pacientes con diagnóstico de EC (realizado al menos 5 años antes de ingresar) y 530 controles comparables en sexo y edad (proporción 1:2) con diagnóstico de trastornos digestivos funcionales (Roma III). Los pacientes y controles fueron sometidos a una entrevista personal empleando un cuestionario prediseñado. Se excluyeron los sujetos con comorbilidades y medicaciones que potencialmente modifiquen el metabolismo óseo. Se analizó la tasa de incidencia de la primera fractura (IF), antes y después del diagnóstico de EC en ambas poblaciones. Dicha fecha en controles correspondió a la edad de diagnóstico del caso índice. Se estimó el riesgo de fracturas mediante la relación de Hazard (HR) y el 95% del intervalo de confianza (IC). Se estimó el HR ajustado (regresión de Cox). Resultados. El tiempo global de seguimiento para los pacientes fue de 10.151 años (3.115 años post-diagnóstico). Antes del diagnóstico, los celíacos tuvieron un IF significativamente mayor (8.7 fracturas/1000 pacientes/año) que los controles (5.7) (HR 1.47; 95% IC 1.04-2.02; p<0.03). La IF en varones con EC (25.7) fue significativamente mayor que en sus controles (10.7; HR 2.31; 1.29-4.88; p<0.007). En cambio, la IF en mujeres celíacas (6.7) fue marginalmente superior a la de sus controles (5.2; HR 1.22; 0.82-1.80; p NS). En la población femenina el HR ajustado por edad y BMI demostró un riesgo pre-diagnóstico mayor, aunque no significativo (HR ajustado 1.48; 0.99-2.25; p=0.062). Luego del diagnóstico, los celíacos en general y los controles equipararon su riesgo (IF 5.8 vs. 5.1; HR 1.15; 0.63-1.96; p NS). Mientras que las mujeres con EC tuvieron similar riesgo que los controles, los hombres persistieron con riesgo incrementado, pero no significativo (IF 17.7 pacientes vs. 6.8 controles; HR 2.6; 0.99-6.48: p=0.052). Los hombres con adherencia estricta a la DLG tuvieron una menor IF que aquellos que cumplieron parcialmente, aunque esta diferencia no fue significativa. Conclusión. Los pacientes con EC presentan un incremento en el riesgo de fracturas en el esqueleto periférico, principalmente asociado al sexo masculino. Luego del diagnóstico y tratamiento, el riesgo para la población global es comparable a la cohorte control. De todas formas, la población masculina persiste con un riesgo elevado que podría estar determinado por el bajo grado de adherencia a la DLG.

TO/O - 19

PRIMER ESTUDIO PROSPECTIVO DE PESQUISA DE ENFERMEDAD CELÍACA EN PACIENTES CON CONSTIPACIÓN CRÓNICA. RESULTADOS PRELIMINARES

Hwang, HJ(1); Facio, L(1); Iantorno, G(1); Pinto Sánchez, I(1); Cabanne, A(1); Moreno, ML(1); González, A(1); Niveloni, S(1); Smecuol, E(1); Mazure, R(1); Mauriño, E(1); Vázquez, H(1); Bai, JC(1)
(1)Carlos Bonorino Udaondo. Argentina.

Introducción. La presentación clínica de la enfermedad celíaca (EC) es ampliamente variable y la identificación de pacientes asintomáticos o con síntomas no relacionados con malabsorción es cada vez más frecuente. Si bien, un 10% de los pacientes sintomáticos pueden presentar constipación crónica, se desconoce la prevalencia de la EC entre individuos que consultan por dicho síntoma. Objetivo. Determinar prospectivamente la prevalencia de la EC en pacientes con constipación crónica (constipación funcional y síndrome de intestino irritable con constipación según criterios de Roma III). Pacientes. Se invitó a participar en el estudio a 90 pacientes adultos consecutivos que consultaron al Grupo de Trabajo de Motilidad desde Enero de 2009 hasta Marzo de 2010 con diagnóstico de constipación crónica. En todos los pacientes se descartaron causas secundarias de constipación incluyendo la pesquisa de cáncer colorrectal de acuerdo al grado de riesgo. Métodos. Una vez ingresados al estudio se realizó la determinación serológica de anticuerpos DGP/tTG Screen. A los pacientes que resultaron positivos a dicha prueba se les ofreció la realización de biopsias múltiples de duodeno distal mediante videoendoscopía digestiva alta. Se diagnosticó EC ante la presencia de una enteropatía compatible (tipo Marsh IIIa). La prevalencia hallada se la comparó con las previamente establecidas para una población derivada a endoscopia digestiva por síntomas digestivos altos y a la de la población general. Resultados. Sesenta y un pacientes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión y fueron definitivamente enrolados (58 mujeres, mediana de edad 39 años). El tiempo medio de evolución de la constipación fue de 210 meses (rango: 6-840). Siete pacientes tuvieron concentraciones séricas elevadas (> 20 U/mL) del anticuerpo DGP/tTG Screen. Los pacientes seropositivos fueron sometidos a biopsia duodenal siendo tres de ellos compatibles con enteropatía celíaca. La prevalencia de EC en esta cohorte de pacientes fue de 4.9% (un paciente con EC cada 20 sujetos con constipación). La misma resulta mayor a la determinada en sujetos derivados a endoscopia digestiva alta (3.3%) y más de 5 veces superior a la estimada para la población general (0.5 a 1%). Conclusión. El presente estudio es el primero en explorar prospectivamente la concomitancia de los dos desórdenes. Aún cuando los resultados son preliminares, los mismos sugieren una alta prevalencia de EC entre pacientes que consultan por constipación crónica. De confirmarse estos hallazgos, se deberá considerar la pesquisa sistemática de la EC en los pacientes con constipación crónica.

TO/O - 20

COHORTES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE OTRAS PATOLOGÍAS AUTOINMUNES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELÍACA

Kohn, IJ(1, 2); Furnes, RA(2); Cuestas, E(2)
(1)Hospital de Niños de Córdoba - Servicio de GE y Hepatología (2)Hospital Privado de Córdoba - Servicio de GE Pediátrica. Argentina.

Introducción. La enfermedad celíaca (EC) es considerada una enfermedad de etiología autoinmune (AI) que puede asociarse a un gran número de otras patologías autoinmunes (P-AI). Objetivos. 1) Determinar el riesgo relativo (RR) para el desarrollo de otras P-AI en diferentes cohortes de Pc con diagnóstico (Dg) de EC; 2) determinar el RR para el desarrollo de otras P-AI en relación a la edad de Dg de la EC y al sexo.
Pacientes y métodos: Estudio prospectivo de cohortes. La información se obtuvo de una base de datos de Pc con Dg de EC vistos en los Servicios de GE de 2 hospitales de Córdoba (Hospital de Niños y Hosp. Privado), para identificar los Pc con EC y otras co-morbilidades AI asociadas. Resultados. En 795 Pc con Dg de EC se contó con los datos necesarios para determinar el RR de desarrollo de otras P-AI en diferentes cohortes. En esta serie hubo 53 Pc con Dg de EC y DBT-1 (Gr1), 27 Pc con EC y S. de Down (Gr2), y 39 Pc con EC y DS-IgA (Gr3) [déficit selectivo de IgA, 22 con déficit total (IgA < 7mg%) y 17 con déficit parcial (valores de IgA inferiores a los mínimos correspondien-tes para la edad)], y 676 Pc con Dg de EC sin las otras patologias mencionadas previamente (Gr4). En estos 4 grupos de Pc se analizó la prevalencia de otras P-AI y se determinó el RR para el desarrollo de las mismas. Igual determinación se hizo en los Pc con Dg de EC previo o posterior a los 6a, y según fueran de SF o M. Los resultados de este análisis se pueden observar en las tablas 1, 2 y 3. Conclusiones. Los Pc celíacos con DBT-ID (Gr1) y con SD (Gr2) tuvieron un RR para el desarrollo de otras co-morbilidades AI significativamente mayor que aquellos con EC sin las asociaciones mencionadas. En cambio, el RR no fue mayor para los Pc c/EC y DS-IgA, ni para los pacientes de SF (en relación a los de SM). La edad > de 6a al momento del Dg de EC también se relacionó con un mayor RR de desarrollo de otras P-AI en todos los grupos, pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa en todos los grupos por insuficiente número de Pc para el análisis en algunos de ellos. ///

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 14

///

Tabla 1. RR de desarrollo de otras P-AI en diferentes cohortes de Pc con EC

	TOTAL	Con P-AI	RR	P
EC	676	51 = 7,5%		
DBT-ID	53	15 = 28,3%	3,8 (2,3-6,3)	0,0000*
SD	27	8 = 29,6%	3,98 (2,1-7,5)	0,0009*
DS-IgA	39	4 = 10,3%	1,37 (0,52-3,62)	0,3440

* Estadísticamente significativo

Tabla 2. RR de desarrollo de otras P-AI según edad de Dg de EC

	TOTAL	Con P-AI	< 6ª	< 6a c/P-AI	> 6ª	> 6a c/P-AI	RR	P
EC	676	51	423	22 = 5,2%	253	29 = 11,5%	2,2	0,0028 *
DBT-ID	53	15	11	1 = 9%	42	14 = 33%	3,7	0,1120
SD	27	8	17	1 = 6%	10	7 = 70%	11,9	0,00004 *
DS-IgA	39	4	29	2 = 7%	10	2 = 20%	2,9	0,2388

* Estadísticamente significativo

Tabla 3. RR de desarrollo de otras P-AI segun sexo de Pc c/EC

	TOTAL	Con P-AI	SF	SF c/P-AI	SM	SM c/P-AI	RR	P
EC	678	51 = 7,5%	416	36 = 8,7%	262	15 = 5,7%	1,51	0,1591
DBT-ID	53	15 = 28,3%	28	8 = 28,6%	25	7 = 28%	1,02	0,9632
SD	27	8 = 29,6%	13	4 = 31 %	14	4 = 29%	1,08	0,9005
DS-IgA	39	4 = 10,3%	23	3 = 13 %	16	1 = 6,2%	2,09	0,4915

TO/O - 21

PARTICULARIDADES DIAGNÓSTICAS Y CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD CELÍACA EN PACIENTES DIABÉTICOS

Kohn, IJ(1, 2); Rópola, M(3); Zanotti, N(4); Riga, C(1)
(1)Hospital de Niños de Córdoba - Servicio de Gastroenterología y Hepatología (2)Hospital Privado de Córdoba - Servicio de Gastroenterología Pediátrica (3)Hospital de Niños de Córdoba - Servicio de Diabetes (4)Hospital de Niños de Córdoba - Laboratorio de inmunología. Argentina.

Objetivo. Evaluar la expresión clínica y las características del diagnóstico (Dg) de enfermedad celíaca (EC) en niños con DBT-1. Material y métodos. Se hizo una revisión retrospectiva de las H Clínicas de niños con Dg de DBT-1 y EC. El Dg de EC se hizo por la demostración histológica de atrofia de las vellosidades intestinales (Marsh 3) en la biopsia de ID realizada en Pc c/DBT-1 con Ac (+) p/EC (o en su ausencia cuando tenían signos clínicos que inducían fuertemente su Dg). Resultados. Se estudiaron 53 Pc con DBTs1, en quienes se hizo Dg de EC entre 1992 y 2009, 28 de SF (53%). En 45 Pc se pudo identificar la causa de investigación de EC: 29 Pc (64%) no tuvieron manifestaciones relacionadas c/EC (26 se estudiaron como parte del screening p/EC en niños c/DBTs, 2 por antecedentes fliares de EC, y 1 por HAI). 12 Pc (27%) tuvieron sintomatología típica de EC. De los otros 4 Pc, 2 tuvieron DAR y 2 retardo PE. El Dg de DBT-1 siempre precedió al de EC. La edad pdio de presentacion de la DBT-1 fue de 6a10m (r 6m a 16a9m) (28 de 0 a 6a); la edad pdio de Dg de EC fue de 10a4m (r 1a3m a 20a5m; sólo en 4/52 en <es de 3a =7,7%). El tiempo pdio entre el Dg de DBTs-1 y EC fue de 3a6m (r 0m a 18a6m), y en 12 Pc se hizo antes del año del debut de DBTs (en 7 de ellos por screening, en 2 por sintomatología típica, en 1 por desnutrición, en 1 por DAR, y en 1 por razones no identificadas). Laboratorio: En 48 Pc se contó con las determinaciones iniciales de Ac p/EC: 11 (23%) inicialmente tuvieron Ac(-) p/EC. 1 Pc tuvo déficit de IgA, con AgA-A y EmA (-), pero con AgA-G y tGT-G(+). En 10/47 Pc sin déficit de IgA (21%) los Ac p/EC fueron inicialmente (-) para hacerse posteriormente (+) en 8 [1 de ellos tomaba Cs, y en 2 los Ac fueron siempre (-) a pesar de tener histología diagnóstica]. Histología: 2 Pc tuvieron inicialmente histología N (en uno de ellos la 2º biopsia 15m después mostró histología típica). El resto de los Pc tuvieron Marsh 3. Patologías asociadas: 14 Pc (26,4%) tuvieron 19 patologías AI asociadas (11 tiroiditis, 2 vitiligo, 1 pioderma gangrenoso, 1 psoriasis, 2 HAI (1 c/colangitis), 1 CU y 1 anemia hemolítica AI). 41 Pc tuvieron estudios de función tiroidea, y 18 (43,9%) estos fueron anormales [8 hipotiroidismo, 4 hipotiroidismo subclínico, y 11 tuvieron Ac-antitiroideos (+) (6 con tiroiditis eutiroidea y 5 c/hipotiroidismo)]. 1 Pc tuvo S. de Down. Conclusiones. Los Pc con DBT-ID y EC constituyen un grupo particular, en los que el Dg de la enteropatía es relativamente tardío por la ausencia de sintomatología específica, y a veces engorroso por la posibilidad de serología negativa inicial, con una alta incidencia de patologías AI asociadas, así como de enfermedad tiroidea.

TO/O - 22

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN FÍSTULAS POSTQUIRÚRGICAS

de Barrio, S(1); Viola, M(1); La Motta, G(1); Caniggia, ME(1); Baistrocchi, A(1); Maffei, E(1); Sliwinski, L(1); Gómez, JC(1); Crivelli, A(1)
(1)Unidad de Soporte Nutricional y Enfermedades Malabsortivas. Hospital San Martín. La Plata. Argentina.

Introducción. Las fístulas son una complicación seria con una alta morbimortalidad y múltiples efectos fisiopatológicos que prolongan la estancia hospitalaria. Aunque pueden ocurrir espontáneamente, el 80 al 90% ocurren luego de una cirugía. Los desórdenes nutricionales están presentes en un alto porcentaje en pacientes con fístulas por lo que es de vital importancia el manejo adecuado. Objetivos. Reportar los resultados del manejo de pacientes con fístulas postquirúrgicas(FPQ)asistidos en nuestra Unidad. Material y Métodos. Se evaluaron retrospectivamente 64 pacientes con FPQ internados en el Hospital entre enero de 1998 y junio de 2009. Se excluyeron pacientes con fístulas internas y espontáneas. Las variables analizadas fueron: débito, estado nutricional , vías de alimentación y evolución al alta.
Resultados. Se analizaron 64 pacientes, edad media 54.36 ±19.35 años. Las características generales se observan en la tabla 1. El tipo de soporte nutricional (SN) en las fístulas de alto débito (FAD) (n=39) fue:nutrición enteral (NE) 53.9%, nutrición parenteral (NP) 7.7%, NE+NP 28.2%, ninguna 10.2% (por inestabilidad hemodinámica y óbito posterior). El tipo de SN en las fisitulas de bajo débito (FBD) (n=25) fue: NE 84%, NE + NP 8%, oral modificada 8%. En la evolución al alta: 3 (4.7%) pacientes se derivaron a su hospital de origen con NE y se perdió el seguimiento, 41 (64%) cerraron la fístula: 30 espontánea (73%), 11 cierre quirúrgico (27%), y 20 (31.2%) fallecieron. Con respecto al cierre de la fístula en el 23% de las FAD se observó cierre espontáneo y en las FBD en el 84% (p0.0001), el cierre quirúrgico se realizó en el 25.7% de las FAD y en el 4% de las FBD (p 0.05). Falleció el 48.8% de los pacientes con FAD y el 8% de los que presentaban FBD (p 0.0005). El 74.3% de los pacientes con FAD y el 76% de los pacientes con FBD presentaban desnutrición moderada a severa. Conclusiones. Las fístulas post-quirúrgicas son una complicación con alta mortalidad (31.25%).El estado nutricional de estos pacientes estuvo severamente comprometido en el 75% de ellos, independientemente del débito de la fístula. Esto probablemente se deba a que nuestro hospital recibe derivación de pacientes con evoluciones tórpidas y hospitalizaciones previas prolongadas.En las fístulas de alto débito observamos mayor mortalidad (48.8%) y una menor tasa de cierre espontáneo (23%).En las fístulas de bajo débito por el contrario la mortalidad fue menor (4%) y la tasa de cierre espontáneo alcanzó el 84% La NE pudo se utilizada como única modalidad de soporte nutricional en el 65.6% de los pacientes (53.9% de las de alto débito y en el 84% de las de bajo débito). La optimización de la NE por modificación de la fórmula o por la localización de accesos distales a la fístula debería tenerse en cuenta como modalidad para el SN de estos pacientes.

Tabla 1. Características generales de los pacientes

Variable	Nº	%
Género	masculino 42	65.6
Sitio de origen	Laringe 8	12.5
	Faringe 1	1.56
	Esófago 6	9.37
	Estómago 2	3.12
	Duodeno 5	7.81
	Yeyuno 27	42.2
	Ileon 8	12.5
	Colon 6	9.37
	Páncreas 1	1.56
Alto débito	39	61
Bajo débito	25	39
Normonutrido	8	12.5
Desnutrición leve	8	12.5
Desnutrición moderada/severa	48	75
Oncológicos	22	34.4
Mortalidad global	20	31.25

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 15

TO/O - 23

EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA EN LA COMUNIDAD MÉDICA

Gómez, JC(1); Pérez, C(2); Loudet, C(1); Vázquez, H(3); Pinto Sánchez, I(3); La Motta, G(1); Maffei, E(1); Crivelli, A(1); Bosia, JD(4); Mauriño, E(3); Bai, J(3)
(1)Unidad de Soporte Nutricional y Enfermedades Malabsortivas. Hospital San Martín. La Plata (2)Hospital Zonal Cestino. Ensenada (3)Hospital Bonorino Udaondo. CABA (4)Hospital Zonal Larrain. Berisso. Argentina.

Introducción. Se considera que el 1% de la población general presenta enfermedad celíaca (EC) y que la misma se encuentra ampliamente subdiagnosticada en el mundo entero. Estimaciones recientes consideran que, en nuestro medio, menos del 5% de los pacientes potenciales han sido concretamente diagnosticados. La escasa alerta y conocimiento entre médicos y la variabilidad clínica de la enfermedad serían dos de las posibles causas que determinen tal subdiagnóstico. Objetivo. El presente estudio pretende estimar el nivel de conocimiento de la comunidad médica en el diagnóstico y seguimiento de la EC de acuerdo a las guías de prácticas clínicas convencionales. Métodos. se emplearon encuestas presenciales de auto-llenado que fueron respondidas por 362 médicos (57% de respuestas) de 5 instituciones de diverso nivel de atención localizadas en el área de La Plata y su suburbano y la ciudad de Buenos Aires. Los médicos fueron divididos en 4 grupos: 1) 39 de atención primaria y/o generalistas; 2) 84 de 2 hospitales zonales 3) 158 de 1 Hospital Interzonal y 4) 81 de un hospital monovalente de Gastroenterología. A su vez se discriminaron las respuestas de acuerdo a la especialidad. Las preguntas se relacionaron al diagnóstico, de acuerdo a guías de práctica clínica (n= 7); y preguntas en relación al seguimiento. (n= 3). Resultados. El 83% de los encuestados diagnosticaron menos de 5 pacientes nuevos/año pero en los grupos 3 y 4 se diagnosticaron significativamente más casos por año, a expensas de gastroenterólogos expertos (p<0.05). Con respecto al criterio diagnóstico actual, el 67% de los encuestados respondió en forma correcta. El grupo 4 emplea los anticuerpos más modernos para la pesquisa y diagnóstico de la EC comparado con los otros grupos (p<0.05), determina niveles de IgA total con mayor frecuencia (p<0.05) y pesquisa EC entre enfermedades o condiciones de alto riesgo en forma más frecuente (p<0.05) que los profesionales de los otros grupos, existiendo variabilidad dentro de cada grupo de acuerdo a la presencia o no de gastroenterólogos expertos, y de especialidades afines a esta enfermedad. En cuanto al seguimiento post-diagnóstico, una mayor proporción de médicos del grupo 4 se inclinan por el control clínico y serológico periódico (56%; p<0.05 vs grupo 2), sin embargo, la dispersión generalizada de respuestas sugiere la existencia de discrepancias como resultado de la falta de guías precisas. Conclusiones. El presente estudio demuestra una significativa variabilidad en el nivel de conocimiento de las medidas de diagnóstico de EC en la comunidad médica que probablemente está asociado al subdiagnóstico existente. Deberían desarrollarse guías precisas de seguimiento luego del diagnóstico. Medidas focalizadas de educación de pre- y post-grado son imprescindibles para optimizar el conocimiento de los profesionales del manejo de esta desafiante enfermedad.

TO/O - 24

JÓVENES CON CÁNCER COLORRECTAL: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, HISTOLÓGICA Y MOLECULAR

Antelo, M(1); Balaguer, F(2, 3); Yan, S(3); Cabanne, A(4); Barugel, M(1); Arnold, M(3); Roca, E(1); Castells, A(2); Boland, R(3); Ajay, G(3)
(1)Sección Oncología, Hospital de Gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo", Buenos Aires, Argentina. (2)Instituto de Enfermedades Digestivas y Metabólicas del Hospital Clínic i Provincial, y Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas, IDIBAPS, Universidad de Barcelona, España (3)División de Gastroenteorología del Departamento de Medicina Interna, Charles A. Sammons Cancer Center e Instituto de Investigación Baylor, Universidad de Baylor, Dallas, Estados Unidos (4)Sección Anatomía Patológica, Hospital de Gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo", Buenos Aires, Argentina.

Introducción. Hasta un 10% de los casos de cáncer colorrectal (CCR) ocurre en una población menor a 50 años.De acuerdo a las Guías Revisadas de Bethesda,debería descartarse el Síndrome de Lynch en todo individuo con diagnóstico de CCR antes de los 50 años,aún sin historia familiar de CCR. Objetivo. El objetivo de este estudio es caracterizar clínica, histológica y molecularmente una gran cohorte de jóvenes con CCR sin historia familiar. Material y métodos. Reclutamos 102 pacientes (1993-2009) con CCR reciente o previo diagnosticado antes de los 50 años de edad,atendidos en la Sección Oncología del Hospital de Gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo" del GCBA.Ningún paciente tenía familiares de primero ni de segundo grado con CCR,ni tumores asociados al Síndrome de Lynch. Se excluyeron los pacientes con síndromes polipósicos y/o con enfermedad inflamatoria intestinal.Se recolectaron los datos demográficos y clínicopatológicos.El tiempo promedio de seguimiento fue de 39 meses (1.5-195 meses).Se extrajo ADN de las muestras de CCR parafinado.Se realizó el análisis de inestabilidad microsatelital (IMS) utilizando el panel de mononucleótidos pentaplex (BAT25, BAT26, NR21, NR24 and NR27).Se definió IMS-H (alta) como >2/5 marcadores inestables y MSS (estabilidad MS) como <2 marcadores inestables. Resultados. La edad promedio al diagnóstico fue 37+8.3 años,50% eran hombres;28.4% tenían un tumor proximal al ángulo esplénico, 30.4% estaban localizados en el colon distal y 41.2% en el recto.El tiempo promedio desde el inicio de los síntomas al diagnóstico fue de 6.5+5 meses.Al momento del diagnóstico 13.7% tenían 1-5 adenomas,1% tenía un CCR sincrónico,y 1.9% desarrollaron un CCR metacrónico durante el seguimiento. El estadío patológico al diagnóstico fue: I: 5 (5%), II: 32 (31.5%), III: 46 (45%) y IV: 19 (18.5%).Se observó una pobre difernciación histológica del CCR en 11 pacientes,33 fueron mucinosos,10 tenían reacción tipo Crohn,8 tenían linfocitos intratumorales,y 7 presentaban células en anillo de sello.Diecinueve (18.5%) tumores fueron clasificados como MSI-H.Comparados con los tumores MSS,fue más probable que los tumores MSI-H estuvieran localizados en el colon proximal (44% vs 10%, p: 0.0002),y estos presentaron una tendencia a ser diagnosticados en estadíos más tempranos (estadíos I-II: 27.7% vs 13.6%, p: 0.079).Sin embargo, no hubo diferencias en ninguna de las otras características clínicopatológicas. Conclusiones. La mayoría de los casos de CCR temprano sin historia familiar ocurre en el colon distal,principalmente en el recto,y generalmente se diagnostica en estadíos avanzados.El déficit del sistema reparador (IMS-H) justifica el ~20% de los casos de esta cohorte, observándose únicamente una asociación de los tumores IMS-H con la localización proximal.El CCR a edades tempranas, especialmente sin historia familiar, podría representar una forma distintiva de CCR.

TO/O - 25

REDUCCIÓN DEL DISCOMFORT EN LA COLONOSCOPÍA VIRTUAL CON EL USO DE CO2

Carrascosa, P(1); Aucar, A(1); Capuñay, C(1); Vallejos, J(1); Carrascosa, J(1)
(1)Diagnóstico Maipu. Argentina.

Introducción. La colonoscopia virtual (CV) es un método no invasivo para la evaluación del colon por tomografía computada. Requiere para su realización de insuflado colónico el cual inicialmente se realizaba con aire ambiental que produce discomfort intra y post-estudio. Objetivo. Mostrar la utilidad del CO2 para el insuflado colónico en la reducción del discomfort. Material y métodos. Se estudiaron 100 pacientes, 50 se insuflaron con aire ambiental y 50 con CO2. Los estudios se realizaron con un equipo multidetector de 64 filas con los siguientes parámetros técnicos: cortes de 2 mm de espesor, corrida de mesa de 1 mm, 120 kV y 50 mAs. Se realizaron en todos los pacientes una adquisición en decúbito supino y otra en prono. Una vez finalizado el estudio, los pacientes completaron un cuestionario en referencia al grado de discomfort percibido durante el procedimiento. Se utilizó una escala de 0 a 3. 0: sin discomfort, 1: discomfort leve; 2: discomfort moderado; 3: discomfort severo. Resultados. los estudios se realizaron sin complicaciones por ambos tipos de insuflado. El tiempo total del procedimiento fue de 24 ± 7,5 minutos para los realizados con CO2 y 35,4 ± 9,9 para los efectuados con aire ambiental. El discomfort en el grupo de aire ambiental fue 10% (n=5) grado 0; 28% (n=14) grado 1; 44% (n=22) grado 2; y 18% (n=9) grado 3. Con Co2 el discomfort fue de 74% (n=37) grado 0; 20% (n=10) grado 1; 2% (n=1) grado 2; y 4% (n=2) grado 3. Conclusión. El estudio realizado con CO2 permitió disminuir el tiempo total del procedimiento así como también en forma significativa el discomfort, haciendo que el procedimiento sea mejor aceptado por los pacientes.

TO/O - 26

DISECCIÓN INTERESFINTERIANA. UNA ALTERNATIVA TÉCNICA PARA EVITAR LA COLOSTOMÍA DEFINITIVA EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO INFERIOR

Laporte, M(1); Bun, M(1); Canelas, A(1); Peczan, C(1); Rotholtz, N(1)
(1)Hospital Alemán de Buenos Aires. Argentina.

Introducción. Los resultados oncológicos obtenidos en el cáncer de recto inferior son cada vez más aceptables. Es por ello que en la actualidad también se está poniendo foco de atención en los resultados funcionales de estos pacientes. La disección interesfinteriana es una alternativa técnica que permite en casos seleccionados evitar una colostomía definitiva. Objetivo. Evaluar la factibilidad y resultados preliminares del procedimiento. Material y método. Entre febrero 2006 a octubre 2009 se evaluaron en forma prospectiva a 7 pacientes sometidos a resección anterior ultrabaja laparoscópica y disección interesfinteriana por adenocarcinoma de recto inferior. Se analizó la estadificación preoperatoria, los resultados quirúrgicos, oncológicos y funcionales al 3er y 6to mes postoperatorio (valores de manometría, Escala de Wexner, Kirwan y número de deposiciones diarias). Resultados. 5 (71,4%) fueron hombres. La edad promedio fue de 51,7 años (29-66). Todos eran portadores de adenocarcinoma de recto a menos de 5 cm del margen anal. Un paciente debió ser reintervenido debido a una isquemia del colon descendido. El seguimiento promedio fue de 16 (2,1-43,3) meses, no hubo recurrencias locales y un paciente falleció por diseminación neoplásica a distancia. Durante el 6to mes postoperatorio el valor promedio en la escala de incontinencia de Wexner fue de 4,7 (4-6), en la clasificación de Kirwan fue de 2,1 (1-3), y el número de deposiciones diarias de 5,8 (5-7). Conclusiones. La resección anterior ultrabaja laparoscópica con disección interesfinteriana es factible de realizar, evidenciando resultados favorables a corto plazo.

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 16

TO/O - 27

SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES HEMOFÍLICOS CON RESPUESTA VIRAL SOSTENIDA A LA TERAPIA INTERFERÓN-/PEGINTERFERÓN CON O SIN RIBAVIRINA

Guerra, P(1); Corti, M(2); Manero, E(3); Candela, M(4); Canseco, S(3); Tezanos, M(4); Perez Bianco, R(4); Daruich, J(3)
(1)Hospital de Clínicas San Martín, Universidad de Buenos Aires. (2)Hospital Muñiz y Fundación de la Hemofilia (3)Hospital de Clínicas San Martín, Universidad de Buenos Aires y Fundación de la Hemofilia (4)Fundación de la Hemofilia y Academia Nacional de Medicina. Argentina.

Objetivos. Evaluar la respuesta a largo plazo en pacientes hemofílicos con hepatitis crónica C, tratados con IFN / pegIFN alfa-2a con o sin ribavirina que alcanzaron una respuesta virológica sostenida (RVS). Material y Métodos. Se analizaron las historias clínicas de 89 pacientes varones hemofílicos con hepatitis crónica C, con una edad media de 27,5 años (15-57) con HCV RNA negativo en suero a los seis meses después de finalizada la terapia (RVS). 32 recibieron IFN, 4.5 MU, tres veces por semana (8 con Ribavirina) durante 12 meses y 57 con PEG IFN alfa 2a-Ribavirina 6 o 12 meses. La mediana de seguimiento fue de 61,2 meses (10.1 a 172.8). La genotipificación del HCV se estudió por INNO LiPA II y el HCV RNA cuantitativo se realizó antes del tratamiento y posteriormente cada 6-12 meses. Se realizó biopsia hepática pretratamiento en 59 pacientes. Resultados. El índice de masa corporal basal fue superior a 25 Kg/m2 en 22 (24,7%) pacientes. El estudio histológico mostró fibrosis leve en 30 (50,1%), moderada en 18 (20,2%), severa en 1 (1,7%) y cirrosis en 10 (16,9%). Viremia elevada pretratamiento se observó en 63 casos. 7 fueron coinfectados HIV-HCV. El genotipo HCV 1 se detectó en 71 (79,8%) (1 en 5, 1a en 44, 1b en 17 y mixto en 5), 2 en 6 (6,7%), 3 en 11 (12.5%) y 4 en 1. La tasa de recaída, después de la respuesta virológica sostenida, se observó en 4 pacientes (4,5%), 2 con cirrosis; 3 con genotipo 1, entre 10 y 48 meses de seguimiento. Todos ellos con el mismo genotipo / subtipo detectado al inicio del estudio. No se observó relación con el genotipo HCV, la carga viral, la ingesta de alcohol, índice de masa corporal o tratamiento recibido. Los coinfectados HIV-HCV no mostraron recaídas. Conclusiones. La recaída tardía después de presentar respuesta virológica sostenida en pacientes hemofílicos parece ser poco frecuente. No se observó ningún caso después de 5 años de respuesta viral sostenida. Se sugiere seguir estos pacientes al menos durante cinco años después de la respuesta viral sostenida.

TO/O - 28

EVALUACIÓN DE LA ANATOMÍA VASCULAR Y BILIAR HEPÁTICA CON TCMD: IMPLICANCIAS PARA LAS CIRUGÍAS HEPÁTICAS MAYORES

Vallejos, J(1); Capuñay, C(1); Carrascosa, P(1); Sisco, P(2); Pagliarino, G(2); Aucar, A(1)
(1)Diagnóstico Maipú (2)Hospital Pirovano. Argentina.

Objetivo. Identificar e ilustrar la vasculatura normal y las variantes anatómicas con TCMD que puedan influir en las cirugías hepáticas mayores. Material y Métodos. Se evaluaron 20 pacientes con tumores primarios o secundarios hepáticos que posteriormente fueron intervenidos quirúrgicamente. Los estudios de TC se realizaron con un tomógrafo de 64 filas de detectores. Se adquirieron imágenes del hígado sin y con contraste endovenoso durante la fase arterial y la fase venosa portal. La adquisición de los datos fue enviado a una estación de trabajo donde se analizaron las imágenes con la utilización de reconstrucciones multiplanares, de máxima intensidad de proyección (MIP), mínima intensidad de proyección (MinP) y tridimensionales (3D). Resultados. Las arterias hepáticas presentaron un patrón normal común (Michel tipo I) en casi el 55% de los pacientes. En los restantes casos existen variantes de la normalidad, que tuvieron alguna relevancia durante los procedimientos quirúrgicos. La TCMD determinó con exactitud la anatomía vascular y biliar, y las variantes anatómicas. Además ayudó a determinar el mejor plano de la hepatectomía y calcular el volumen residual. Conclusión. La TCMD es una modalidad no invasiva útil en la evaluación de la anatomía vascular y biliar de los pacientes candidatos a cirugías hepáticas mayores.

TO/O - 29

PREVALENCIA DE ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS EN 1.573 COLONOSCOPÍAS CONSECUTIVAS

Wonaga, A(1); Zelter, A(1); Fernández, JL(1); Rodríguez, P(1); Galich, M(1); Viola, L(1)
(1)Centro Integral de Gastroenterología. Argentina.

Antecedentes. El hallazgo de adenomas, adenomas de alto riesgo y adenocarcinomas en la colonoscopía varía según la edad y la indicación del estudio, habiéndose comunicado internacionalmente cifras de 14% a 17%, 4% a 5% y 0,5% a 2,1%, respectivamente. Se ha sugerido que la edad avanzada, el sexo femenino y la localización de los pólipos en el colon derecho pueden ser factores que predisponen a la presencia de adenomas de alto riesgo. Objetivos. Determinar la prevalencia de los adenomas y adenocarcinomas de colon en nuestro medio y analizar los factores de riesgo. Material y métodos. Estudiamos prospectivamente los 1.573 pacientes a los que se les realizó una colonoscopía en nuestro centro entre mayo de 2009 y marzo de 2010. Se evaluó la prevalencia de adenomas, adenomas de alto riesgo y adenocarcinomas. Los criterios para cosiderar un adenoma como de alto riesgo fueron: tamaño > 1 cm; adenoma velloso, túbulo-velloso o serrato y displasia de alto grado. Comparamos el grupo de los adenomas de alto riesgo y adenocarcinomas (grupo 1) con el de los adenomas de bajo riesgo (grupo 2) en cuanto a sexo, edad, localización en colon derecho e indicación de la colonoscopía (screening vs. síntomas), usando la prueba de x2 para las proporciones y la de t de Student para la variable continua. Consideramos significativa una P<0,05. Resultados. Se diagnosticaron 272 adenomas (17,3%) y 16 adenocarcinomas (1,0%), 8 avanzados y 8 pólipos con cáncer. De los adenomas, 76 eran de alto riesgo (4,8% de la población total). En consecuencia, se incluyeron 92 pacientes en el grupo 1 y 196 en el grupo 2. Había 35 mujeres (38,0%) en el grupo 1 y 80 (40,8%) en el grupo 2 (NS). La edad promedio fue 60,63+11.60 años en el grupo 1 y 60,99+9,64 años en el grupo 2 (NS). Tenían lesiones localizadas en el colon derecho 26 pacientes (28,3%) del grupo 1 y 86 (43,9%) del grupo 2 (P<0,05). La colonoscopía se indicó como screening en 34 pacientes (37,0%) del grupo 1 y en 107 (54,6%) del grupo 2 (P<0.01). Conclusiones. En nuestro medio la prevalencia de adenomas, adenomas de alto riesgo y adenocarcinomas fue similar a la comunicada en la literatura internacional. Comparando el grupo de los adenomas de alto riesgo y los adenocarcinomas con el grupo de los adenomas de bajo riesgo, no hubo diferencias en edad y sexo, pero la localización en el colon derecho y la indicación por screening fueron significativamente menos frecuentes en el primer grupo.

TO/O - 30

CONSTIPACIÓN CRÓNICA: PREVALENCIA, PATRÓN DE USO DE LAXANTES E IMPACTO. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO BASADO EN LA POBLACIÓN

Olmos, J(1) (9); Iantorno, G(2) (9); Sarsotti, C(3); Guzman, M(1); Gadea, O(4); Ramos, R(5); Solé, L(6); Tawil, J(6); Olmos, JI(7); Soifer, L(8) (9) y (*) GrupoArgentino de Estudios del Intestino
(1)Hospital de Clínicas (2)Bonorino Udaondo (3)GEDREP (4)Higa Oscar Allende, Mar del Plata (5)Hospital Británico (6)GEDYT (7)Universidad Favaloro (8)Cemic. Argentina, (9)FAMGI – Fundación Argentina de Motilidad Gastrointestinal (*)Calzona C; Capella E; German J; Gianoni C; Lueso M; Merino F; Milutin C; Peralta D; Pogorelsky V; Porfirio G; Ramos R; Rodríguez S.

Introducción. Numerosos estudios reportan la prevalencia de constipación en Occidente. Sin embargo la misma, como así también el uso de laxantes en nuestro país aún no ha sido estudiado. Por otro lado tampoco ha sido evaluado el impacto en la calidad de vida. Objetivo. evaluar la prevalencia de constipación crónica, el uso de laxantes e impacto en la calidad de vida de los sujetos en Argentina. Métodos. 1000 residentes (18-70 años de edad) de 13 áreas geográficas representativas de Argentina recibieron cuestionarios FICA validados por la Clínica Mayo, Estados Unidos. Las muestras fueron seleccionadas y estratificadas de acuerdo a edad, género, área geográfica y tamaño de localidad de residencia provistos por el INDEC. Resultados. 831 sujetos devolvieron cuestionarios validados (445 mujeres, edad media 40.2 ± 13.8 años). La prevalencia ponderada de constipación funcional en Argentina fue del 9.1% (IC 95% 7.2-11.1). Del total de sujetos con constipación funcional, el 62% presentó infrecuencia defecatoria y el 38% obstrucción al tracto de salida (OTS). Los tipo 1 y 2 de la escala de Bristol fueron diferentes entre constipados y no constipados (p<0.05). El 44% de los pacientes consumían laxantes y de los pacientes con OTS el 65% tomaba laxantes. La frecuencia de uso de los laxantes fue: Sen 22%, Cáscara sagrada 14%, leche de magnesia 10%, lactulosa 6%, enemas 6%, supositorios 4%, Bosacodilo 4% y Polietilenglicol 2.5%. El 49% de los pacientes constipados tomaban fibra y el 44% laxantes. La efectividad fue, para el consumo de fibra 17% muy efectivo, 53% algo efectivo y 30% nada efectivo. Los laxantes resultaron muy efectivos en el 45% de los casos y algo efectivos en un 55%. El impacto en la calidad de vida impactó negativamente en los pacientes constipados en los dominios vida cotidiana y pernoctar fuera del hogar en relación a los pacientes no constipados (p<0.05). Conclusión. La constipación funcional es altamente prevalente en Argentina. El patrón de uso de laxantes es alto, a predominio de los laxantes antracénicos. La constipación funcional impacta negativamente la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 17

TO/O - 31

¿CUALES SON LAS TASAS DE ERRADICACIÒN DEL HELICOBACTER PYLORI QUE SE LOGRAN CON LAS TERAPIAS SECUENCIALES EN ARGENTINA?

Améndola, R(1); Doweck, J(1); Schenone, L(1); Barcia, T(2); Moreno, F; Campitelli, E(3); Giordano Romano, A(1); Bori, J(1); Menéndez, G(1); Corti, RE(1)

(1)Hospital de Gastroenterología Dr Bonorino Udaondo. (2)Hospital José M. Penna (3)Hospital Aeronáutico Central. Argentina.

Introducción. Recientes estudios multicéntricos, doble ciego, realizados en Estados Unidos y Europa han obtenido bajas tasas de erradicación con la triple terapia clásica, a siete o diez días de tratamiento. A partir del año 2000, especialmente en Italia; donde se han obtenido tasas de erradicación superiores al 90%; se ha desarrollado la terapia secuencial como respuesta a la disminución de las tasas de erradicación alcanzadas por la triple terapia clásica, que en muchas áreas del mundo han sido inferior al 80 % considerada como aceptable de acuerdo a los consensos. Objetivo. Determinar la tasa de erradicación de la terapia secuencial como primera línea de tratamiento, en pacientes adultos con infección por Helicobacter pylori (Hp) e indicación de erradicación según los consensos. Material y métodos. Estudio prospectivo, descriptivo, no randomizado. En el período comprendido entre noviembre de 2008 y diciembre de 2009 se trataron 45 pacientes; 25 mujeres (55.5%) y 20 varones (44.5%) con edades comprendidas entre 23 y 45 años (media 43 a). Las indicaciones de erradicación fueron en 32 casos (71.1%) gastritis crónica activa; ulcera gástrica y duodenal 13 casos (28.9%). En todos los casos se realizó videoendoscopía digestiva alta con dos tomas biopsias de cuerpo y 2 de antro; para evaluar presencia de Hp, se utilizó la tinción histológica de Giemsa. El esquema de terapia secuencial consistiò en la administración de una doble terapia (IBPs dos veces por día y amoxicilina 1 gr, 2 veces por día) por cinco dias, seguido por una triple terapia (IBPs, claritromicina 500mgs y tinidazol 500 mgs, dos veces por día) por otros cinco días. Luego de 6 semanas de tratamiento se evaluó la erradicación de la bacteria mediante test de aire espirado C13. Resultados. De los 45 pacientes evaluados; 34 (75.5%) fueron erradicados por ITT y PP y confirmada la erradicación por test de aire espirado C13. Sólo 9/45 pacientes presentaron algún efecto adverso (dolor abdominal, diarrea) que no determinó la suspensión del tratamiento. Conclcusiones. Nuestros resultados no confirman las altas tasas de erradicación logradas con la terapia secuencial tanto en Italia (> 90%); España (90.7%); Taiwan (98.3%); Corea (85.5%) y Panamá (85.5%).

TO/O - 32

INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI Y LINFOCITOSIS EN BIOPSIA DUODENAL

Pinasco, R(1); Boggio Marzet, C(1); Donatelli, ME(1); Regnasco, SJ(1); Saá, EC(1); Jaroslavsky, MJ(2); Carassai, M(2); Puzzo, MA(2)

(1)Unidad de Gastroenterología - Hospital Ignacio Pirovano (2)División Anatomía Patológica - Hospital Ignacio Pirovano. Argentina.

Introducción. El incremento de linfocitos intraepiteliales (LIEs) en mucosa duodenal conocido en enfermedad celíaca, también puede verse en gastritis por HP (y otras entidades). Se ha propuesto que la densidad de LIEs y su distribución podría ser diferente entre ambas patologías. El conteo de LIEs por método tradicional es engorroso e insume tiempo; se ha postulado un método más simple y rápido (contar LIEs en 20 enterocitos apicales), con similar resultado. Objetivo. Verificar si se cumplen estos postulados en población adulta que se realiza endoscopía digestiva alta en nuestro Hospital por diversos motivos. Material y métodos. Evaluamos 30 biopsias duodenales en dos grupos: 15 en pacientes con HP y 15 en pacientes sin HP. Se consideró la presencia de linfocitosis intraepitelial, su rango, densidad y distribución, según los dos métodos descriptos; la relación con infección por HP (evaluada con técnica de Giemsa en biopsia gástrica simultánea) y la correlación con hallazgos endoscópicos. Los datos fueron tabulados y analizados. Resultados. El conteo de LIEs no mostró diferencias significativas entre ambos métodos. La distribución de LIEs fue claramente polarizada en las puntas vellositarias en los casos con HP (p<0,05). Conclusión. La adopción del método simplificado ahorra tiempo en la rutina diaria. Además, la distribución diferencial en las puntas vellositarias parece guardar en nuestro estudio correlación con infección por HP, por lo que, si se validara este hallazgo en estudios prospectivos, la incorporación de este detalle al informe resultaría útil para evaluar ahorrar la pesquisa serológica de enfermedad celíaca, en casos de linfocitosis en rangos intermedios en que la clínica no sea sugestiva de esta patología.

TO/O - 33

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE: PREVALENCIA, COMORBILIDADES E IMPACTO: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO BASADO EN LA POBLACIÓN

Olmos, J(1) (8); Iantorno, G(2) (8); Guzmán, M(1); Gadea, O(3); Ramos, R(4); Solé, L(5); Tawil, J(5); Olmos, JI(7); Soifer, L(7) (8) y (*) Grupo Argentino de Estudios del Intestino

(1)Hospital de Clínicas (2)Bonorino Udaondo (3)Higa Oscar Allende, Mar del Plata (4)Hospital Británico (5)GEDYT (6)Universidad Favaloro (7)Cemic. Argentina, (8)FAMGI – Fundación Argentina de Motilidad Gastrointestinal

(*)Calzona C; Capella E; German J; Gianoni C; Lueso M; Merino F; Milutin C; Peralta D; Pogorelsky V; Porfirio G; Ramos R; Rodríguez S.

Introducción. El síndrome de intestino irritable (SII) fue reportado como frecuente en occidente. Faltan estudios poblacionales en los países de América Latina. Objetivo. evaluar la prevalencia del SII, las comorbilidades asociadas y el impacto en la calidad de vida en la población argentina. Métodos. 1000 residentes (18-70 años de edad) de 13 áreas geográficas representativas de Argentina recibieron cuestionarios FICA validados por la Clínica Mayo, Estados Unidos. Las muestras fueron seleccionadas y estratificadas de acuerdo a edad, género, área geográfica y tamaño de localidad de residencia provistos por el INDEC. Resultados. 831 sujetos devolvieron cuestionarios validados (445 mujeres, edad media 40.2 ± 13.8 años). Los criterios para SII estuvieron presentes en 100 individuos. 69 mujeres y 31 hombres. La prevalencia ponderada en Argentina fue del 11.7% (IC 95% 9,4-14,1), 43 individuos (27 mujeres) presentaron diarrea dominante 4,9% (IC 95%: 3,3-6,4), 23% (16 mujeres) tuvieron constipación dominante 2,9% (IC 95% 1,8-4,1) y 34 (26 mujeres) 3,9% (IC 95% 2,5-5,3) presentaron patrones alternantes de diarrea y constipación. La obstrucción al tracto de salida se vio en un 14.8% de los pacientes. El síntoma hinchazón/distensión abdominal en los pacientes con SII estuvo presente en el 89% (IC 95% 82-95) de los casos. Para evaluar las comorbilidades, se realizó regresión logística y se encontraron las siguientes asociaciones: palpitaciones (p < 0.01; OR=1,81; IC 95% OR: 1,10-2,97); cefalea (p < 0.01; OR=1,95; IC 95% OR: 1,11-3,44); úlcera gastroduodenal (p < 0.01; OR=2,16; IC 95% OR: 1,25-3,75) y debilidad (p < 0,05; OR=1,72; IC 95% OR=1,05-2,81). La calidad de vida impactó negativamente en los dominios compromiso laboral, vida social, vida sexual y vida en los pacientes con SII en relación a los No SII (p<0.05%). Conclusiones. la prevalencia de SII es similar a las reportadas en los países de Occidente. Las comorbilidades asociadas fueron: palpitaciones, cefalea, debilidad y úlcera gastroduodenal. El SII impacta negativamente la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

TO/O - 34

UN INCREMENTADO PERFIL FERMENTATIVO DEL INTESTINO SE OBSERVA EN PACIENTES FUNCIONALES DIGESTIVOS CON SÍNTOMAS SEVEROS

Soifer, L(1); Dima, G(1); Peralta, D(1); Novillo, A(1); Moore, R(1); Besasso, H(1)

(1) CEMIC. Argentina.

Introducción. Estudios previos indican que entre los pacientes con síndrome del intestino irritable, un subgrupo presenta niveles incrementados de hidrógeno (H2) en el aire espirado, mientras que otro subgrupo presenta niveles de H2 que se superponen con los voluntarios sanos. También se ha confirmado que un subgrupo de pacientes con trastornos funcionales digestivos presenta hipersensibilidad a la fermentación colónica. Objetivo. Estudiar la posible asociación entre la severidad sintomática y el perfil fermentativo del intestino en pacientes digestivos funcionales. Pacientes y métodos. 89 pacientes funcionales (61M, 48.8±16.4), con distensión abdominal, constipación o diarrea y dolor abdominal fueron estudiados en forma prospectiva y consecutiva. Las muestras de aire alveolar fueron analizadas mediante un equipo commercial (12I plus Quintron Instrument, Milwaukee, WI). Se administraron 10gr. de lactulosa en ayunas, por boca. Las muestras de aire fueron obtenidas cada 20 minutos por un período de tres horas. El estimado de la producción acumulada de hidrógeno fue calculado mediante la medición del área bajo la curva de tiempo/concentración (ABC). Para la evaluación clínica de los pacientes fue empleado un cuestionario validado (IBSSS). Los casos leves, moderados y severos fueron indicados por los valores de < 7.5, 17,5 a 30 y > 30 respectivamente. Resultados. El ABC en 13 casos leves, 34 moderados y 43 severos fue de 3490 ppm/min, 4657 ppm/min and 6518 ppm/min respectivamente. El test de t con dos colas para variables independientes halló diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con síntomas leves y severos (P=0.03 CI95%±2176 ppm/min) y entre los moderados y severos (P=0.05 CI95% ± 2049 ppm/min). Conclusión. En los pacientes funcionales digestivos parece existir una vinculación entre el perfil fermentativo intestinal y la severidad sintomática.

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 18

TO/PD - 03

PREDICCION PRONOSTICA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA AGUDA APLICANDO EL SCORE DE ROCKALL EN UN HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS PROVINCIAL

Gómez, FV(1); Calzona, MC(1); Urrutia, MI(2); Curciarello, J(1)
(1) HIGA Prof. Dr. R. Rossi. La Plata. Argentina (2)Cespi. UNLP. Argentina.

Introducción. Los resultados negativos del sangrado gastrointestinal alto incluyen resangrado y muerte. Investigaciones a nivel mundial se han concentrado en la construcción de diversas escalas numéricas para predecir el riesgo de resangrado o muerte o determinar la necesidad de hospitalización para adecuar la asistencia. Objetivos. Predecir el riesgo de resangrado y mortalidad en pacientes ingresados a un hospital provincial por presentar HDAA. Materiales y métodos. Se analizaron prospectivamente a todos los pacientes que ingresaron con HDAA o que la desarrollaron durante su hospitalización por otras causas, durante Noviembre de 2008 hasta Octubre de 2009, los cuales fueron evaluados según el Score de Rockall. Éste incluye variables clínicas y endoscópicas, siendo el puntaje final la sumatoria de la puntuación de cada variable y su valor oscila entre 0 a 11 puntos. Según éste puntaje se clasifican a los pacientes en tres grupos de riesgo: riesgo bajo: Score de <= 2, riesgo intermedio: Score de 3 a 4 y riesgo alto: Score de>= 5. A todos los pacientes del estudio se les efectúo una evaluación clínica seguido de medidas de resucitación tras la cual se realizo la endoscopía inicial dentro de las 24hs, según su hallazgo se indico tratamiento médico correspondiente y terapéutica endoscópica ante la presencia de estigmas de sangrado reciente. Para el análisis de los datos se utizó una estadística descriptiva. Resultados. Se analizaron un total de 33 pacientes (100%): 24 masculino (72,72%) y 9 femeninos (27,27%) con un promedio de edad de 56,76 ± 15,52 años. Se estratificó a cada paciente según el Score de Rockall (Tabla 1) distribuyéndose los mismos en los respectivos grupos de riesgo: 21,21% (N: 7) de Bajo Riesgo; 30,30% (N: 10) de Riesgo Intermedio y 48,49% (N: 16) de Alto Riesgo. Analizando cada grupo de riesgo, dentro del grupo de Bajo Riesgo se cuantificaron 7 pacientes: 6 masculinos y 1 femenino con un promedio de edad de 42,29 años (DS 11,98 años). Todos se presentaron con HDAA NV y recibieron solo tratamiento medico. Ninguno resangró ni falleció. En el grupo de Riesgo Intermedio se cuantificaron 10 pacientes: 6 masculinos y 4 femeninos con un promedio de edad de 55,9 años (DS 12,15 años).Todos los pacientes presentaron HDAA NV y recibieron tratamiento médico. Ninguno resangró ni falleció. Dentro del grupo de Alto Riesgo se cuantificaron un total de 16 pacientes: 12 masculinos y 4 femeninos con un promedio de edad de 63,63 años (DS 14,82). El origen del sangrado fue NV en 10/16 pacientes, V en 5/16 y en 1/16 no presento ningún hallazgo endoscopico. Resangraron 4/16 (25%) y se registró un fallecimiento (6,25%). Conclusiones. Hemos observado que en relación al resangrado y mortalidad los resultados obtenidos fueron similares a los reportados por el trabajo de Rockall et al, por lo tanto éste sistema de estratificación sería clínicamente útil para categorizar a los pacientes con HDAA en la predicción de resangrado y mortalidad.

Tabla 1. Resultados de la estratificación de los pacientes aplicando el Score de Rockall.

SCORE	CASOS	PORCENTAJE
0	1	3,03
1	4	12,12
2	2	6,06
3	4	12,12
4	6	18,18
5	5	15,15
6	2	6,06
7	6	18,18
8	2	6,06
9	0	0,00
10	1	3,03
11	0	0,00
TOTAL	33	100,00

TO/PD - 05

EPIDEMIOLOGIA DE LAS GASTROENTERITIS BACTERIANAS AGUDAS

Barril, S(1); Trakal, JJ(1); Trakal, E(1); Zárate, F(1); Botiglieri, M(1); Butti, A
(1) Clínica Universitaria Privada Reina Fabiola. Argentina.

Introducción. La diarrea aguda es una de las principales causas de morbi-mortalidad en el mundo. En los casos de diarrea no inflamatoria puede no ser necesario identificar la causa concreta de la diarrea, sin embargo es necesario realizar coprocultivos bacterianos en aquellos pacientes con sospecha de diarrea inflamatoria. El objetivo del presente trabajo es determinar la etiología, prevalencia y variación estacional de las bacterias enteropatógenas causantes de diarrea aguda en pacientes de la Clínica Privada Universitaria Reina Fabiola (CPURF) con el fin de proveer un tratamiento adecuado para cada caso en particular. Debido a que existe discrepancia en cuanto a la utilidad de realizar análisis bacteriológico de aquellos casos con resultado negativo de leucocitos, en el presente estudio se analizará la relación entre los leucocitos presentes en heces y el coprocultivo. Métodos. Se recolectó materia fecal de 502 pacientes mayores de 16 años de edad que realizaron consulta médica en la guardia central de la CPURF por un cuadro de diarrea aguda durante el período Septiembre 2006 - Agosto 2008. Las muestras fueron examinadas mediante análisis físico-químico y bacteriológico. Resultados. Se comprobó desarrollo de bacterias patógenas en 91/502 muestras (18%). El germen más prevalente fue Campylobacter spp (60%), seguido por Salmonella spp (22%) y Shigella spp (14%). No se desarrollaron serotipos patógenos de E. Coli. Los síntomas más frecuentes fueron dolor abdominal (73.1%) y fiebre (48.8%), los cuales fueron principalmente referidos por pacientes que desarrollaron gérmenes. Aproximadamente el 70% de las infecciones bacterianas ocurrió en las estaciones cálidas del año –primavera, 30.7%, y verano, 38.4%-, un 20.8% en otoño y sólo un 9.8% en invierno. Se detectaron alteraciones en el análisis físicoquímico de materia fecal en 242/502 pacientes (48%), de los cuales el 36.8% desarrolló gérmenes enteropatógenos. En los pacientes sin anormalidades en el físico-químico (52%), sólo se observó desarrollo de gérmenes en 2/260 casos (0.75%). Conclusiones. Las diarreas bacterianas agudas son principalmente causadas por Campylobacter spp. Los pacientes con diarreas enteroinvasivas desarrollan una sintomatología más marcada, siendo los signos dolor y fiebre los más referidos. Las infecciones intestinales causadas por bacterias enteroinvasivas fueron más frecuentes en las estaciones de primavera y verano, lo cual se encuentra en concordancia con reportes epidemiológicos mundiales. Dado que sólo el 36.8% de los pacientes con alteraciones en el análisis físico-químico de materia fecal desarrolló gérmenes enteropatógenos, se sugiere valorar la solicitud de estudios adicionales según la situación clínica en particular. Por otra parte, la baja detección de desarrollo de gérmenes en los físico-químicos sin anormalidades avalaría la no realización de estudios bacteriológicos en estos pacientes, evitando así gastos innecesarios.

TO/PD - 07

UTILIDAD DEL MELD COMO INDICADOR DE MORBILIDAD-MORTALIDAD POR EL SANGRADO VARICEAL AGUDO

Pratto, D(1); Resial, M(1); Cisera, M(1); Scalese, E(1); Levin, A(1); Wulfson, A(1)
(1) Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez Rosario. Argentina.

Introducción. La HDA variceal se asocia a un 15-20% de mortalidad. Existen diversos indicadores pronósticos utilizados en este contexto. Uno de ellos, el MELD (Model of End stage Liver Disease), se basa en tres variables: bilirrubina, RIN y creatinina. La escala Meld (Model of End stage Liver Disease) es un buen sistema predictivo de mortalidad en pacientes con hepatopatía crónica. Es un sistema matemático a través de análisis de regresión de Cox, creado en la Clínica Mayo con el fin de determinar el pronóstico de pacientes sometidos a shunt intrahepático porto-sistémico (Tips), y que después fue validado en pacientes con falla hepática terminal y utilizado como sistema para la distribución de órganos para trasplante hepático). Este modelo utiliza tres variables objetivas de uso clínico diario: bilirrubina, el RIN y la creatinina sérica. Objetivo. Evaluar la escala de MELD como indicador de morbilidad y mortalidad del sangrado variceal agudo. Materiales y métodos. Se incluyeron en forma prospectiva a los Ptes que cumplían con los siguientes criterios: a) hematemesis o melena en las 3 hs previas; b) hematemesis o melena >3 hs, pero con presión arterial sistólica <80 mmhg. El sitio de sangrado por várices esofágicas fue definido según la presencia de alguno de los siguientes criterios: 1) sangrado por várices activo, en chorro; 2) sangrado activo en napa; 3) signos de sangrado reciente (coágulo adherido plano o elevado); y 4) várice sin punto de rotura evidente, pero con sangre fresca o digerida en estómago, en ausencia de otras lesiones. Una vez estabilizados hemodinámicamente a los mismos se le realizó: laboratorio de ingreso: rutina, hepatograma, creatinemia, TP, kptt, ionograma, pxe, estudio de ascitis; VEDA de urgencia. Tratamiento combinado: farmacológico (octeotride) endoscópico (ligadura-esclerosis) y profilaxis con ciprofloxacina; escala de MELD al ingreso. Se definió como morbilidad una internación mayor a 7 días de internación y la presencia de enfermedades asociadas. Se tomó como variable de morbilidad a una internación mayor a 7 días, por que es el tiempo que por protocolo quedan internados los Ptes con sangrado variceal agudo. Se evaluó mortalidad y la(s) causa(s) de la misma. Resultados. Se incluyeron en forma prospectiva 30 ptes. que cumplían los criterios de inclusión: la relación hombre/mujer fue de 4 a 1 con edad promedio de 44,2 años(23-64)Todos los ptes.(8 ptes.) con internación prolongada(>7 días)(promedio16,7 días) tenían un Meld >18.Las comorbilidades mas frecuentes fueron las infecciosas (87.5%) y discriminadas por patologías (PBE 37.5%, neumopatias25%, colesistitis12,5%, colitis pseudomembranosa 12.5%). La mortalidad fue del 6.6% (2 Ptes.); todos con un MELD >18(21-24) y las causas fueron resangrado variceal y encefalopatía. Conclusión. La escala de MELD > de 18 es un buen indicador de morbilidad y mortalidad por sangrado variceal agudo.

TO/PD - 08

DISMINUCIÓN DE LOS NIVELES DE AMONIO EN PACIENTES CON CIRROSIS E HIPERAMONEMIA CON O SIN ENCEFALOPATÍA HEPATICA MÍNIMA TRATADOS CON EL SIMBIÓTICO DE FRUCTANO TIPO INULINA DERIVADO DEL AGAVE AZUL Y LACTOBACILOS

Moreno Luna, LE(1); Fafutis Morris, M(2); Delgado Rizo, V(3); Zuñiga, V(4); Segura Ortega, JE(5)
(1)Departamento de Clínicas Médicas. Universidad de Guadalajara. (2)Laboratorio de Inmunología. Universidad de Guadalajara. (3)Departamento de Fisiología. Universidad de Guadalajara. (4)Universidad de Guadalajara (5)Servicio de Gastroenterología. Hospital Civil de Guadalajara.

Introducción. La hiperamonemia es una complicación frecuente en cirrosis, altera la calidad de vida por la asociación con encefalopatía mínima (EHM) y el riesgo a progresión a Encefalopatía Hepática (EH). El fructano tipo inulina que se extrae del Agave Azul Tequilana Weber es un prebiótico potente que estimula el crecimiento de las bifidobacterias colónicas e inhibe la proliferación de otras bacterias. El tratamiento con probióticos (lactobacilos) mejora el contenido fecal de bacilos a expensas de patógenos Gram-positivos y especies bacterianas que benefician la salud. Objetivo. Determinar los efectos de la administración de el simbiótico en pacientes con cirrosis que presentaban hiperamonemia con y sin EHM. Material y métodos. Seleccionamos 32 pacientes adultos con cirrosis de diversas etiologías para evaluar los efectos de la administración del simbiótico (inulina de agave y lactobacilos). Criterios de inclusión: mayores de 18 años con cirrosis, que firmaron un consentimiento informado, sin encefalopatía hepática mayor a la mínima, sin tratamiento para EH, sin hospitalizaciones por complicaciones agudas 60 días antes de iniciado el estudio. Se les realizaron pruebas de función hepática, biometría hemática, tiempos de coagulación, ultrasonido y endoscopía. Se calculó la escala de Child Pugh. Se realizaron pruebas psicométricas, y estudios neuropsicológicos para determinar EHM, y se midieron niveles de amonio arterial antes de comenzar y al terminar el estudio. Los pacientes recibieron el simbiótico por 90 días con visitas clínicas de evaluación cada 15 días. Se realizo estadística descriptiva para las variables nominales y cuantitativas y se calculó una prueba de t de student para los niveles de amonio arterial antes y después del tratamiento. Resultados. Se incluyeron 32 pacientes con cirrosis, 75% eran mujeres, media de edad 54 años (rango 28-82 años), 23 (72%) pacientes tenían infección por virus de hepatitis C, 2 (6%) tenían hepatitis autoinmune, y 7 (22%) cirrosis por alcohol y otras etiologías, 5 (16%) pacientes tenían EHM con hiperamonemia y 27 (84%) tenían hiperamonemia sin EHM al comenzar el estudio. Los pacientes se clasificaron en Child Pugh A: 22 (69%), B: 7 (22%), C: 3 (9%). Los niveles de amonio arterial antes del tratamiento era de 24.48 a 272.88 media de 83.60 y después del tratamiento de 15 a 196 con un media de 40 (P=0.05). En 25 (78%) pacientes el amonio disminuyó, en 5 (16%) el amonio permaneció igual y en 2 (6%) el amonio aumentó. (P=0.05). Conclusiones. En estos pacientes los niveles de amonio disminuyeron de manera significativa luego de la administración del simbiótico. Ningún pacientes desarrollo EH, 4 (80%) de los 5 pacientes que tenían EHM las pruebas psicométricas mejoraron luego del tratamiento. El tratamiento con simbiótico en pacientes con hiperamonemia resulta prometedor para disminuir los niveles de amonio arterial y subsecuentemente mejorar la EHM.

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 19

TO/PD - 09

MEJORÍA DE LA FAGOCITOSIS DE NEUTRÓFILOS PERIFÉRICOS CON LA DISMINUCIÓN DE AMONIO ARTERIAL EN PACIENTES CON CIRROSIS

Moreno Luna, LE(1); Segura Ortega, JE(2); López de la Mora, D(3); Guillen Vargas, C(3); Delgado Rizo, V(4); Fafutis Morris, M(3, 4)
(1)Departamento de Clínicas Médicas. Universidad de Guadalajara. (2)Hospital Civil de Guadalajara. Universidad de Guadalajara. (3)Laboratorio de Inmunología. Universidad de Guadalajara. (4)Departamento de Fisiología. Universidad de Guadalajara.

Introducción. Los niveles de amonio en sangre se han considerado como uno de los factores etiológicos más importantes para el desarrollo de encefalopatía hepática (HE). El amonio es producido en el intestino por las bacterias. Por otro lado se sabe que las infecciones son un factor precipitante importante para desencadenar episodios de HE. Una alta proporción de pacientes con cirrosis tienen alteración en la función de los neutrófilos. Las alteraciones más frecuentes son la reducción en la capacidad de fagocitosis, y de destrucción de bacterias y la quimiotaxis. Se desconoce el origen de estas alteraciones y su asociación con el desarrollo de encefalopatía hepática. Objetivo. El objetivo de este estudio es comparar la actividad de fagocitosis de neutrófilos en pacientes con niveles séricos de amonio elevados comparados con niveles séricos de amonio normales luego de la administración de lactobacilos. Material y métodos. De enero a junio del 2009 se analizaron aleatoriamente pacientes de la clínica de hígado. Se les tomaron muestras de sangre arterial y se analizaron los niveles de amonio por espectrofotometría. Se seleccionaron pacientes con hiperamonemia y posteriormente se estudiaron neutrófilos en fagocitosis de C. albicans por el método de Cunningham. Estos pacientes recibieron tratamiento con lactobacilos durante 30 días. Después de 30 días de tratamiento se reevaluaron los niveles séricos de amonio y la fagocitosis de neutrófilos. Resultados. Se incluyeron 20 pacientes en el estudio. La edad media fue de 54 años (rango 28-82), 15 (75%) mujeres y 5 (25%) hombres. Diecisiete (88%) pacientes fueron clasificados como Child A, 3 (12%) Child B. Dieciocho (90%) pacientes tenía hepatitis crónica por virus de hepatitis C, 1 (5%) tenía hepatitis autoinmune y 1 (5%) tenía cirrosis biliar primaria. Los niveles de amonio arterial al día 0 eran 70.74 +- 24.67 Mmol/L y la fagocitosis de neutrófilos fue de 21.7 +- 22.25%. Después de 30 días de consumir el lactobacilo el amonio disminuyó a 32.16 +- 18.06 (p=0.001). Después de que los niveles de amonio disminuyeron el nivel de fagocitosis de neutrófilos aumentó a 64.60 +- 20.49% (p=0.001). Conclusiones. El principal hallazgo de este estudio es la observación de que la hiperamonemia deterioró la función de los neutrófilos disminuyendo la fagocitosis y ésta se reestableció cuando disminuyeron los niveles de amonio. Esta alteración pudiera estar relacionada como factor predisponerte para el desarrollo de infecciones en pacientes con niveles elevados de amonio que desarrollan encefalopatía hepática. Se están llevando a cabo más estudios inmunológicos en neutrófilos de pacientes con encefalopatía hepática.

TO/P - 01

ANILLOS DE SCHATZKI: ¿CUAL ES SU VERDADERA RELEVANCIA CLINICO ENDOSCOPICA?

Viscardi, J(1); Curvale, C(1); Juratich, E(1); Haller, C(1); Leibovich, N(1); Brodersen, C(1); Segal, E(1)
(1)Hospital Carlos G. Durand. Argentina.

Introducción. El anillo de Schatzki es una entidad esofágica que clásicamente se asoció como causa importante de disfagia intermitente e impactación alimentaria. El diagnóstico se realiza con VEDA y/o SEGD. Hasta el momento no se conoce con certeza su significancia clínica. En nuestro medio hay pocas publicaciones al respecto y escasos datos epidemiológicos de esta patología. Objetivo. Determinar la prevalencia de esta entidad en la Unidad de Endoscopia de un Hospital público de CABA y evaluar su forma de presentación clínica más frecuente. Pacientes y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo de 10083 VEDAS entre 2004 y 2010 y se diagnosticaron 35 anillos de Schatzki, 18 corroborados con SEGD. Se analizaron los motivos de consulta para realización de la VEDA y qué tipo de síntomas digestivos altos presentaban los pacientes en el momento del estudio. Resultados. El estudio arrojó una prevalencia de 34 casos cada 10000 endoscopias altas. De ellos, el 69% fue de sexo masculino y 73% asociadas a Hernia Hiatal. El motivo de consulta e indicación de VEDA de 15 pacientes fue el ERGE (43%), mientras que sólo 7 se estudiaron por disfagia (20%) y 6 por impactación alimentaria (17%). Los 7 pacientes restantes (20%) fueron estudiados por otra sintomatología no esofágica. En el 73% de los pacientes se asoció Hernia Hiatal por deslizamiento. Conclusión. Los anillos de Schatzki son poco frecuentes en la población estudiada de pacientes de un hospital público. Es más prevalente en el sexo masculino y asociado a Hernia Hiatal. Es probable la asociación con ERGE. La disfagia esofágica y la impactación alimentaria serían formas de presentación clínica infrecuentes. Se requieren nuevos estudios, prospectivos, randomizados y de mayor volumen de pacientes, que puedan corroborar estas hipótesis.

TO/PD - 11

EXPRESIÓN DIFERENCIAL DE LAS MOLÉCULAS COESTIMULATORIAS CD30, OX40 Y SLAM EN LA MUCOSA INTESTINAL DE PACIENTES CELÍACOS ACTIVOS

Guillen, LC(1); Periolo, N(1); Suarez, V(1); Aliboni, V(2); de Matteo, E(2); Gonzalez, L(3); Niveloni, S(4); Hwang, H(4); Bai, J(4); Cherñavsky, A(1)
(1)Hospital de Clínicas José de San Martín (2)Hospital de Niños Ricardo Gutierrez (3)Hospital de Niños de San Justo (4)Hospital de Gastroenterología Dr. C. Bonorino Udaondo. Argentina.

Introducción. En condiciones no patológicas, la integridad y homeostasis de la mucosa duodenal está sometida a una fina y compleja regulación dada en parte por la expresión de moléculas coestimulatorias (MC) de la súperfamilia del factor de necrosis tumoral y su receptor (TNF/TNF-R) tales como CD30/ OX40 / OX40L, y de las inmunoglobulinas (CD150) como SLAM (Molécula de Activación y Señalización Linfocitaria). La gliadina, como agente disparador de la enfermedad celíaca (EC), es responsable de la pérdida de la homeostasis intestinal y de la consecuente respuesta inmunopatogénica. La expresión de MC, fuertemente influenciada por el microambiente local, regula el tipo de interacciones posibles entre células del sistema inmune y procesos de diferenciación / activación y proliferación de linfocitos de lámina propia (LPLs) e intraepiteliales (LIEs). La perturbación homeostática en la mucosa intestinal de un celíaco se manifestaría a través de una alterada expresión de MC en LPLs y/o LIEs. Objetivo. Caracterizar el perfil de moléculas de activación temprana y tardía así como de MC en subpoblaciones de LPLs y LIEs en pacientes celíacos (Ce) e individuos control (Co). Materiales y Métodos. Los pacientes Ce activos fueron identificados y seleccionados al momento del diagnóstico en base a parámetros bioquímicos, histológicos y serológicos. La población Co se conformó por individuos no celíacos. Se aislaron LPLs y LIEs de piezas de biopsia intestinal provenientes de 5Ce y 11Co pediátricos, y de 12Ce y 7Co adultos. La fracción de LIEs se obtuvo luego de incubar las biopsias en buffer HBSS (1X) (libre de Ca^{2+} y Mg^{2+}) EDTA (1mM) DTT (1mM), 1h a 370C con agitación (200 rpm). La fracción de LPLs se obtuvo luego de incubar el tejido remanente en 25ml de RPMI-1640 completo con colagenasa A (10mg/ml), 1 h 30´ a 37 0C con agitación. Ambas suspensiones celulares fueron independientemente sometidas a inmunomarcación con diferentes combinaciones triples utilizando anticuerpos (anti-CD3PerCP, -CD45RO PE/FITC o -CD25PE/FITC o -CD69 PE, -CD30FITC o -OX40FITC, o -OX40L PE o -SLAMFITC) y posterior análisis por citometría de flujo (BD FACSAria II). Los resultados se compararon mediante test t de Student´s. Resultados. Los Ce pediátricos presentan menor expresión basal de CD30 en LPLs, y de OX40 en LIEs con respecto a los Co [2,3 ± 0.4 (n=11) vs. 8,2 ± 2.2 (n=5), p=0.016 y 5,3 ± 1,3 (n=6) vs. 12,2 ± 3,2 (n=4), p=0.0221, respectivamente]. Los Ce adultos, por otra parte, presentan menor expresión basal de SLAM en LPLs respecto de los Co [25,7 ± 5,1 (n=7) vs. 47,1 ± 3,7 (n=6), p<0.05]. Todas las moléculas coestimulatorias se expresan exclusivamente en células CD45R0+ y CD25+. Conclusiones. Una alterada expresión de moléculas coestimulatorias en células del sistema inmune de pacientes celíacos activos podría perpetuar la respuesta patológica. Esto refleja notables diferencias entre pacientes pediátricos y adultos cuyas implicancias biológicas quedan aún por definir.

TO/P - 02

RESULTADOS CLÍNICOS DE LA MIOTOMÍA ESOFÁGICA CON EXTENSIÓN GÁSTRICA ASOCIADA A FUNDOPLICATURA DE TOUPET O DE DOR EN PACIENTES CON ACALASIA

Cuenca Abente, F(1); Antelo, M(1); Faerberg, A(1); Améndola, R(1); Doweck, J(1); Schenone, L(1); Giordano Romano, A(1); Perrone, A(1); Ferro, D(1); Fernández Marty, P(1); Iantorno, G(1); Corti, RE(1)
(1)Hospital de Gastroenterología Dr. C. B. Udaondo. Argentina.

Introducción. La miotomía con extensión gástrica (MEG) disminuye la disfagia post-operatoria.y se la asocia a una fundoplicatura, siendo las más utilizadas la de Dor y la de Toupet. Objetivo. Comparar resultados clínicos: MEG/Dor vs. MEG/Toupet. Métodos. Diseño prospectivo, longitudinal, no randomizado. Se intercaló confección de MEG/Dor y MEG/Toupet. Se evaluaron resultados clínicos (Score Analógico Frecuencia/Severidad), tiempo operatorio, conversión, complicaciones y hospitalización. Rsultados. Pacientes: 36 (Dor: 18, Toupet: 18). Seguimiento MEG/Toupet: 18 meses (3-32); MEG/Dor: 20,5 (11-30). Edad MEG/Toupet: 41 (18-62); MEG/Dor: 44 (19-76). Tiempo operatorio: 120 minutos (MEG/Toupet: 60-150; MEG/Dor: 90-180). Conversión: 0%; Complicaciones: 0%. Hospitalización: 1 día (1-3) (Tabla 1). Conclusiones. La MEG/Dor y MEG/Toupet presentan similares resultados en el tratamiento de la acalasia.

Tabla 1. Resultados Clínicos

Resultados Clínicos	Pre-op Toupet	Post-op Toupet	Pre-op Dor	Post-op Dor
Disfagia Sólidos	F: 3,45	F: 0,45	F: 3,18	F: 0,36
	S: 6,63	S: 0,36	S: 6,63	S: 0,18
Disfagia Líquidos	F: 2,27	F: 0	F: 2,72	F: 0
	S: 3,90	S: 0	S: 4,81	S: 0
Regurgitación	F: 3,18	F: 0,36	F: 2,90	F: 0
	S: 5,63	S: 0,45	S: 5,81	S: 0
Pirosis	F: 1,63	F: 0	F: 1,81	F: 0
	S: 3,81	S: 0	S: 4,27	S: 0

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 20

TO/P - 03

¿CÓMO ADAPTAN SU ALIMENTACIÓN LOS PACIENTES CON ACALASIA ESOFÁGICA?

Bressan, T(1); Correa, N(1); Garat, MF(1); Casagrande, L(1); Doweck, J(1); Schenone, L(1); Améndola, R(1); Giordano Romano, A(1); González, A(1); Penna, F(1); Antelo, M(1); Corti, RE(1)
(1)Hospital de ¨Gastroenterologia Bonorino Udaondo. Argentina.

Introducción. La acalasia esofágica (AE) es un trastorno motor primario del esófago que consiste en aperistalsis del cuerpo y relajación incompleta o ausente del E.E.I. La disfagia de tipo mixto es el síntoma predominante, que los pacientes toleran durante varios meses e incluso años antes del diagnóstico. Objetivo. Evaluar el status nutricional, características de la ingesta de las diferentes adaptaciones y estrategias utilizadas en forma empírica para mejorar sus síntomas. Material y métodos. Estudio prospectivo, transversal, descriptivo, no randomizado. En el período comprendido entre Marzo 2007 y Diciembre 2009 se estudiaron 32 pacientes con diagnóstico radiológico, endoscópico y manométrico de AE. Los datos nutricionales fueron evaluados mediante entrevista donde se constató estado nutricional (masa corporal total al inicio del interrogatorio), riesgo nutricional y factores alimentarios que incluyeron percepción del paciente a su propia ingesta, fraccionamiento, tiempo relativo en realizar una comida, utilización de maniobras y posturas y alimentos beneficiosos para reducir la disfagia y tolerancia a los alimentos. Para el análisis estadístico se utilizaron los software VCCSTAT o.12 2002 para la prueba de hipótesis se usaron pruebas t de Gosset y Mann Whithney. Resultados. De los 32 pacientes, 7 presentaron desnutrición (21,8%), que en 4 fue más severa. El 100% de los pacientes presentó pérdida de peso, en 23 (71,8%) fue grave. El 100% de los pacientes utilizó bebidas y maniobras posturales para mejorar los síntomas. Sólo 8 pacientes (25 %) suplementaron la dieta. La dieta demostró ser subóptima en el 100% de los casos. La baja tolerancia existió para todas las consistencias. Conclusiones. En ésta muestra predominó el estado nutricional normal con riesgo elevado por pérdida ponderal grave. La dieta fue subóptima en todos los pacientes; se observó alto grado de intolerancia para todas las consistencias, siendo mayor para sólidos y menor para líquidos y jugos. Todos los pacientes utilizaron alguna estrategia, especialmente maniobras posturales para mejorar su disfagia.

TO/P - 07

GASTRITIS NODULAR: IMAGEN ENDOSCÓPICA DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI

Trakal, JJ(1); Barril, S(1); Trakal, E(1); Zárate, F(1); Butti, A(1); Guidi, A(1)
(1)Clínica Universitaria Privada Reina Fabiola. Argentina.

Introducción. Se ha observado en la endoscopia de pacientes con HP un patrón mucoso con un aspecto de piel de ganso o empedrado, que se denomina gastritis nodular. Objetivo. Determinar la relación entre el aspecto nodular endoscópico del estómago y la presencia del Helicobacter pylori en el estudio histopatológico, en nuestros pacientes sometidos a videoendoscopia diagnóstica alta, en la ciudad de Córdoba. Material y métodos. Estudio retrospectivo, observacional de pacientes consecutivos entre Agosto de 2004 y Junio de 2006. Fueron sometidos a endoscopia, por diversos síntomas relacionados con patología digestiva del tracto superior 1207 pacientes utilizando la clasificación endoscópica de gastritis de Sydney System. Resultados. Se estudiaron un total de 1207 (n=1207) pacientes, de los cuales 440/1207 (36.45%) eran hombres y 767/1207 (63.55%) eran mujeres. La edad promedio global fue de 46.32 años. De los pacientes, 851/1207 (70.51%) fueron positivos para HP (prevalencia en nuestro medio 70.51%). Presentaron GN 204/1207 (16.90%) pacientes; del total de pacientes que presentaban GN 172/204 (84.31%) fueron positivos para HP. La sensibilidad (S) de la GN para la detección del HP fue del 20.2%±2.6% para IC 95%, la especificidad (E) fue del 91%±3.4% para IC 95%, el valor predictivo positivo (VPP) de 84.3%±5.6% para IC 95%, el valor predictivo negativo (VPN) de 32.3%±2.8% para IC 95%. Conclusión. La visión endoscópica del aspecto nodular del estómago es de alta especificidad para la detección del Helicobacter pylori.

TO/P - 08

HALLAZGOS ENDOSCOPICOS E HISTOLOGICOS EN BIOPSIAS GASTRICAS: RELACION CON HELICOBACTER PYLORI

SAA, EC(1); Pinasco, R(1); Donatelli, ME(1); Regnasco, SJ(1); Nardi, G(1); Torrico, O(1); Jaroslavsky, MJ(2); Puzzo, MA(2); Carassai, MB(2)
(1)Unidad de Gastroenterologia H.G.A.Dr. I.Pirovano (2)División Patología H.G.A.Dr. I.Pirovano. Argentina.

Introducción. La infección por Helicobacter Pylori (HP) resulta un evento frecuente en el mundo. Dado que es un factor de morbilidad importante, se vuelve preciso reconocer sus particularidades epidemiológicas en nuestra población, para optimizar la atención y la utilización de los recursos. Objetivo. Describir los hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes sometidos a endoscopia y la presencia de HP. Método. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, en pacientes a los que se les indicó una endoscopia alta, durante el período marzo de 2009 - marzo de 2010. Se evaluaron los reportes endoscópicos e histopatológicos, tabulándose y analizándose los datos obtenidos. La muestra quedó constituida por 117 pacientes, en edades comprendidas entre 11 y 80 años de edad, con media de 50,81 años. Se estableció la presencia de Helicobacter Pylori en el estudio histopatológico con técnica de Giemsa sobre biopsia antral. Resultados. Hombres: 37,60% (n = 44); mujeres: 62,40% (n = 73). El 82,05% (n=96) tenía indicación de endoscopia por síntomas dispépticos; el resto (17,95%; n=21) tenía otras indicaciones. De la muestra, el 82,05 % presentó lesión gástrica endoscópica (41 % con lesión erosiva) mientras que en el 17,95% el estómago presentaba un aspecto endoscópico normal. La prevalencia global de infección por HP fue de 44,55% (n =52). No hubo diferencia significativa en cuanto a la prevalencia según la distribución por sexo. El análisis histológico mostró gastritis en 68,37%, gastropatía en 13,67%, y ausencia de lesión histológica en 16,23%. La prevalencia de lesión histológica en pacientes con endoscopia normal fue de 57,14%, mientras que la prevalencia de infección por HP en estómagos endoscópicamente normales fue de 23,80%. En pacientes con histología normal no se hallaron casos positivos para HP. Conclusiones. El hecho de que en un porcentaje significativo de pacientes con una endoscopia normal se encuentre lesión histológica y se halle Helicobacter Pylori apoya la necesidad de realizar biopsia antral a todo paciente sometido a endoscopia digestiva alta, evitando la pérdida de oportunidad diagnóstica y sus consecuencias médicas y legales.

TO/P - 09

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON RABEPRAZOL 20MG EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ÁCIDO PÉPTICA

Kivelevitch, G(1); Costantini, A(1); Garcia, A(1); Assefi, A(1)
(1)Laboratorios Phoenix. Argentina.

Introducción. La Enfermedad Ácido Péptica (EAP) es una entidad que incluye trastornos de la mucosa del esófago, estómago y duodeno que involucran al ácido y la pepsina en su patogénesis. Rabeprazol es un inhibidor de la bomba de protones (IBP) con características diferenciales frente a otros IBP: su efecto por el que aumenta la secreción de mucina, y su metabolismo principal por vía no enzimática que disminuye potenciales interacciónes. Objetivo. Evaluación de eficacia y seguridad de rabeprazol 20mg durante 8 semanas para tratamiento y alivio sintomático de la EAP. Materiales y Métodos. Se incluyeron pacientes de 21 a 60 años de edad de ambos sexos con manifestaciones clínicas de gastritis o EAP durante 1 a 2 semanas, o con antecedentes de hematemesis o melena.Para evaluar la eficacia se determinó la intensidad de los síntomas (Epigastralgia, Pirosis, Regurgitación ácida, Dolor epigástrico, Dispepsia, Nauseas y Vómitos) en el día 0, a las 4 y 8 semanas. Para evaluar la significación estadística de la remisión los síntomas, se aplicaron las pruebas de comparaciones de variables repetidas de Friedman y la prueba de W de Kendall. Se contrastaron las distribuciones de intensidades de cada síntoma, aplicando un Test de homogeneidad marginal. Se evaluó la significación estadística de la remisión de cada síntoma. Para determinar la asociación entre respuesta y otras variables como edad, sexo, hábitos de consumo de tabaco, café o AINEs se aplicaron las medidas de asociación en cruzamiento de variables Estadístico d de Somers y Estadístico de Kendall tau-c. Resultados. Ingresaron al estudio 1316 pacientes, mayores de 21 años y menores de 60 años (Edad promedio 50,2 años). La proporción de fumadores y ex fumadores era de 61,1%. Los principales diagnósticos de ingreso fueron gastritis (61,7%), reflujo gastroesofágico (33,6%) y esofagitis (20,4%). La proporción de pacientes que recibía medicación concomitante para tratar la EAP fue de 29,1% al inicio a 19,1% al final. La eficacia del tratamiento se evaluó según remisión completa de síntomas: epigastralgia 85,8%, pirosis 87,5%, regurgitación ácida 87,9%, dispepsia 84,8%, dolor epigástrico 90,9%, vómitos 99,3% y náuseas 100% (P<0,001). El resultado no se afectó por género, edad y consumo de AINEs. El café afectó levemente la mejoría de epigastralgia o dolor epigástrico y el fumar redujo la tasa de remisión de dolor epigástrico. Se registraron eventos adversos (EA) en 25 pacientes (1,8%). Fueron mayormente leves (1,4%) y moderados (0,4%). Todos los EA moderados fueron no relacionados a la medicación del estudio. No se reportaron eventos adversos graves ni serios. Conclusiones. Rabeprazol es una opción eficaz y bien tolerada para tratar la EAP. Brinda una alternativa frente a otros IBP, con la ventaja de presentar un perfil de eficacia muy consistente y menor potencial de interacciones medicamentosas.

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 21

TO/P - 10

ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS: AUTOMEDICACIÓN Y EFECTOS ADVERSOS

Loza, MA(1); Quadrini, NA(1); Cappelletti, C(1); Crerar, S(1); Pernas, V(1); Rillo, O(1)
(1)Enrique Tornú. Argentina.

Introducción. La alta prevalencia de trastornos dolorosos y el libre acceso a los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) serían motivos de su uso frecuente, en muchos casos sin indicación médica y sin prevención adecuada de efectos secundarios graves. Objetivos. Determinar en nuestra población la prevalencia de consumo de AINEs, su asociación con trastornos gastrointestinales y la frecuencia de automedicación. Material y método. Se seleccionaron al azar y en forma independiente del motivo de consulta pacientes que concurrieron al consultorio de gastroenterología de un hospital público desde el 17 de febrero hasta el 15 de mayo de 2010. A los fines del estudio se incluyeron pacientes que refirieron consumir algún tipo de AINE al momento de la consulta o hasta una semana previa a la misma. En éstos se investigó la intervención médica en la indicación del antiinflamatorio, la existencia de trastornos digestivos luego de la ingesta y el uso de medicación para evitar esos trastornos o prevenir efectos adversos graves . Resultados. Se registraron 342 pacientes, 250 mujeres, 92 varones con promedio de edad de 55 años. Ciento sesenta y cuatro pacientes (48%) con edad promedio de 58 años refirieron consumir en forma habitual por lo menos un AINE al momento de la consulta, más de la mitad sin prescripción médica. Los fármacos más utilizados en forma individual o combinada fueron ibuprofeno, aspirina y diclofenac. El 24% de los pacientes que consumían AINEs recibían además antiácidos, bloqueantes H2 o un inhibidor de la bomba de protones. Los trastornos digestivos más frecuentes fueron: epigastralgia, acidez y molestias retroesternales. Se registraron 4 pacientes con antecedentes de sangrado digestivo, todos mayores de 60 años y que no recibían prevención de lesiones gastrointestinales por AINEs. Conclusiones. En nuestro estudio casi la mitad de la población encuestada consumía algún tipo de AINE de ellos más de la mitad como automedicación y por períodos prolongados. Estos datos confirman la amplia difusión del consumo de antiinflamatorios y de la automedicación. Más del 50% de la población estudiada residía en un gran centro urbano con facilidades relativas para el tratamiento de las patologías relacionadas con el dolor y la inflamación, situación que no evita la automedicación. Aunque los trastornos digestivos son frecuentes al consumir AINEs la mayoría de los pacientes no recibía tratamiento específico. Los antecedentes de sangrado digestivo se encontraron en personas de mayor edad que no recibían ningún tipo de prevención. El consumo de AINEs en la población que concurre a un consultorio de gastroenterología es frecuente independientemente del motivo de consulta. Más de la mitad de los pacientes lo hace sin prescripción médica y presenta trastornos digestivos relacionados con la medicación.

TO/P - 11

GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA: INDICACIONES Y COMPLICACIONES

De Maria, JC(1, 2); Alach, JE(3); Crispiani, R(3); Santos, C(3); Promenzio, E(3)
(1)Hospital Italiano de La Plata (2)Servicio de Gastroenterologia y Endoscopia Digestiva (3)Hospital Italiano de La Plata. Argentina.

Introducción. La gastrostomía endoscópica percutánea es un método rápido y seguro de acceso a la alimentación en pacientes de alto riesgo para ser sometidos a una gastrostomía abierta y que requieran de nutrición enteral prolongada con el fin de lograr un adecuado soporte nutricional. Objetivos. Evaluar en forma restrospectiva la tolerancia al uso de la gastrostomía endoscópica percutánea (peg), medir las complicaciones inmediatas y tardías y evaluar el estado nutricional de los pacientes. Materiales y metodos. Se confeccionó un formulario con datos personales, enfermedad de base, enfermedad actual, laboratorio, complicaciones inmediatas y tardías. Se implementó soporte nutricional domiciliario. El seguimiento se llevó a cabo a través de visitas periódicas para evaluación clínica y nutricional. Resultados. En el periódo de mayo de 2007 a abril de 2010, sobre un total de 9.271 endoscopías altas y bajas y un subtotal de endoscopías altas de 3663, se evaluaron 64 (0.69%-1.74%) pacientes adultos, 24 hombres y 31 mujeres, con una edad promedio de 70,8 años, con un rango de 19 a 95 años. Por su diagnóstico se clasificaron en neurológicos 44, demencia 11 y otros 9. Por egs se clasificaron en a 2, b 44 y c 13. el tiempo promedio de colocación del peg fue de 30 minutos. El material utilizado fue peg de 21 y 24 frech de la marca Wilson Cook. En total 51 pacientes continuaron con terapia nutricional domiciliaria. Las complicaciones mecánicas del acceso fueron salida accidental del peg y recambio, y en un paciente se colocó un botón y hubo que removerlo por migración. Las complicaciones inmediatas y tardías no requirieron internación, siendo la infección del sitio y la salida del peg las más frecuentes. Cuatro pacientes sufrieron infección del ostoma de la gastrostomía, siendo tratados con atb en forma ambulatoria. Conclusiones. El soporte nutricional con gastrostomía endoscópica percutánea es una técnica segura. La colocación de la peg presentó baja incidencia de complicaciones.

TO/P - 17

ENFERMEDAD CELÍACA: CO-MORBILIDADES AUTOINMUNES ASOCIADAS EN UNA IMPORTANTE SERIE PEDIÁTRICA

Kohn, IJ(1, 2, 3); Marchisone, S(3); Riga, C(1); Furnes, RA(2); Zanotti, N(4)
(1)Hospital de Niños de Córdoba- Servicio de Gastroenterología y Hepatología (2)Hospital Privado de Córdoba- Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (3)Hospital Infantil Municipal- Servicio de Gastroenterología (4)Hospital de Niños de Córdoba- Laboratorio de Inmunología. Argentina.

Introducción. La enfermedad celíaca (EC) es considerada una enfermedad de etiología autoinmune (E-AI) que puede asociarse a un gran número de otras patologías autoinmunes (P-AI). Objetivo. Determinar la prevalencia de otras P-AI en nuestros pacientes (Pc) con EC. Pacientes y métodos. Revisión retrospectiva de historias clínicas de Pc con diagnóstico de EC vistos en 3 Servicios de GE pediátrica de Córdoba para identificar los Pc con EC y otras P-AI asociadas. Resultados. Se obtuvieron los datos de 1107 Pc, 676 (61%) de SF. En 156 Pc (14,1%) (95 de SF = 60,9%) se registraron 191 P-AI asociadas; 29 Pc tuvieron más de 1 P-AI asociada (hasta 4). La edad pdio de los Pc fue de 5a11m (r: 8m a 25a). Se detalla a continuación la prevalencia de las diferentes P-AI: Patologías AI asociadas: Diabetes ID (DBT-ID) 86 = 7,8%; Tiroiditis AI (T-AI) 30 = 2,7%; Hepatitis AI (HAI) 17 = 1,5%; Colangitis 5 (2c/HAI) = 0,45%; Cirrosis criptogénica 1; Vitiligo 10 = 0,9%; Psoriasis 7 = 0,6%; Alopecia areata 3; Pénfigo foliáceo 1; Dermatitis herpetiforme 1; Pioderma gangrenoso 1; Dermatitis liquenoide 1; Stevens-Johnson 2; Schonlein Henoch 2; Colitis ulcerativa 6 = 0,5%; Gastritis eosinofilica 1; Sindr. Nefrótico 1; GMNefritis mesangial 1; SUH frustro 1; Miocardiopatía dilatada 1; Sindr. de Sjogren 2; Displasia gonadal 1; Artritis reumatoidea 5 = 0,45%; Anemia hemolítica AI 3; Púrpura trombocitop AI 2. Conclusión. El 14,1% de nuestros Pc con EC tuvieron otras P-AI asociadas, siendo la DBT-ID, T-AI y HAI las más frecuentes. No hubo diferencia significativa en la prevalencia total de P-AI asociadas en relación al sexo. Estas co-morbilidades afectan a diversos órganos y sistemas, lo cual pone de manifiesto las complejas interelaciones propias de la EC. En este contexto la EC debería ser considerada una patología multisistémica, con las consiguientes implicancias para su diagnóstico y seguimiento. Debería también plantearse la necesidad de investigación de EC en todo niño con patología AI.

TO/P - 18

CELIAQUIA ENFERMEDADES ASOCIADAS Y CONCOMITANTES

Cueto Rua, E; Guzman, L; Bernedo, V; Zubiri, C; Borobia, P; Hidalgo, MdP; Miculan, S; Ben, R; Balcarce, N; Nanfito, G

Introducción. La Celiaquía es la intolerancia alimentaría genética más frecuente de la especie humana. Las enfermedades asociadas suelen preceder a la EC, aunque también pueden manifestarse simultáneamente e incluso después de ella. Estos pacientes son consideradas grupos de riesgo ya que su asociación se produce con una frecuencia superior a la poblacion general. Objetivos. Realizar un estudio descriptivo de enfermedades asociadas a enfermedad celíaca de los niños que consultaron en nuestro servicio en los últimos ocho años. Material y métodos. Fueron evaluados todas las biopsias duodenales realizadas en nuestro servicio desde Enero de 2003 a marzo de 2010, se seleccionaron aquellos que tuvieron diagnostico de enfermedad celiaca y padecían otra enfermedad. Resultados. Se realizaron 823 biopsias de duodeno en pacientes con diagnostico probable de celiaquia en un periodo de 8 años. De estos se confirmo celiaquia en 543 pacientes (65%). El 10,12% (55 pacientes) de ellos fueron derivados por presentar enfermedades asociadas. Entre estas se pueden destacar: 15 ptes con Sme. de Down (SD): 11 con SD ; 1 con SD+DBT; 2 con SD+Hipotiroidismo; 2 con SD+DBT+ Hipotiroidismo. 8 ptes con Hipotiroidismo, 2 ARJ, 10 DBT , 9 pacientes con diagnostico de deficit de IgA, otros (Tabla 1). Conclusión. La celíaquia en niños al igual que en adultos se asocia con una alta frecuencia a otras enfermedades, dentro de estas podemos destacar: S.de Down, Hipotiroidismo, Diabetes, Deficit de IgA. Conocer estas asociaciones nos ayuda hacer un diagnostico temprano de celiaquia y mejorar el manejo de la enfermedad de base.

Tabla 1. Características generales de los pacientes

Enfermedades asociadas	n
Artritis Reumatoidea Juvenil	1
ARJ - Psoriasis	1
Deficit de Inmunoglobulina A	9
Alopesia	2
Diabetes	7
Diabetes - Down	1
Diabetes – Down - Hipotiridismo	2
Down	11
Down - Hipotiroidismo	2
Enfermedad de Diwring	4
Hipotiroidismo	4
Fibrosis Quistica	1
Hepatitis Autoinmune	1
Purpura Trombocitopenica Idiopatica	1
Esclerodermia	1
Turner - Hipotiroidismo	1
Vitiligo	3
Leucoencefalopatia	1
Ataxia Telangiectacia	1
Albinismo	1
Atopi- Asma	1
Ano Anterior	1
Atresia de esofago	1
Disgenesia gonadal	1
Enf. Gaucher	1
Poliquistosis	1
Talasemia	1

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 22

TO/P - 25

TENDENCIA AL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO EN SUJETOS QUE PRESENTAN PREDOMINIO DE MICROORGANISMOS INTESTINALES CONSUMIDORES DE HIDRÓGENO

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

Introducción. En un determinado grupo de pacientes estudiados mediante test del hidrógeno en aire espirado con lactulosa (LBT), se observa una escasa a nula detección del hidrógeno espirado a lo largo de todo el estudio. A estos sujetos se los considera como no productores de hidrógeno (H2), o mejor aun como portadores de bacterias consumidoras de hidrógeno. Este tipo de microorganismos corresponden a las arqueas que son ávidas de hidrógeno para producir metano. Objetivo. Estimar la prevalencia de pacientes funcionales digestivos en los que predominan la flora intestinal no productora de hidrógeno. Comparar la tendencia catártica entre sujetos productores y consumidores de hidrógeno. Sujetos y método. Fueron incluidos 110 sujetos (105 mujeres) a los que se les efectuó LBT y que presentaban cambios evacuatorios: constipación, diarrea o alternancia. En todos los sujetos las muestras de aire alveolar fueron analizadas mediante un equipo comercial (12I plus Quintron Instrument, Milwaukee, WI). Se administraron 10 gramos de lactulosa en ayunas por boca. Las muestras de aire fueron obtenidas cada 20 minutos por un período de tres horas. Incrementos menores a 5 ppm a lo largo de todo el estudio fue considerado como representativo de una respuesta no productora de H2. Para la obtención de los resultados se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, predominio de constipación, diarrea o alternancia. Los resultados fueron analizados mediante test de chi cuadrado. Resultados. 15 pacientes (13,6%) tuvieron resultados compatibles con el predominio de microorganismos intestinales consumidores de hidrógeno. La edad y sexo predominante en sujetos productores de H2 fue de 49 años ± 15 y el 70% correspondió al sexo femenino. En cambio en los consumidores de H2 la edad fue de 59±19 años y en el 100% fueron mujeres. En los consumidores de H2, 9/15(60%) referían ser estreñidas. En cambio los productores de H2 solo 36/95(38%) referían ser estreñidos (P< 0,05). Conclusiones. Los sujetos con predominio de flora consumidora de H2 representa en nuestra casuística un 13,6% de los sujetos estudiados mediante LBT, y en ellos predomina el sexo femenino y el estreñimiento crónico.

TO/P - 30

PREVALENCIA DE CAMBIOS SINTOMÁTICOS DIGESTIVOS TRAS UNA COLONOSCOPIA

Novillo, A(1); Peralta, D(1); Moore, R(1); Besasso, H(1); Soifer, L(1)
(1)Cemic. Argentina.

Introducción. Es frecuente que los pacientes comenten que después de una colonoscopia, notan mejoría de sus síntomas digestivos habituales; en cambio, otros pacientes cuentan que sus síntomas se iniciaron o intensificaron después de realizarse dicho estudio. Objetivo. Estimar la prevalencia de pacientes que refieren cambios sintomáticos después de realizarse una endoscopia digestiva baja. Material y métodos. Estudio prospectivo, observacional y descriptivo. Se incluyeron datos de 111 pacientes ambulatorios que se realizaron video colonoscopia en un centro de endoscopia hospitalario. Confeccionaron un cuestionario sintomático previo al estudio. Se realizó un seguimiento dentro de los siguientes 15 días post estudio, donde se solicitó a los pacientes, que teniendo en cuenta el cuestionario previo a la endoscopia, refirieran si se sentían igual, mejor o peor que antes de realizarse la colonoscopia. Resultados: El 30,8% de los pacientes refirieron cambios sintomáticos posteriores al procedimiento. El 26,6% manifestaron mejoría sintomática y el 4,2% empeoró después del estudio. El subgrupo de pacientes con score sintomático mayor a 20 tuvo mejoría en el 44% de los casos. Conclusiones. Prácticamente 1 de cada 3 pacientes modificará sus síntomas digestivos dentro de los 15 días posteriores al procedimiento. La mejoría sintomática es más frecuente que la aparición o el empeoramiento de síntomas. Se requieren mayor número de pacientes para interpretar cuales son las variables que puedan originar estos cambios.

TO/P - 33

ENFERMEDAD CELÍACA Y COLITIS ULCERATIVA. OTRA ASOCIACIÓN A INVESTIGAR?

Kohn, IJ(1, 2); Marchisone, S(3); Nuñez, MH(1)
(1)Hospital de Niños de Córdoba - Servicio de GE y Hepatología (2)Hospital Privado de Córdoba - Servicio de GE Pediátrica (3)Hospital Infantil Municipal - Córdoba - Servicio de Gastroenterología. Argentina.

Introducción. Si bien se han publicado casos aislados de pacientes (Pc) con la asociación de enfermedad celíaca (EC) y colitis ulcerativa (CU), estos no han sido reportados en nuestro medio en Pc pediátricos. Objetivos. Evaluar la prevalencia de la asociación de EC y CU en una serie de Pc pediátricos con diagnóstico (Dg) de EC, así como el modo de presentación clínica y la evolución. Pacientes y métodos. Se analizó la presencia de esta asociación en una base de datos de Pc con Dg de EC vistos en 3 Servicios de GE pediátrica de Córdoba entre 1973 y 2009. Sólo fueron incluídos aquellos Pc que tuvieron ambos Dg comprobados por estudios endoscópicos y anatomo-patológicos. Se evaluaron tambien la edad de los Pc al momento del Dg, el sexo, las características clínicas de su patología, y su evolución. Resultados. Entre 1105 Pc con Dg de EC, 675 de ellos de SF (61,1%), fueron identificados 5 con esta asociación (0,45%), 3 de ellos de SF (60%). La edad promedio al Dg de EC fue de 8a (r = 6,5m a 17a2m), y la de Dg de CU de 9a (r = 6,5m a 17a2m). En 3 Pc el comienzo y el Dg de ambas patologías fueron simultáneos, y en 2 sucesivos (los síntomas y el Dg de EC precedieron a los de CU en 3a3m y 4a4m respectivamente). En 3 Pc el Dg de CU se hizo luego de presentar proctorragia, y en 2 por estudios realizados ante la pobre respuesta a dieta libre de gluten (DLG). 4 de los Pc tuvieron otras patologías asociadas (1 DBT-ID, HAI y litiasis vesicular, 1 colangitis esclerosante y púrpura trombocitopénica idiopática, y los otros 2 aumento de transaminasas y de GGT, con barro biliar en 1 y microlitiasis vesicular en otro (ambos con estudios imagenológicos que no mostraban dilatación de la vía biliar). 3 Pc murieron, 2 de ellos por abandono del tto y 1 por falta de respuesta al mismo. De 3 Pc en quienes se contó con los antecedentes hereditarios, todos tenían antecedentes fliares de patología autoinmune (AI). Conclusiones. En nuestros Pc con EC la prevalencia de CU fue de 0,45% (casi 10 veces la reportada en población pediátrica general), y estos pacientes tuvieron otras patologías AI asociadas con predominio de compromiso hepático, con mala evolución clínica y alta mortalidad (60%). Se debe pensar e investigar CU en pacientes con EC que presentan sangre en sus heces o que no responden al tratamiento usual (DLG).

TO/P - 35

TECNICA DE BIOFEEDBACK BASADA EN EL APRENDIZAJE OPERATIVO

Lopez Gaston, A(1); Lopez De Luise, G(2)
(1)Hospital Militar Central (2)Hospital B Rivadavia. Argentina.

Introducción. La disfunción de piso pelviano funcional rectoanal es frecuente en los pacientes con constipación. Se sospecha por semiología y se confirma por electromiografía, videodefecografía y/o manometría rectoanal que permiten identificar la contracción paradojal del puborectalis. Puede comenzar a cualquier edad, y las causas más frecuentes son el mal aprendizaje, el stress psico-físico y la violencia sexual. El único tratamiento es el re-aprendizaje. El método habitual pasa por el uso de aparatología con indicadores de señales visuales y auditivas. Se basa en un aprendizaje de tipo condicionado. Con el respaldo en las neurociencias nosotros utilizamos desde 1992 un método basado en el aprendizaje operativo de mecanismo diferente al anterior y que utiliza solamente una sonda con un balón. La clave es el mecanismo de aprendizaje y memoria. Objetivos. Muestra consecutiva, describir la nueva técnica y sus resultados en una población contracción paradojal. Material y métodos. Diseño: experimental, prospectivo, descriptivo, de comparación, de correlación. Estadística: descriptiva, Intervalos de confianza 95%, ANOVA, "ji" cuadrado, correlación lineal, prueba de Hipótesis para una proporción con referencia histórica. α de significación =<0.05. Población muestral: 73 pacientes. Media edad 53.08 años, SD 17.73. 56 mujeres y 17 hombres. Metodología: Rectosigmoideoscopía (eventual VCC y defecografía), Rx de colon, manometría 4 canales.Introducido el balón a volúmenes de sensación evacuatoria los pasos fundamentales fueron: a) pasividad del paciente, b) enseñar estado del ano (contraído, reposo, relajado) para fijación de la imagen mental, c) extracción progresiva del balón, d) instrucciones del uso de músculos adecuados, f) utilización de sólo musculatura anal. Enseñanza de expulsión con movimientos de contracción y relajación del orificio anal, manteniendo la respiración activa. Ejercicios caseros dos veces al día de contracción, reposo y relajación. Dos sesiones semanales. Resultados. No diferencias en edades por sexo (p=0.28).Tiempo de evolución 1 a 47 años sin diferencias por sexo.Stress 73.6%, Violencia 12.3%, no determinable 15.1%. Deposiciones promedio 1 vez cada 8.28 días. Leve diferencia por sexos. Máximo 35 días. Síntomas de disfunción en 94.5% Promedio de sesiones 3.5 (52 % 3 o menos) Resultados buenos o MB 80.8%, regulares 16.4%, sin resultados en 2.7%. No correlación entre resultados, edad y tiempo de evolución. Conclusiones. Prueba de Hipótesis según bibliografía éxitos del 0.20. p= 0.029 por lo que concluímos que el método de aprendizaje operativo es, al menos, tan bueno como el instrumental. Las diferencias serían doctrinarias y más acordes con los principios neurocientíficos de aprendizaje y memoria. Las ventajas económicas permitirían el procedimiento en cualquier medio aún sin recursos.

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 23

TO/P - 39

DIAGNOSTICO DE COLEDOCOLITIASIS POR COLANGIOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA Y SU RELACIÓN CON LA CLINICA EL LABORATORIO Y LA ECOGRAFIA

Ruiz, EG(1); Sanchez, CM(1); Martin, M(1); Higa, MA; Camps, DH; Bertola, SdC
(1)Hospital Privado de Cordoba.

Introducción. La colangiografia retrograda endoscópica (CPRE) es de elección en pacientes con coledocolitiasis, sin embargo es costosa y no se encuentra exenta de complicaciones. Numerosos estudios han logrado encontrar factores predictivos que incluyen la clínica, el laboratorio y las imágenes. Sin embargo aun en ausencia de estos factores muchos estudios resultan positivos. Objetivo. Describir y analizar usando el hallazgo de coledocolitiasis por CPRE como variable primaria de resultado, su relación con parámetros clínicos, laboratoriales y ecográficos. Material y métodos. Estudio observacional, transversal, descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron CPRE realizadas entre enero 2003 y mayo 2009 (n=535). Se analizaron 166 pacientes de 230 con coledocolitiasis por CPRE cumpliendo con los criterios de inclusión. Se consulto la base de datos del servicio de gastroenterología tomando como criterios de búsqueda colangiografias con hallazgo de litiasis coledociana, de la misma se obtuvo la indicación del procedimiento, además se realizo la búsqueda sistemática de datos laboratoriales y ecográficos asentados en las historias clínicas electrónicas. Las variables fueron: indicación del estudio (pancreatitis, colangitis, alteración del laboratorio, imagen radiológica anormal, síndrome coledociano), parámetros laboratoriales (GOT, GPT, GGT, FAL, BIL T-D-I, PCR), y hallazgos ecográficos (coledocolitiasis, dilatación coledociana, colelitiasis). Los datos fueron analizados mediante Excel y software estadístico SPSS v17. Resultados, De 166 pacientes con hallazgo de litiasis coledociana la edad promedio fue de 52 años, (DS±18); la razón por sexo fue de 1.3 mujeres por cada varón; las indicaciones para el estudio fueron: alteración laboratorial (34%), síndrome coledociano (29%), imagen radiológica anormal (20%), pancreatitis (12%), colangitis (5%). La visualización del colédoco por ecografia se logro en 82.5% (137), siendo el grupo mas prevalente aquel que corresponde a diámetros entre 7 y 11 mm. (52.5%). La ausencia de colelitiasis en presencia de coledocolitiasis por eco abdominal (66%), se relaciona con un porcentaje mayor de colédoco dilatado. Se encontraron valores promedio mayores de GPT que GOT y claro patron colestasico (GGT, FAL), y el hallazgo de ictericia clínica fue un factor común a todos los pacientes con coledocolitiasis. Conclusión, En nuestra serie el 42% de todas las colangiografias realizadas, demostraron litiasis coledociana, siendo ligeramente superior en el sexo femenino. La ausencia de litiasis vesicular y la dilatación de vía biliar superior a 7 mm se relaciona con una colangiografia positiva, lo mismo que la elevación de los parámetros laboratoriales sobre todo con patron colestasico, e ictericia clínica. Aparentemente los factores clínicos ecográficos y laboratoriales tienen mejores resultados combinados. El uso de criterios de selección podría reducir el número de exámenes innecesarios y sus complicaciones.

TO/P - 45

REALIDAD EPIDEMIOLÓGICA Y ETIOLÓGICA DE LA PANCREATITIS AGUDA EN HOSPITAL GENERAL POLIVALENTE

Martín, M(1); Sanchez Vera, CM(1); Ruiz, EG(1); Higa, MA(1); Camps, DH(2); Bertola, SdC(1)
(1)Hospital Privado de Córdoba (2)Hospital Privado.

Introducción. La pancreatitis aguda (PA) es una causa frecuente de internación en la población general, definida como la presencia de dolor abdominal y elevación de las enzimas lipasa y/o amilasa, por lo menos 3 veces el su valor normal. La incidencia anual va de 4.9 a 35/100.000 habitantes. La mortalidad global es de alrededor del 10%. La evaluación pronóstica al ingreso de puede realizar con los score validados de APACHE II y de Ranson. Según su etiología, el 35 a 40% de los casos es de causa biliar, entre el 30-35% de causa alcohólica, hasta un 15% PA idiopática, y el resto causas menos comunes (post traumática, autoinmune, etc). Faltan datos epidemiológicos y etiológicos sobre la PA en nuestro medio. Objetivo. Reconocer la epidemiología y la etiología de la Pancreatitis Aguda en un hospital general polivalente. Material y métodos. Estudio epidemiológico retrospectivo. Se utilizó la base de datos electrónica del hospital, y se buscó en las epicrisis todos los pacientes que desde el día 01/07/2005 al 31/12/2009 hayan sido internados por PA (diagnóstico primario) o hayan desarrollado la enfermedad en una internación por otra causa (diagnóstico secundario). Se buscaron los términos "pancreatitis aguda" y "PA". Luego se revisaron las historias clínicas electrónicas (HCE) de los pacientes que reunían los criterios mencionados, y se eliminaron aquellos pacientes menores de 15 años. De la HCE se tomaron los siguientes datos: edad, días de internación, requerimiento de cuidados intensivos (UTI), recuento de leucocitos, ALAT, LDH y glucemia al ingreso, etiología de la PA y mortalidad. Se calculó el score de Ranson al ingreso en todos los pacientes. Se obtuvieron luego las estadísticas que se detallan a continuación. Resultados. Durante el periodo mencionado, se registraron 110 episodios de PA correspondientes a 103 pacientes (55,44% varones). La edad media era de 55,28 años (16-88): 49,34 años para las mujeres y 60,04 en los hombres. La media de días de internación fue de 6,8. El 14,55% de los pacientes necesitaron internación en UTI. Al ingreso el 4,46% de los pacientes tenían un score de Ranson de 3 o más. Etiologicamente, de los 110 episodios, el 63,63% fue de causa biliar, el 26,36% idiopáticos, el 5,45% posterior a colangiografía retrógrada y el 1,81% PA postraumática. Las otras causas fueron: 1 caso de causa alcohólica, otro por cáncer de páncreas, y otro por hipercalcemia. 6 pacientes (3 hombres y 3 mujeres) fallecieron durante las internaciones. Conclusión. En el hospital en estudio la pancreatitis aguda es una enfermedad que afecta a todos als edades y ambos sexos por igual. La media de días de internación fue de aproximadamente 1 semana, no requiriendo habitualmente de UTI. A diferencia de lo que ocurre en la mayoría de los reportes epidemiológicos, la PA alcohólica es rara, y la mayoría de los pacientes tiene PA de causa biliar o idiopática. La gran mayoría de los pacientes (95,54%) tienen episodios leves (Ranson 0-2). La mortalidad es menor al 6%.

TO/P - 51

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS E INDICACIONES DE ENDOSCOPÍA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES VIH POSITIVO: ¿HAN CAMBIADO EN LA ERA DE TERAPIA CON ANTIRETROVIRALES ALTAMENTE ACTIVOS?

Illescas, A(1); Chaar, E(1); Perissé, E(1); Fernández, D(1); Etchart, C; di Risio, C(1)
(1)Hospital General de Agudos “José María Penna”.

Objetivo. Determinar la prevalencia de enfermedades oportunistas y las indicaciones de los pacientes VIH positivos a quienes se les realizó una endoscopía digestiva alta del 1 de abril de 2009 al 30 de abril de 2010; y evaluar si han cambiado luego de la era de terapia con antirretrovirales altamente activos. Métodos. Estudio descriptivo de corte transversal en el que se evaluaron en sala de endoscopía de la unidad de gastroenterología del Hospital General de Agudos "José María Penna" a 36 pacientes adultos VIH + a quienes se les realizaron 38 endoscopías digestivas superiores, de ambos sexos, derivados por la unidad de enfermedades infecciosas y por el hepatólogo del mismo hospital, del Hospital Muñiz y de la penitenciaria. Se evaluó si estaban en terapia antirretroviral, el último recuento de células CD 4 y la indicación de la endoscopía. Se tomaron biopsias de lesiones ulcerosas y de mucosa duodenal con apariencia macroscópica patológica y normal en los pacientes con anemia y diarrea crónica; se realizó cepillado de acúmulos blanquecinos en esófago, para determinar la prevalencia de enfermedades oportunistas. Resultados. La edad media de los pacientes fue 40.9 años. Solo 47 % de los pacientes evaluados estaban en terapia antirretroviral. La prevalencia de enfermedades oportunistas en los pacientes con CD 4 < 200 células/µL fue 14% de los pacientes evaluados (Tabla 1). Un paciente con una úlcera esofágica por Citomegalovirus y otro paciente con candidiasis esofágica. Un conteo de CD 4 > 200 células/µL presenta un valor predictivo positivo para ausencia de enfermedades oportunistas del 100% en los pacientes evaluados endoscópicamente. En relación al segundo objetivo del estudio, podemos decir que la indicación más frecuente para realizar una endoscopía digestiva alta fue para evaluar signos endoscópicos de hipertensión portal en pacientes coinfectados con virus de Hepatitis C, que correspondió al 23% de los estudios. Conclusiones. Comparando los hallazgos de un estudio realizado en el mismo servicio por la Dra. di Risio 10 años antes, podemos decir que ha disminuido la incidencia de enfermedades oportunistas; y que la diarrea crónica fue reemplazada por la evaluación de signos endoscópicos de hipertensión portal como la indicación más frecuente de endoscopía digestiva alta en estos pacientes.

Tabla 1. Prevalencia de Enfermedades Oportunistas según el Recuento de CD 4

Recuento de células CD 4	Enfermedades Oportunistas	
	Si	No
< 200 cel/µL	2	12
> 200 cel/µL	0	10

TO/P - 52

IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DISFAGIA. EVOLUCIÓN DE LA PRIMERA SERIE DE PACIENTES

Crivelli, A(1); Baistrocchi, A(1); Ferrari, G(1); Campos, MdC(2); Guibelalde, C(2); Albina, M(2); Viola, M(1); de Barrio, S(1); Caniggia, ME(1); La Motta, G(1); Sliwinski, L(1); Maffei, E(1); Gómez, JC(1)
(1)Unidad de Soporte Nutricional y Enfermedades Malabsortivas. Hospital San Martín. La Plata (2)Unidad de Fonoaudiología. Hospital San Martín. La Plata. Argentina.

Introducción. La disfagia orofaríngea (DOF) tiene alta morbilidad, mortalidad y costos y sus consecuencias son severas: deshidratación, desnutrición, aspiración, neumonía y muerte. Su identificación apropiada y caracterización pueden ayudar a identificar la causa subyacente y a proveer un óptimo tratamiento. Siendo una entidad que requiere el abordaje desde varias disciplinas se creó en nuestro hospital un protocolo de evaluación y tratamiento que permitiera mejorar incidencia de complicaciones y la calidad de vida de los pacientes (ptes). Objetivo. presentar los resultados de la primera serie de ptes incorporados al protocolo DISFAGIA. Material y Métodos. Estudio retrospectivo-descriptivo de los ptes incorporados desde enero de 2008 a marzo de 2009. Los puntos principales del protocolo incluyen la evaluación clínica y radiológica de la deglución por videofluoroscopía (VDG) para determinar una vía segura de alimentación, el diseño de tres tipos de dieta modificadas para cubrir los requerimientos de macro-micronutrientes y líquidos y evaluación nutricional mediante evaluación global subjetiva (EGS). Si la vía oral era considerada segura se evaluaba la textura y consistencia de los alimentos y líquidos y la respuesta a maniobras compensatorias; si la evaluación contraindicaba la vía oral o el estado del paciente impedía su evaluación instrumental se iniciaba nutrición enteral (NE) por sonda. Los ptes fueron monitoreados a intervalos regulares para re-evaluar su condición, iniciar la rehabilitación de la deglución y cambiar el tipo de dieta hasta el alta. Resultados. Se evaluaron 52 ptes (65.4% varones), edad media 52.9 ±años.
Las patologías que motivaron la DOF fueron: neurológicas 57.8%, postraumáticas 13.4%, neoplásicas 13.4%, postinfecciosas 5.8% y otras 9.6%. La VDG identificó a 32 ptes (61.5%) con ingesta oral insegura en quienes se indicó NE (G1) y 20 ptes (38.5%) con alteraciones que requirieron dieta oral modificada (G2). La EGS detectó un 11.5% de ptes bien nutridos, 77% con desnutrición moderada o en riesgo de desnutrición y 11.5% con malnutrición severa. La evolución al alta de ambos grupos se observa en la tabla 1. No se observó diferencia estadísticamente significativa en la evolución de ambos grupos. Ningún paciente presentó complicaciones debido a la DOF ni a la vía seleccionada para su alimentación. Conclusiones. La implementación del protocolo DISFAGIA permitió: 1) la adecuada identificación de pacientes con contraindicación de alimentación por vía oral o requerimiento de dieta oral modificada, 2) recuperación de la ingesta oral exclusiva en el 75% de los ptes que requirieron NE al inicio, 3) recuperación en la consistencia de la dieta en el 90% de los que iniciaron tratamiento con dieta oral modificada. Ninguno de los pacientes incorporados al protocolo presentó complicaciones derivadas de la DOF ni de su vía de alimentación.

Tabla 1. Evolución al alta

Grupo	Mejoría	Permanencia de NE	Óbito
G1	24 (75%)	3 (9.4%)	5 (15.6%)
G2	18 (90%)	1 (5%)	1 (5%)

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 24

TO/P - 57

EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON PEG-INTERFERÓN - RIBAVIRINA EN HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS C EN LA PRÁCTICA DIARIA EN ARGENTINA

Ridruejo, E(1); Adrover, R(2); Cocozzella, D(2); Fernández, N(3); Reggiardo, MV(4)
(1)Seccion Hepatología, Departamento de Medicina. Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno "CEMIC", Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2)Centro de Hepatología. La Plata. Pcia. de Buenos Aires. (3)Hospital Británico. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (4)Hospital Provincial del Centenario/Sanatorio Americano. Rosario. Pcia. de Santa Fe. Argentina.

Introducción. Los estudios randomizados y controlados muestran que el tratamiento de la hepatitis crónica por virus C con PEG-Interferón (PEGIFN) - Ribavirina (RBV) se asocia con una tasa de respuesta virológica sostenida (RVS) del 42-52% para el genotipo 1 (G1) y 76-82% para genotipos 2-3 (G2-G3). Su efectividad en la práctica diaria en Europa y América del Norte parece ser similar. Asimismo, se han identificado factores que se relacionan con la falta de RVS, tales como el G1, la carga viral (CV) basal alta, la edad, el estadío avanzado de fibrosis, y la obesidad. Objetivo. Los objetivos de este estudio fueron 1- evaluar los resultados obtenidos con el tratamiento de la hepatitis crónica por virus C con PEGIFN RBV y 2- analizar los factores asociados con la RVS, en una población tratada en la práctica clínica en centros hepatológicos de Argentina. Materiales y métodos. Se analizaron retrospectivamente los datos obtenidos de pacientes con hepatitis crónica C tratados por los autores con PEGIFN alfa 2 a ó b - RBV entre 2001 y 2008 en 4 centros de Argentina. Se incluyeron pacientes mayores de 18 a; independientemente del genotipo, CV basal, nivel de transaminasas y estadío de fibrosis (F). Se excluyeron pacientes tratados dentro de protocolos de investigación, aquellos con hepatopatía descompensada, coinfección HIV y/o HBV, otras hepatopatías asociadas o en hemodiálisis. Se utilizó el test de regresión logística para el análisis univariado y multivariado de los factores predictivos de RVS. Un valor de p<0.05 se consideró estadísticamente significativo. Resultados. Se incluyeron 235 p, 135 hombres (57.4%), edad media 48.2a (DS 12.5) y peso medio 73.52 kg (DS 13.90). 203 p (86.3%) no habían recibido tratamiento previo, 55 (27.7%) tenían F3-F4, 139 (59.1%) G1 y 90 (40.1%) CV basal baja (<600.000 UI/ml). Completaron el tratamiento 190 p (80.8%), 18 p (7.6%) lo suspendieron por presentar eventos adversos y 3 (1.2%) lo abandonaron. 24 p (10.2%) G1 suspendieron el tratamiento por falta de respuesta virológica temprana y fueron considerados no respondedores. La RVS fue de 60.8% (143 p), 51.8% (72 p) en G1, 80.3% (41 p) en G2, en G3 69% (29 p) y 33.3% (1 p) en G4. La ausencia de tratamiento previo vs retratamiento (OR 4.18)(p <0.001) y la CV viral baja vs CV alta (OR 2.66)(p 0.001) se asociaron con RVS; el G1 vs G no1 (OR 0.37)(p 0.001), F3-4 vs F0-2 (OR 0.24)(p <0.001), la ALT elevada vs normal (OR 0.06)(p 0.007) y el peso >85kg vs <85kg (OR 0.42)(p 0.011) se asociaron con falta de RVS. En el análisis multivariado la ausencia de tratamiento previo (OR 2.98)(p 0.031) y la CV basal baja (OR 2.62)(p 0.006) se asociaron con RVS, mientras que los estadíos F3-F4 (OR 0.26)(p 0.001) y la ALT elevada (OR 0.08)(p 0.023) se asociaron con falta de RVS. Conclusión. Los resultados obtenidos muestran que la tasa de RVS y los predictores de RVS en nuestra población "de la vida real" son similares a los obtenidos en los estudios randomizados y controlados.

TO/P - 58

IMPACTO DE LOS EFECTOS ADVERSOS Y LA ADHERENCIA EN LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON PEG-INTERFERÓN MAS RIBAVIRINA EN HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS C EN LA PRÁCTICA DIARIA EN ARGENTINA

Ridruejo, E(1); Adrover, R(2); Cocozzella, D(2); Fernández, N(3); Reggiardo, MV(4)
(1)Sección Hepatología, Departamento de Medicina. Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno "CEMIC". Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2)Centro de Hepatología. La Plata. Pcia. de Buenos Aires. (3)Hospital Británico. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (4)Hospital Provincial del Centenario/Sanatorio Americano. Rosario. Pcia. de Santa Fe. Argentina.

Introducción. En estudios randomizados y controlados que evaluaron el tratamiento de la hepatitis crónica C con PEG-Interferón (PEGIFN) - Ribavirina (RBV), se observó que el desarrollo de eventos adversos (EA) motivó la suspensión del tratamiento en 10 a 14% de los pacientes y la reducción de dosis en el 34 al 68% de los casos. Asimismo, se ha establecido que la adherencia al tratamiento tiene un fuerte impacto en la eficacia terapéutica..Objetivo. Evaluar el impacto de los EA y la adherencia al tratamiento sobre la respuesta virológica sostenida (RVS) en pacientes con hepatitis crónica C tratados con PEGIFN – RBV en la práctica clínica en centros hepatológicos de la Argentina. Materiales y métodos. Se analizaron retrospectivamente los datos obtenidos de pacientes con hepatitis crónica C tratados por los autores con PEGIFN alfa 2a ó b - RBV entre 2001 y 2008 en 4 centros de Argentina. Se incluyeron pacientes mayores de 18 a; independientemente del genotipo, CV basal, nivel de transaminasas y estadío de fibrosis (F). Se excluyeron pacientes tratados dentro de protocolos de investigación, aquellos con hepatopatía descompensada, coinfección HIV y/o HBV, otras hepatopatías asociadas o en hemodiálisis. EA evaluados: síntomas generales seudogripales, neutropenia (<1000/mm3), plaquetopenia (<75000/mm3), anemia (Hb <10 g/dl), trastornos tiroideos y trastornos psiquiátricos (ansiedad, insomnio, depresión, intento de suicidio). Se evaluó el impacto de la modificación de dosis del tratamiento sobre la RVS. Se utilizó el test de regresión logística para el análisis de los factores predictivos de RVS. Un valor de p<0.05 se consideró estadísticamente significativo. Resultados. Se incluyeron 235 p, 135 hombres (57.4%) edad media de 48.2 a (DS 12.5), 27.7% F3-F4. La RVS fue de 60.8%. 220 p (93.6%) presentaron algún EA: 65 p (27.6%) neutropenia, 36 p (15.3%) plaquetopenia, 91 p (38.7%) anemia, 218 p (92.7%) síntomas generales, 24 p (10.2%) trastornos tiroideos y 149 p (63.4%) trastornos psiquiátricos. 190 p (80.8%) completaron el tratamiento. En 18 p (7.6%) la suspensión del tratamiento se debió al desarrollo de EA: 5 por neutropenia, 6 por plaquetopenia, 3 por ideación suicida, 1 por reacción cutánea generalizada, 2 por síntomas generales intolerables y 1 por anemia. Cumplieron con el 80% del tratamiento 190 p (80.8%), RVS 73.3%. El 80% de las dosis de PEGIFN se aplicó en 184 p (78.3%) RVS 74%, y se cumplió con el 80% de las dosis de RBV en 176 p (74.8%) RVS 74%. La adherencia al tratamiento se asoció significativamente con la RVS: 80% del tratamiento OR 27.9 (p <0.001), 80% de PEGIFN OR 17.8 (p <0.001), y 80% de RBV OR 10 (p <0.001). Conclusión. Los EA "de la vida real" son similares a los obtenidos en los estudios randomizados y controlados Los resultados obtenidos muestran una alta adherencia al tratamiento en nuestra población, mayor a la observada en estudios controlados y confirman el impacto de la misma sobre la RVS.

TO/P - 63

EL INCREMENTO DE LA PERMEABILIDAD INTESTINAL EN LA CIRROSIS HEPÁTICA ESTÁ ASOCIADO CON LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD Y MAYOR MORTALIDAD

Hwang, HJ(1); Smecuol, E(1); Vázquéz, H(1); Abecasis, R(1); Barreyro, F(1); Sugai, E(1); Mauriño, E(1); Park, K(2); Meddings, J(2); Terg, R(1); Bai, JC(1)
(1)Carlos Bonorino Udaondo (2)Universidad de Edmonton; Alberta.

Introducción. La cirrosis hepática está asociada a una elevada tasa de morbilidad y mortalidad. Algunos estudios han demostrado permeabilidad intestinal (PI) elevada en esta población. Sin embargo, no ha sido aclarado si dichos cambios son causa, consecuencia ó simplemente una alteración fisiopatológica de la enfermedad. Por otro lado, no hay información disponible sobre la relación entre las alteraciones de la PI y la sobrevida a largo plazo. Objetivos. 1- Determinar la PI en pacientes con cirrosis hepática y su relación con el grado de severidad en una evaluación transversal. 2- Estimar la relación entre la PI y el riesgo de mortalidad y sus causas en un análisis longitudinal prospectivo a largo plazo. Materiales y métodos. Se enrolaron prospectivamente una cohorte de 63 pacientes con cirrosis hepática (44 hombres, edad media: 55 años, rango: 18-75 años). La severidad de la enfermedad hepática fue evaluada de acuerdo a la clasificación de Child-Pugh. Se excluyeron los casos con deterioro de la función renal, enfermedades asociadas, consumo reciente de bebidas alcohólicas e ingesta de drogas que pudieran producir alteración de la PI. Al ingreso se evaluó la PI mediante la prueba de lactulosa (Lac) y manitol (Man). La excreción urinaria de estos azúcares fue determinada por cromatografía de alta presión (HPLC). Se realizó un registro prospectivo de las variables y eventos clínicos y se analizó la mortalidad de esta población y sus causas durante un período de dos años después de haber iniciado el estudio. La sobrevida fue evaluada usando las curvas de Kaplan-Meier y se estimó la relación de Hazard (HR) y 95% intervalo de confianza (IC) cruda y ajustada a través del modelo de riesgos proporcionales de Cox para variables predictoras. Resultados. Los pacientes presentaron un incremento de la relación Lac/Man (media± EEM): 0.031 ± 0.03 (valor normal: <0.025). Veintitrés de los 63 pacientes cirróticos (36.5 %) tuvieron una relación Lac/Man por encima del valor de corte. La PI fue significativamente mayor en pacientes con Child C (n=10) (0.054±0.01) comparado con casos Child A (n=21) (0.022±0.002) y Child B (n=32) (0.031±0.006) (p<0.03). La mediana del tiempo de seguimiento fue 16 meses (rango 1 a 24 meses) y se encontró una asociación significativa entre la PI anormal y una mayor mortalidad (HR: 3.26; 95% IC 1.03-10.37; p<0.03). Las causas de mortalidad asociadas con la PI anormal fueron la encefalopatía hepática (p<0.01) y peritonitis bacteriana espontánea (p<0.01). El análisis de regresión multivariable también mostró que el sexo masculino, la etiología autoinmune, la encefalopatía, el sindrome hepatorrenal y la PI anormal son predictores independientes de mortalidad. Conclusiones. Las alteraciones de la PI constituyen un hallazgo frecuente en los pacientes cirróticos. La misma se asocia con la severidad de la enfermedad hepática y, de acuerdo al presente estudio longitudinal, podría predecir una mayor mortalidad en esta población.

TO/P - 64

CARACTERISTICAS CLINICO EPIDEMIOLOGICAS DE LA CIRROSIS BILIAR PRIMARIA EN UNA UNIDAD DE HEPATOLOGIA

Puente, MdC(1); Barbero, R(1); Bologna, A(1); Apraiz, M(1); Belloni, R(1); Velázquez, MJ(1); Jmelnitzky, A(1)
(1)HIGA San Martín Plata. Argentina.

Introducción. La Cirrosis Biliar Primaria (CBP) es una patología de características autoinmunes de evolución lenta y progresiva. Dado que estos pacientes en sus fases terminales padecen las complicaciones derivadas de la cirrosis y la Hipertensión Portal (HTP), resulta de suma importancia su conocimiento en profundidad con el objetivo de diagnosticar precozmente la enfermedad, tratar sus complicaciones y en los casos indicados referirlos oportunamente a un Centro de Trasplante. Objetivos. Determinar las características epidemiológicas, presentación clínica, comorbilidades relacionadas, patrón inmunológico, grado de injuria al momento de la biopsia hepática, evolución clínica y tratamiento de los pacientes con CBP y compararlos con los datos expresados en otras publicaciones. Material y métodos. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de CBP(n=65) en el período 1988-2010. Se registraron los datos correspondientes a epidemiología, manifestaciones clínicas, enfermedades asociadas, patrón serológico, resultado histopatológico de la biopsia hepática, evolución y tratamiento. Resultados. El análisis de los datos mostró 65 pacientes en un período de 23 años, promedio año de 4.38 casos. Promedio general de edad de 49.97 años (rango 28-76), con predominancia femenina en 56 casos (86.15%) vs. 9 masculinos (13.84%) y relación mujer-hombre de 7.2-1.1. La distribución geográfica mostró 31 pacientes (50%) del interior de la Provincia de Bs. As. o áreas de influencia rural, 23 (37%) en Ciudad de La Plata y 8 (12.9%) Conurbano. 32 pacientes (49.2%) presentaron astenia como manifestación clínica principal, elevación de Fosfatasa Alcalina en 22(33.8%) y prurito en 17(26.1%). Como patologías asociadas,enfermedad reumatológica y autoinmune en 22 (33.9%), enfermedad metabólica en 16 (24.6%), antecedentes quirúrgicos en 36 (55.4%) y digestivos en 16 (24.6%) .El perfil inmunológico mostró positividad de los AMA en el 96.4% (54/56) con título de dilución predominante de 1:500 en un 57.4% (31/54). Positividad de ANA en 44.6% (25/56) y dilución predominante de 1:100 en el 64% (16/25); en los ASMA la positividad fue del 14.2% (8/56) y el título más frecuente de 1:160 en el 50% (4/8). Se biopsiaron 41 pacientes, encontrándose que el estadío histológico más frecuente fue el Estadío II en 14 (37.8%); la segunda PBH realizada en 11 pacientes mostró al Estadío III en 4 pacientes (36.6%) como el hallazgo de mayor prevalencia. De los 65 pacientes, 29 (38.4%) permanecieron sin manifestaciones de HTP o Cirrosis, 19(29.1%) expresaron manifestaciones de HTP o Cirrosis al diagnóstico y 21 pacientes (32.2%) presentaron manifestaciones de HTP o evolución a la cirrosis en el seguimiento. Conclusiones. De acuerdo a la bibliografía revisada y los resultados de esta serie, se concluye que las características clínico epidemiológicas de los pacientes con CBP estudiados, son similares a las de los pacientes presentadas en otras series.

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 25

TO/P - 70

ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA CONSULTA HEPATOLOGICA

Belloni, R(1); Barbero, R(1); Velazquez, MJ(1); Apraiz, M(1); Yantorno, M(1); Correa, G(1); Chavero, P(1); Jmelnitzky, A(1)
(1)HIGA San Martin La Plata. Argentina.

Objetivos. Definir los motivos de consulta más frecunetes. Definir los diagnósticos más prevalente. Definir las características epidemiológicas. Definir si las necesidades de nuestros pacientes están cubiertas. Introducción. Desde que el hepatograma es parte básica de la evaluación de los pacientes en la práctica clínica, la consulta por las alteraciones del mismo es muy frecuente. Por lo tanto el diagnostico y la evaluación, de los pacientes en un servicio de hepatología, es fundamental para el correcto manejo de las mismas. Material y método. Se recolectaron los datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes atendidos por primera vez, en forma retrospectiva durante todo el año 2008.Estudio de tipo no experimental, descriptivo. Para la medición de las variables se utilizaran medidas de tendencia central. Resultados. Se estudiaron por primera vez en nuestra unidad 357 pacientes. El motivo de consulta mas frecuente fue la alteración del hepatograma (23,9%), seguido por la serología viral positiva (HCV o HVB). La alteración mas frecuente del hepatograma fue la hipertransaminasemia crónica (23,9%). El diagnóstico mas frecuente fue la cirrosis y dentro de estas la cirrosis alcohólica, llegando a ser el 10,9% de todos los diagnósticos realizados, la infección crónica por HCV fue el segundo diagnostico en frecuencia con el 9,5% seguidos por la enfermedad hepática grasa, la hepatitis aguda B y la enfermedad hepática por alcohol no cirrótica.De los pacientes con cirrosis el motivo de descompensación mas frecuente fue el Síndrome Ascitico Edematoso y las complicaciones del mismo (PBE). Solamente se evaluaron 4 pacientes para THO. Conclusiones. En nuestro medio se destaca la alta prevalencia de las hepatopatias alcohólicas donde se incluyen la cirrosis y la hepatitis alcohólica. La enfermad hepática grasa es la tercera causa de enfermedad hepática en nuestro medio, y en los países desarrollados es la segundo y hasta la primera causa de hepatopatia, marcando diferencias epidemiológicas con respecto a la incidencia y prevalencia de la obesidad y sus complicaciones.Observamos una alta incidencia de hepatitis aguda B, sabiendo que existe una vacuna, mostrando un déficit en la prevención. El diagnostico tan alto de paciente con cirrosis de distinta etiología marcan un retraso en el diagnostico oportuno. Fueron evaluados para THO 4 pacientes. La hepatopatia alcohólica es el diagnostico mas frecuente, en nuestro hospital no contamos con consultorio de manejo de las adicciones.La hepatitis crónica por HCV es la segunda etiología de hepatitis crónica, no contamos con un laboratorio de biología molecular para la evaluación y respuesta al tratamiento.Las complicaciones de la cirrosis necesita evaluación y transplante hepático y no contamos con un contacto fluido con los centros de derivación.

TO/P - 71

PROBIOTICO BIOFLORA EN LA PREVENCION DE LA PERITONITIS AGUDA EXPERIMENTAL,EN RATAS

Laudanno, OM(1); Cesolari, JA(1); Rocaspana, A(1); Godoy, A(1); Sambrano, S; Bedini, OA; San Miguel, P(1)
(1)Hospital Centenario. Facultad de Medicina..Rosario.UNR. Argentina.

Objetivo. Estudiar el efecto antiinflamatorio del probiótico Bioflora (Bio) en peritonitis aguda inducida por Carragenina (Ca). Material y métodos. Grupos aleatorios de ratas hembras Wistar (n=7 c/grupo),200g,en ayunas 24 hs agua adlibitun,se realizaron: I.Fisiol. 1.5 ml OG,se espero 3 y 24 hs.II. Ca. 1,5ml 1% IP (Testigo).III. Bio.2ml OG (1.6 x 10 6 bacterias vivas) 60 min. luego Ca. Todas las ratas fueron sacrificadas con sobredosis de éter, a las 3 y 24 hs en c/grupo, se realizó toracolaparotomia, punción cardíaca y sangre para neutrófilos (N) y monocitos (M),se midió el exudado peritoneal y se obtuvieron biopsias de peritoneo para MPO (cuantificación de N),Se calculó la t Student y el ANOVA. Resultados. En sangre se halló: I.Fisiol. 3 hs: N 850 +-130,M.180+-70.II.Ca.3 hs.N 3160+-710,M.1150+-230.Ca.24 hs.N.2160+-210,M.480+-75.III.BioCa 3 hs:N2560+-310($p<0.01$),M.2240+-180(<0.01), 24 hs: N1650+-115(<0.01),M.990+-250(<0.01).Exudado P:I. 0ml.II. 3 hs 1.5-2 ml. N.25000+-1200.M.16.000+-900 (<0.01).III. 3 hs. 0.1-0.5ml.N 11.000+-700 (0.01).M.16000+-900(0.01).MPO(U/100g proteina):I. 3 hs 45+-6;24 hs:33+-4.II. 3hs:470+-25,24 hs: 380+-35.III. 3hs: 140+-20(<0.01) y 24 hs:85+-8 (<0.01). Conclusiones. El Probiótico Bioflora mostró efecto antiinflamatorio en Peritonitis Aguda inducida por Carragenina, con disminución de neutrófilos y aumento de monocitos, tanto en en sangre como en el exudado peritoneal y en el infiltrado de neutrófilos en el peritoneo.

CC/PD - 01

TUMOR GASTRICO SUBSEROSO

Bosolino, A(1, 2); De la Torre, A(1, 3); Ratto, R(1, 4); Sanchotena, V(1, 3); Piñeiro, C(1); Marzano, C(1, 2)
(1)Sanatorio Municipal Dr. Julio A. Méndez (2)Unidad Gastroenterología (3)División Cirugía (4)Unidad Anatomía Patológica. Argentina.

Introducción. Los schwannomas del tracto gastrointestinal son lesiones poco frecuentes, generalmente benignas, incluídos en la clasificación de tumores mesenquimáticos (2 – 8%). Etiopatogenia desconocida, es el estómago la localización más común. Siguen en frecuencia colon, esófago y duodeno. Otras localizaciones: retroperitoneo, nervios olfatorio,óptico, piso de boca, nervio vestibular y mediano. Objetivo. Presentar un caso de schwannoma gástrico, su baja incidencia entre tumores mesenquimáticos (0.2% de tumores gástricos),y sus características inmunohistoquímicas que permiten diferenciarlo de GIST y leiomiomas. Caso clínico. Mujer ,64 años,.Examen físico: masa palpable hipocondrio izquierdo, indolora, móvil. Ecografía : masa hipoecoica , 6 cm, aspecto sólido, contorno liso, contenido homogéneo, TAC:masa sólida, 6 cm, contornos definidos, que no protruye en la luz gástrica, sin refuerzo con contraste IV. VEDA: Normal, sin imágenes de compresión extrínseca. Se decide cirugía miniinvasiva, con resección completa. Indemnidad de pared gástrica. Anatomía patológica: formación ovoide, 8,5 cms. lobulado,pardo-rosado. Al corte, homogéneo,consistencia elástica. Histológicamente: proliferación célular,patrón fusiforme,núcleos elongados,disposición en fascículos y formación de empalizada. Pleomorfismo nuclear, menos de 5 mitosis x 50 campos de gran aumento, focos hemorrágicos e infiltrados linfoides. Crecimiento expansivo,contacta muscular propia. Inmunohistoquímica: S100+, Vimentina+ y CD 99+ CD 117-, Desmina-, CD 34 positividad focal. Inmunofenotipo confirma diagnóstico. Evolución postoperatoria sin complicaciones. Comentario. La presentación del schwannoma es variable. La mayoría asintomáticos y su diagnóstico un hallazgo. Los síntomas se deben a complicaciones (sangrado,compresión,síntomas obstructivos, invaginación). Las imágenes brindan mayor información. En su mayoría son benignos y excepcionalmente presentan comportamiento maligno (Nª de mitosis, atipía nuclear, pleomorfismo nuclear y necrosis tumoral). El diagnóstico diferencial más importante es con GIST con diferenciación nerviosa incompleta (CD 117+ // S 100 negativos). Para el diagnóstico es imprescindible la inmunohistoquímica. Positivos para proteína S-100, marcador antigénico de vainas nerviosas periféricas, negativos para Actina Músculo Liso, Desmina y CD 117 (diferencia con GIST y tumores del músculo liso). Algunos presentan positividad focal para CD 34. Cirugía con erradicación completa es curativa, buen pronóstico. Conclusiones. Es un tumor de baja frecuencia (0,2% del total de tumores gástricos), Tamaño mayor que el habitual (promedio 6,4 cm.),criterio de benignidad, (bajo índice mitótico, sin atipía nuclear y necrosis tumoral), Localización subserosa, (más frecuente, submucosa). Inmunohistoquímica: positivo S-100 , Vimentina y CD 99; negativo Desmina y CD 117, Inmunohistoquímica permite diagnóstico diferencial con GIST, GANT y leiomiomas.

CC/PD - 02

LINFOMA GÁSTRICO. ¿TIENE ALGUN LUGAR LA CIRUGÍA EN EL 2010?

Kujta, N(1); de Dios Soler, M(1); Cabanne, A(1); Giordano Romano, A(1); Penna, F(1); Castro Rios, M(1); Fuerber, A; Cuenca, F(1); Ferro, D(1); Fernandez Marty, P(1); Kusminsky, G(2); Corti, RE(1)
(1)Hospital de Gastroenterología Dr. Bonorino Udaondo (2)Hospital Universitario Austral. Argentina.

Introducción. El tratamiento de los linfomas gástricos es controversial. Existe una amplia variedad de conductas terapéuticas que comprenden quimioterapia, anticuerpos monoclonales, radioterapia, cirugía y antibióticos. La cirugía ha perdido su posición al inicio del tratamiento, ya que la modalidad combinada de quimio y/o radioterapia ha obtenido resultados superiores a la primera. En ocasiones, para realizar el diagnóstico y en el manejo de complicaciones, como hemorragia y perforación, resulta de utilidad. La cirugía puede jugar un rol fundamental en las secuelas del tratamiento por quimio o radioterapia y en la persistencia de enfermedad. Presentamos 4 casos clínicos donde se pone en evidencia la utilidad de la cirugía como complemento del tratamiento médico. Casos clínicos. Caso 1: masc 71 años. Diag de Linfoma Difuso a Células B Grandes (LDCBG) Gástrico, estadio I, IPI bajo, lesión mamelonada que abarca cuerpo y antro, Ki67 >90%, LDH normal, B2 microglob alta, Realizó rituximab (R)-CHOP x 3, VEDA post 3er ciclo: techo y cuerpo sin lesión, antro mucosa irregular, congestiva, erosionada y ulcerada que compromete todas las caras. Píloro disminuido de calibre, infranqueable. Biopsias neg para linfoma. Paciente con sdme pilórico, se realiza gastrectomía total. Anatomía Patológica (AP) de pieza quirúrgica: sin evidencia de malignidad. PET a los 2 meses negativo. Caso 2: masc. 64 años. LDCBG gástrico. Estadio II1E, IPI intermedio alto, masa bulky, mucosa de aspecto mamelonada que compromete todas las caras a predominio de cara post. Ki67 60%. Realizó CHOP x 4, sin R. VEDA post 4er ciclo: cuerpo alto úlceras planas cubiertas con fibrina tenue. A 50 cm de ADS proceso proliferativo centro excavado de 8 cm. que disminuye el calibre del órgano, unión cuerpo antro rígido. Biopsias negativas para linfoma. Paciente evoluciona con sdme de retención gástrica. Se realiza gastrectomía total. AP de pieza operatoria sin evidencia de malignidad. Caso 3: masc., 34 años. Diagnóstico de LDCBG gástrico en noviembre de 2006, sin adenopatías patológicas en otras regiones. PMO negativa y LDH normal. Realizó R-CHOP x 6. Persistencia de lesiones gástricas con PET intensamente positivo. Rescate con ESHAP x 3 ciclos. persistiendo enfermedad gástrica. Se reconfirma histología. Se realiza gastrectomía total en octubre de 2007 y mantenimiento con R x 4 ciclos luego de la cirugía. Se mantiene en remisión completa con PET negativo. Caso 4: masc. 22 años Diag. LDCBG gástrico con gran masa gástrica, descenso de 15 kg, dolor abdominal intenso y desnutrición. Recibió en el año 2007 CHOP con R sin respuesta. Se realizan estadificación, gastrectomía total y mantenimiento con R. Se mantiene en RC con un PET negativo. Conclusiones. La cirugía continúa teniendo su rol en el diagnóstico, en las complicaciones, como la hemorragia y la perforación, en las secuelas post-tratamiento como la fibrosis y en la persistencia de enfermedad localizada, como queda demostrado en estos 4 casos.

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 26

CC/PD - 04

MELANOMA DEL CANAL ANAL

Laborda Molteni, J(1); Basile, M(1); Tonn, F(1); Lopez Fagalde, R(1); Aquilini, F(1); Arco, M(1); Sindich, L(1); Guagnini, M(1); Fiolo, E(1); Pastorino, M(1)
(1)Hospital Privado de Comunidad. Argentina.

Introducción. El melanoma primario del canal anal es una patología infrecuente, generalmente con un comportamiento muy agresivo. Caso clínico. Se presenta una paciente de sexo femenino de 92 años con antecedentes de adenocarcinoma de mama derecha con infiltración dérmica de pezón en tratamiento con tamoxifeno. Consultó a principios de este año por cuadro de mucorrea y proctorragia de tipo orificial, acompañado de proctalgia y tenesmo de 20 días de evolución. Al examen físico se observó una lesión elevada que protruía a través del canal anal, reductible, de color negruzco, de 3 cm aproximadamente. Una Video colonoscopía mostro dicha lesión elevada, en el canal anal, de 3 a 4cm de diámetro, de coloración oscura. La biopsia transanal informó fragmentos de un melanoma epitelioide melanótico mezclados con mucosa rectal edematosa. Laboratorio: hematocrito 35% y hemoglobina 11mg/dL. El examen físico no detectó otras lesiones cutáneas. Una TAC tóraco abdominal no mostro lesiones secundarias. Se realizó resección quirúrgica transanal de la lesión, con márgenes libres de neoplasia. Presentó evolución favorable post operatoria, con leve incontinencia rectal e irritación perianal. Comentario. El melanoma recto-anal representa menos del 1% de los tumores del canal anal y entre el 0,8-1,6% de los melanomas. Dado que es más frecuente la afección recto-anal secundaria a metástasis de una lesión primaria en piel, es necesaria inicialmente una adecuada búsqueda que descarte dicha lesión. El 60% de los pacientes suele tener metástasis al momento del diagnostico y el pronostico suele ser muy pobre. La presentación clínica incluye los síntomas locales como el sangrado, sensación de cuerpo extraño y el dolor. Numerosos estudios recomiendan la reseccion abdominoperineal (RAP) como tratamiento de elección. Aunque en determinados casos la reseccion local con preservación del esfínter + RT locorregional puede ser efectuada dado la mayor morbilidad asociada a la RAP. Conclusión. Se presenta la paciente dada la rareza de la patología. Teniendo en cuenta las características de nuestro paciente, se le ofreció resección local con el objetivo de lograr mejoría sintomática y actualmente se encuentra en evaluación para RT adyuvante.

CC/PD - 06

PRIMER CASO EN LA LITERATURA DE TUBERCULOSIS DUODENAL EN UNA PACIENTE CON ENFERMEDAD CELÍACA

Paz, S(1); Djivelekian, JS(1); Gutierréz, A(1); Fuente, P(1); Tirado, P(1); Ferro, D(1); Cabane, A(1); Mauriño, E(1)
(1)Hospital Bonorino Udaondo. Argentina.

Introducción. La tuberculosis intestinal es una patología infrecuente que en el 85-90% de los casos se localiza a nivel ileocecal. La tuberculosis duodenal es una rareza por lo que constituye un desafío diagnóstico, comprometiendo al duodeno por compresión extrínseca por adenopatías o afectación intrínseca del órgano en forma ulcerada, hipertrófica o ulcero-hipertrófica. Caso Clínico. Mujer de 43 años, argentina, con antecedentes de enfermedad celíaca de 13 años de evolución sin adherencia a la dieta libre de gluten, consultó por epigastralgia de 5 meses de evolución acompañada de vómitos postprandiales tardíos y pérdida del 20% del peso corporal total. Presentaba regular estado general, BMI de 18, dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio izquierdo con clapoteo gástrico. Laboratorio: anemia microcítica hipocrómica, VSG de 25mm, alb 2,4 gr/dl, attg 74. HIV negativo. VEDA que evidenciaba en 2ª y 3ª porción duodenal, disminución de pliegues y mucosa con patrón de mosaico y peinado; en sector distal de 3º porción, estenosis ulcerada e infranqueable. La biopsia reportó duodenitis crónica granulomatosa; Marsh 3A, sin microorganismos e inmunohistoquímica negativa. PPD negativa. Tránsito ID: estenosis de la 3ª porción duodenal con dilatación proximal. TAC tórax normal. TAC abdomen: en 3ª porción duodenal disminución del calibre en forma abrupta, con engrosamiento parietal difuso, trayecto luminal filiforme y adenopatías mesentéricas. Ante la sospecha de TBC duodenal y la imposibilidad de realizar tratamiento empírico por intolerancia oral, se decide realizar alimentación parenteral y laparoscopia exploradora. Se evidencian adenopatías de 2cm de diámetro a nivel del ángulo duodenoyeyunal. Se realiza gastroenteroanastomosis. AP: Enteritis y adenitis granulomatosa con necrosis caseosa. La paciente inicia alimentación via oral y tratamiento antituberculoso, evolucionando de forma favorable. Comentario. En conclusión, a pesar de su baja incidencia, la tuberculosis duodenal debería considerarse diagnóstico diferencial en pacientes jóvenes con estenosis duodenal, en especial en inmunocomprometidos y en áreas endémicas. En nuestro caso, la paciente padece enfermedad celíaca sin DLG por lo que la sospecha de una complicación de la misma (linfoma – adenocarcinoma) era el primer diagnóstico a descartar. Los motivos que nos llevaron a presentar este caso de tuberculosis duodenal fueron no sólo la infrecuente localización, requiriendo incluso la conducta quirúrgica para realizar el diagnóstico definitivo, sino también la asociación de la enfermedad celíaca con esta patología ya que no hemos encontrado en la literatura casos reportados de la coexistencia de ambas entidades.

CC/PD - 10

SINDROME DE OBSTRUCCION SINUSOIDAL ASOCIADO A LA INGESTA DE HERBALIFE

Jorge, O(1); Koll, L(1); Solanes, M(1); Ferre, M(1); Camus, G(1); Ponce, G(1); Toro, M(1); Isaguirre, J(1)
(1)Unidad de Hepatología. Servicio de Gastroenterología. Hospital Español de Mendoza. Argentina.

Introducción. El Síndrome de Obstrucción Sinusoidal se caracteriza por afectación de las células endoteliales hepáticas, produciéndose su despegamiento de la delicada matriz extracelular a la cual están sujetas, y la consiguiente denudación y obstrucción de los sinusoides hepáticos, generándose procesos inflamatorios e isquémicos, los que llevan a daño hepático. Dentro de las etiologías de este síndrome se encuentran fármacos como quimioterápicos, inmunosupresores, e hierbas medicinales (fundamentalmente aquellas que contienen alcaloides de la pirrozilidina). Presentamos un caso de Síndrome de Obstrucción Sinusoidal asociado al consumo de Herbalife, el cual es un compuesto medicinal formado por minerales, vitaminas e hierbas medicinales (Zea mays, Avena sativa, Plantago ovata, Matricaria chamomilla, Foeniculum vulgare, Hibiscus sabdariffa, Citrus sinensis, Petroselinum crispum, Mentha piperita, Carica papaya). Caso clínico. Paciente femenina, 35 años de edad, sin antecedentes patológicos, ni medicamentosos, ni tóxicos. El 11-7-2009 es intervenida de colecistectomía laparoscópica por litiasis vesicular. Al observarse hígado de aspecto congestivo se toman biopsias hepáticas intraoperatorias cuyo diagnóstico anatomopatológico fue de Sindrome de Obstrucción Sinusoidal. La paciente fue derivada a la Unidad de Hepatología del Servicio de Gastroenterología. En el interrogatorio refirió haber ingerido el producto Herbalife durante un periodo de aproximadamente 4 meses, a dosis de 50 g/día, antes de la cirugía para bajar de peso. Laboratorio: plaquetas 291000/mm3; actividad protrombinica 81%; AST 21 U/l; ALT 14 U/l; FAL 43 U/l; bilirrubina total 1,53 mg/dl; gGT 14 U/l; ANA, ASMA, AMA, LKM, ATG, ANCA y ASCA negativos; ferritina, cobre, ceruloplasmina, a1 antitripsina, ácidos biliares totales y HOMA normales; HAV IgM, HBsAg, Anti HBc y Anti HVC negativos. Ecodoppler hepático y angioresonancia magnética nuclear abdominal con diagnóstico de hipertensión portal, observándose vena cava inferior, venas suprahepáticas, vena porta y tributarias permeables. VEDA: no se observan várices esofágicas ni gastropatía portal. La paciente evolucionó favorablemente, disminuyendo los parámetros de hipertensión portal en el último ecodoppler realizado. Comentario. La hepatotoxicidad por hierbas medicinales es un fenómeno cada vez más reconocido. Herbalife ha sido asociado a cuadros de hepatotoxicidad con un patrón predominantemente hepatocelular, habiendo sido descriptos casos de Insuficiencia Hepática Aguda. En nuestra búsqueda de la literatura publicada encontramos un caso de Síndrome de Obstrucción Sinusoidal asociado al consumo de Herbalife. Conclusión. Creemos que la ingesta de Herbalife debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial del Síndrome de Obstrucción Sinusoidal.

CC/P - 04

METASTASIS GASTROINTESTINALES EN EL CANCER DE MAMA

Araya, MV(1); Correa, N(1); Curras, A(1); Cechin, G(1); Sidra, G(1); Gamarra, S(1); Gargano, M(1)
(1)Hospital Fernandez. Argentina.

Introducción. El cáncer de mama es el tumor mas frecuente en la mujer. Cuando se trata de carcinoma lobulillar puede metastatizar en tubo digestivo, peritoneo y retroperitoneo aun muchos años después de su diagnostico. Cuando presenta estas localizaciones puede simular múltiples patologías, haciendo su diagnostico dificultoso y retrasando el tratamiento. Objetivo. Presentación de patología poco frecuente, de interés en la práctica clínica. Caso clínico. Paciente de 66 años, con antecedentes de HTA, DLP, en control ginecológico por antecedente materno de ca de mama con mamografías y ecografias mamarias sin patología. Consulta por dolor en hemiabdomen superior intermitentes y vómitos aislados. Al examen físico buen estado general con abdomen blando, indoloro, con masa palpable en flanco derecho. Se realizan los siguientes estudios: Laboratorio con Hto 34 Hb 11 GB 3400 (fla normal), hepatograma y fal normal. CEA 53 (VN <3ng/ml) CA 19.9 112 (VN <37 U/ml). VEDA: normal. VCC: imagen hasta colon derecho, a ese nivel estenosis no franqueable cubierta con mucosa de aspecto finamente granular. Biopsias: cambios inflamatorios inespecíficos. Colon por enema: estenosis y disminución de la distensibilidad en colon ascendente con alteración del patrón mucoso. TID: sin alteraciones. TC de abdomen y pelvis con cte ev: leve ascitis, hepatomegalia moderada homogénea, resto sin alteraciones. Se realiza laparomia exploradora donde se observa carcinomatosis peritoneal con múltiples implantes metastasicos peritoneales y en epiplón y estenosis a nivel de colon ascendente y dos estenosis en intestino delgado. Se decide toma de biopsias y se drena líquido ascitico. Resultado: anatomía patológica y perfil inmunohistoquímico infiltración de peritoneo y epiplón por carcinoma lobulillar de origen mamario. Comentario. La metástasis del cáncer de mama en el peritoneo es rara. (8% según algunos reportes) El diagnóstico es dificultoso y puede pasar un intervalo de 4-5 años desde el reconocimiento del cancer de mama hasta la aparición de la metástasis. El correcto diagnóstico es importante ya que con tratamiento adecuado la sobrevida es de 24 a 36 meses.

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 27

CC/P - 05

COMPROMISO GASTROESOFÁGICO EN EPIDERMOLISIS AMPOLLAR DISTRÓFICA (EAD)

Filo, G(1); Costantini, S(1); Rubinson, R(1)
(1)Hospital de Agudos Dr Abel Zubizarreta. Argentina.

Introducción. La Epidermolisis ampollar (EA) es una enfemedad rara;frecuencia:1cada50.000 nacidos vivos.Las ampollas se forman ante traumas mínimos,la variedad Distrófica muestra lesiones cutáneomucosas que involucran el tubo digestivo. Objetivos. Presentar un caso EAD con manifestaciones gastroesofágicas; destacar precaución ante procedimientos invasivos, probable evolución a la malignidad de la misma. Caso clínico. paciente femenina;37años,diagnóstico EAD al nacer.Biopsia piel:despegamiento ampollar dermoepidérmico, PAS: membrana basal adherida al techo de la ampolla; dermis: fibrosis. Consulta: sensación de atascamiento alimentario para sólidos de larga data; epigastralgia; pirosis regurgitación esporádicas. Peso conservado. Catarsis diaria. FEDA/02: esófago: pequeña lesión en 1/3 superior mucosa despulida cubierta por fibrina.AP: fragmentos de epitelio esofágico sin corion. Examen: piel: cicatrices hipopigmentadas mal estado piezas dentales; pérdida de las uñas. Laboratorio: normal. SGD buen pasaje del medio de contraste esofagogástrico, con retraso en su eliminación. Imágenes suspendidas en cara posterior de cuerpo. Otro centro pide VEDA: esófago 1/3 inferior mucosa congestiva y erosiones agudas. Lago mucoso: restos alimentarios, cuerpoantro gástrico erosiones agudas dispersas. Empeora síntomas tras la VEDA. Mejoría parcial con omeprazol y proquinéticos. Solicitadas nueva SGD, videodeglución y cintigrafía. Comentario. La EA es una afección hereditaria crónica caracterizada por la formación de ampollas cutáneomucosas tras un traumatismo. En la for-ma distrófica hay secuelas cicatrizales.Compromete piel y uñas especialmente. Puede afectarse el tubo digestivo: boca, faringe, esófago, intestino delgado, colon, recto y ano. La lesión esofágica es la manifestación extracutánea más frecuente; puede darse hasta en el 50% de los casos, por inflamación reversible o por estenosis cicatrizal perma-nente. Las estricturas se ven en 1/3 superior esofágico en el 50%. Otras complicaciones esofágicas: hernia hiatal (por acortamiento), ERGE, esofagitis, trastornos motores: incoordinación o disminución del peristaltismo. La presencia de erosiones orales puede llegar a la microstomía cicatrizal. Lesiones erosivas intestinales dan pérdida crónica de proteínas,anemia, malabsorción. Se reportó disminución de la motilidad gastrointestinal. La constipación es frecuente, esporádicamente hay estricturas rectales ylesiones anales dolorosas. La afección dental es común, esporádicamente hay lesión vaginal, uretral, oftálmica. Como el traumatismo ocasiona aparición de lesiones ampollares, está contra-indicada la endoscopia, hay riesgo de hemorragia y de perforación. Tras años de evolución de la enfermedad muchos desarrollan carcinoma epidemoide de piel y con menor frecuencia de boca de esófago, por lo cual la endoscopía cuidadosa debería reservarse ante la duda diagnóstica. Algunos recomiendan la resección esofágica en estenosis recurrentes o sospecha de enfemerdad neoplásica agregada.

CC/P - 06

ADULTO JOVEN CON IMPACTACION DE ALIMENTOS

Miconi, D(1); Orsini, P(1); Girotti, C(1); Guzman, M(1)
(1)HIGA R Rossi. Argentina.

Caso clínico. Paciente de sexo masculino, 29 años, Motivo de consulta: sensación de impactación de alimentos. Enfermedad actual: Refiere disfagia a sólidos aguda, con sensación de impactación de alimento a nivel cervical y odinofagia de aparición aguda. Tiene antecedentes de más de 10 años de episodios esporádicos de disfagia alta, intermitente, a sólidos e intolerancia alimentaria en su infancia con diagnóstico de reflujo gastroesofágico a los 5 años de edad. VEDA: Se progresa hasta 24 cm de ADS en donde se observa disminución del calibre esofágico con mucosa conservada y de aspecto anillado que no permite el paso del endoscopio (biopsias). SEGD: disminución de la luz en tercio medio. La histologia muestra mucosa esofágica con acantosis, y densa afluencia leucocitaria eosinofílica con transmigración transmural (30 eosinófilos por CGA).Con diagnostico de EE se indica tratamiento con fluticasona 250 ug 4 veces/día , presentando evolución clínica favorable. Comentario. La EE es una enfermedad clínico patológica primaria del esófago caracterizada por síntomas esofágicos y/o del tracto GI superior asociados a hallazgos en la biopsia de la mucosa esofágica consistentes en >15 Eo intraepiteliales/CGA en 1 o > biopsias, la degranulacion de eosinofilos y ausencia de ERGE constatado por PHmetría normal o falta de respuesta al tratamiento con altas dosis de IBP. Afecta más frecuentemente a varones. No hay datos que avalen variabilidad geográfica ni predilección étnica o racial. Se sugiere agregación familia .En niños el rechazo e intolerancia alimentaria es un síntoma común de EE. Además vómitos, dolor abdominal, disfagia, impactación de alimentos, retraso en el crecimiento, dolor torácico y diarrea. En adultos los síntomas más frecuentes son disfagia intermitente e impactación de alimentos. Con menor frecuencia que en niños pueden presentar síntomas relacionados con ERGE así como dolor torácico y dolor abdominal. Tiende a ser una enfermedad crónica con síntomas persistentes o recurrentes. Los hallazgos endoscópicos son: Surcos verticales de aspecto lineal de la mucosa esofágica, exudados, manchas blancas, nódulos , granularidad, anillos circulares transitorios o fijos, felinización , mucosa en "papel crepé", estenosis proximales, medias o distalesy mucosa de aspecto normal.Se deben tomar biopsias de esófago, estómago y duodeno para realizar diagnóstico diferencial (gastroenteritis eosinofilica y EII), En pacientes con disfagia debe realizarse un estudio contrastado del tracto gastrointestinal superior para identificar la presencia de estenosis, su calibre y extensión. Su tratamiento es supresión ácida, dilatación esofágica, corticosteroides, antagonistas del receptor leucotrieno y estabilizadores de mastocitos asi como tratamiento dietético.

CC/P - 12

MESENTERITIS RETRÁCTIL COMO CAUSA DE SUBOCLUSIÓN Y ESTENOSIS MÚLTIPLE DE INTESTINO DELGADO

Ruiz, EG; Sanchez, CM; Martin, M; Higa, MA; Camps, DH; Bertola, SdC

Introducción. La mesenteritis retráctil es un proceso infrecuente de tipo inflamatorio y fibrótico, primario e idiopático, que afecta al mesenterio, caracterizado por una lesión pseudotumoral formada por componente variable de fibrosis, inflamación crónica y necrosis grasa que puede afectar la luz (obstrucción intestinal) y los vasos intestinales por un efecto de masa. Afecta más a varones (2:1) entre la 5ta y 7ma décadas. Se clasifica como lipodistrofia (necrosis grasa), paniculitis (inflamación crónica), y esclerosis mesentérica (fibrosis) según el componente predominante. Caso clínico. Mujer de 57 años de edad con diagnóstico de enfermedad celiaca (EC) tratada con dieta libre de gluten mas azatioprina 50 mg día. Consulta por dolor en hemiabdomen superior, diarrea crónica intermitente, vómitos alimenticios y pérdida de peso (10 kg. en un año). Laboratorios: TSH 5.7, coprocultivo y coproparasitológico seriado negativo, ionograma normal, proteínas totales 5.5, albúmina 2.4, calcio iónico y magnesio normal, coagulograma y hepatograma normal, Ph fecal 8.5, esteatocrito 2.5, ANCAp y ASCA negativos.
Una ecografía abdominal informó esplenomegalia homogénea, asas colónicas con contenido abundante y escaso líquido interasas. La Videoendoscopía Diagnóstica Alta: esofagitis erosiva, y estenosis entre 2da y 3ra porción, cuyo estudio histopatológico revela duodenitis crónica leve con conservación de células caliciformes sin incremento de linfocitos intraepiteliales. Tránsito esofagogastroduodenal: mega bulbo, severa dilatación de la 2da porción duodenal, estenosis de la 3ra porción, y pliegues de 4ta porción con severo engrosamiento de aspecto rígido. Posterior al ángulo de Treitz, 2 sitios de estenosis. Colon doble contraste normal. Presencia de material de contraste en asas intestinales delgadas previo a la realización de enema baritada. con finas espículas enfrentadas al área de retención la cual podría ser secuela de un trayecto fistuloso. Ileon distal de aspecto normal. Tomografía Axial Computada con doble contraste: suboclusión del intestino delgado proximal secundaria a patología del mesenterio. Amputación proximal de vena mesentérica superior y lateralización a derecha de asas intestinales delgadas, dístales a las suboclusiones con engrosamiento parietal regular (congestión venosa) sugestivo de mesenteritis retráctil. Se realiza gastroenteroanastomosis más yeyunostomia con biopsia de intestino delgado y mesenterio. Anatomía patológica: ileitis crónica moderada, infiltrado inflamatorio con fibrosis del mesenterio y tejido adiposo maduro. Conclusiones: Se presenta una paciente con antecedentes de EC con cuadro de suboclusión intestinal por estenosis múltiple de intestino delgado mas síntomas consuntivos, con alta sospecha de enfermedad de Crohn, realizándose intervención quirúrgica y estudio histopatológico confirmando el diagnóstico de mesenteritis retráctil.

CC/P - 13

CANDIDIASIS DUODENAL

Laborda Molteni, J(1); Basile, M(1); Tonn, F(1); Lopez Fagalde, R(1); Aquilini, F(1); Arco, M(1); Sindich, L(1); Guagnini, M(1)
(1)Hospital Privado de Comunidad. Argentina.

Introducción. El compromiso extra esofágico por Cándidas es una entidad rara que se observa sobretodo en individuos inmunocomprometidos. Existen pocos reportes de compromiso duodenal dentro de una enfermedad micótica generalizada. Caso clínico. Se presenta un paciente de 82 años con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 e HTA que es evaluado por el Servicio de Gastroenterología por ictericia, astenia, adinamia, hiporexia y pérdida de peso de varias semanas de evolución. Al momento del ingreso hospitalario presentó hematocrito: 39%, hemoglobina: 13,50 mg/dl, Bilirrubina Total (BT): 19,55 mg/dl, Bilirrubina Directa (BD): 15,28 mg/dl, FAL: 1.234 UI/L, ALAT: 105 UI/L, ASAT: 65 UI/L. Una ecografía abdominal informó hígado de aspecto normal, litiasis vesicular, vía biliar intra y extra hepática dilatada sin imágenes endoluminales. A nivel del proceso uncinado del páncreas imagen lobulada, heterogénea, predominantemente hipoecoica de 30mm por 42mm. Se realizó CPRE y se implantó stent biliar plástico de 10 F. En la duodenoscopía de encontraron múltiples erosiones y úlceras de diferente tamaño y fondo negro ubicado en bulbo y segunda porción duodenal. Se tomaron múltiples biopsias y cultivos para gérmenes comunes y hongos. La anatomía patológica informó mucosa duodenal con inflamación crónica activa. Se aisló Candida albicans que fue tratado con fluconazol vía oral. Luego de 30 días el paciente se internó nuevamente por ictericia y deterioro general. Leucocitosis y patrón colestásico en el hepatograma. Se realizó una segunda CPRE observándose mucosa duodenal en empedrado sin erosiones ni ulceraciones y el stent plástico ocluido. Se colocó stent metálico auto expandible. Se obtuvo abundante drenaje de material purulento. Se biopsiaron nuevamente las lesiones duodenales obteniendo mucosa duodenal con inflamación crónica. Comentario. El compromiso de estómago o duodeno en la Candidiasis es poco frecuente, con solo algunos reportes de casos. Se puede manifestar como placas o lesiones ulceradas. En la bibliografía revisada se hace referencia a lesiones ulceradas que comprometen mayormente estómago y en un caso concomitantemente yeyuno. Todos los pacientes estaban inmunodeprimidos, estaban en tratamiento con inhibidores de bomba de protones o habían sido sometidos a gastrectomía. Todas son situaciones que disminuyen las defensas locales permitiendo el crecimiento de patógenos. Conclusión. El caso clínico presentado reviste importancia debido a los pocos registros documentados de patología duodenal micótica. Nuestro paciente presentaba una lesión pancreática con alta sospecha de origen neoplásico, lo cual se asocia indefectiblemente a un estado de inmunosupresión. La presencia de lesiones duodenales ulceradas, el rescate histológico de Candida y la mejoría con el tratamiento antimicótico refuerzan el diagnóstico.

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 28

CC/P - 14

UNA CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

López, VS; Alfaro Villegas, M; Cardos, F; Bustos, E; Patrón Costas, G; Zarba, F

Introducción. Se presenta un caso infrecuente de HD secundaria a un angiosarcoma de intestino delgado. Es un tumor que afecta típicamente piel y partes blandas. Es excepcional en el tracto gastrointestinal. Objetivo. Debido a que existen escasas publicaciones sobre el tema, se presenta el siguiente caso clínico. Caso clínico. Paciente de 64 años que ingresa a la guardia con melena y dolor abdominal periumbilical tipo cólico. Antecedentes: ingesta cronica de corticoides, episodios de melena 4 meses previo a la consulta con VEDA normal. Al Examen físico: facie cushingoide, palidez cutáneo mucosa generalizada, obesidad centrípeta con atrofia muscular periférica. Laboratorio al ingreso: Hto= 20, VCM= 79. Resto Normal. Ecografía Abdominal: vesícula con múltiples cálculos. VEDA y VCC normales. Se realiza TC abdomino-pelviana que informa en fosa iliaca derecha, formación de densidad de partes blandas de 6 x 3,5 cm, sugestiva de proceso neoformativo de Intestino Delgado. Durante su internación, recibió 12 unidades de glóbulos rojos sedimentados. Posteriormente presenta enterorragia y lipotimia, por lo que se decide conducta quirúrgica. Se realiza resección de 35 cm de intestino, ubicado a 40cm de la válvula ileocecal. La anatomía patológica e inmunomarcacion fue de tumor maligno mesenquimatico con componente angiovascular e invasión angiolinfatica, compatible con Angiosarcoma. Comentario. El angiosarcoma es un tumor vascular maligno cuya incidencia es entre el 1% al 2% de todos los sarcomas. Los factores relacionado con esta patología son: linfedema, carcinógenos ambientales como cloruro de vinilo, arsénico, dióxido de torio; radioterapia, inflamación cronica (ej: materiales extraños en la cavidad abdominal), y fístulas arteriovenosas. Se manifiesta con anemia y hemorragia. Muchos angiosarcomas tienen un patrón dismorfico que incluye tanto elementos vasoformativos como sólidos. Las estructuras vasoformativas pueden ser desde vasos bien formados, reconocidos fácilmente en los espacios vasculares, hasta conductos vasculares pobremente desarrolados y anastomosados. No es infrecuente que estos tumores tengan un patrón de crecimiento sólido que puede consistir en células con forma de huso o células grandes poligonales, tipo epitelioide. Por lo tanto las características histológicas algunas veces se presta a confusión con otras neoplasias como carcinoma pobremente diferenciado, melanoma maligno, mesotelioma o sarcoma lo cual requiere de marcadores inmunohistoquimicos para su correcto diagnostico. El pronostico es pobre, entre 1 y 2 años posterior al diagnostico y el tratamiento siempre es quirúrgico, pudiendo utilizar quimioterapia adyuvante. Conclusión. Los angiosarcomas son neoplasias malignas raras del tracto gastrointestinal. Frecuentemente se presentan con sangrado gastrointestinal y son refractarias a las terapias convencionales. El diagnostico y tratamiento quirúrgico temprano pueden dar al paciente una chance para una mayor sobrevida.

CC/P - 15

RENDU OSLER WEBER Y ENFERMEDAD CELIACA. ¿DEFECTOS GENÉTICOS COMUNES?

Juárez, L(1); Jimenez, F(1); Ludueña, J(1); Federico, J(1)
(1)Hospital José María Cullen. Argentina.

Caso clínico. Mujer de 39 años, tabaquista, con anemia severa (Hcto 18%, Hb 5 grs/dl.) con 5 años de evolución en tratamiento con hierro, sin causa hematológica y episodios de hematoquecia, es derivada a nuestro servicio, para diagnóstico etiológico. Al examen físico presenta palidez mucocutanea y pequeñas lesiones teleangiectásicas en tórax y miembros superiores. Refiere episodios de epistaxis durante su adolescencia que nunca motivaron la consulta, sin otros antecedentes. Se realiza video endoscopia digestiva alta, que informa aplanamiento de pliegues duodenales, cuyas biopsias corroboran el diagnóstico, estatificando como Grado III A de Marsh; la Colonoscopía evidencia formaciones teleangiectásicas en colon descendente. Inicia dieta libre de gluten con buena respuesta, mostrando a los 3 meses: Hcto. de 30%, Hb de 9 grs/dl. y, lesiones teleangiectásicas mucho más evidentes en labios, mucosa yugal y región malar, que sumadas a las del Colon sugieren fuertemente el diagnóstico de Rendu Osler Weber. Dos entidades cruzadas por la herencia, un solo paciente, un mismo patrón genético? Comentario. La Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria o Sme. de Rendu_Osler_Weber, es una enfermedad genética autosómica dominante, que afecta vasos sanguíneos y se caracteriza por telangiectasias, epistaxis, hemorragia gastrointestinal y malformaciones arteriovenosas en diversos órganos. Es considerada una enfermedad rara, y su prevalencia es de 1 cada 8.000 individuos. Se han identificado dos genes cuyos alelos mutados son responsables, distinguiéndose el tipo 1 (HHT1) para mutaciones en endoglina (ENG) localizado en el brazo largo del cromosoma 9 (9q33q31.1) y el tipo 2 (HHT2) para mutaciones de ALK1 (ACVRL1) localizado en el brazo largo del cromosoma 12 (12q11-q14). Ambos codifican miembros del complejo receptor de TGFβ, que se expresa en las células endoteliales, teniendo como función la activación de la angiogénesis. La endoglina también se ha asociado con procesos celulares como el control del tono vascular, la progresión y malignización tumoral o la senescencia celular del endotelio. La Enfermedad Celíaca es una patología de distribución global, diagnosticada a cualquier edad y que afecta múltiples órganos y sistemas. Tiene una prevalencia mundial de alrededor de 1%, sin embargo se estima que ésta es aún mayor, ya que sólo el 10% de las personas afectadas son diagnosticadas. Esta enfermedad se hereda de manera poligénica con participación de genes HLA y no HLA. Los genes HLA, DQ-2 (presente en 80%-95% de los pacientes) y DQ-8 son necesarios para su desarrollo. Genes no HLA participan en la susceptibilidad a la enfermedad, pero su influencia no está aclarada. Estos genes se ubicarían en los cromosomas 15 y 19. Conclusión. Al momento, no existiría ninguna mutación genética compartida entre estas dos patologías, por lo que estaríamos, no sólo frente a dos entidades clínicamente distintas, sino también, genéticamente diferentes.

CC/P - 16

MANIFESTACIONES NEUROLOGICAS DE LA ENFERMEDAD CELIACA. A PROPOSITO DE UN CASO

Guzman, L(1); Zubiri, C(1); Bernedo, V(1); Ben, R(1); Borobia, P(1); Balcarce, N(1); Hidalgo, P(1); Miculan, S(1); Cueto Rua, E(1)
(1)Hospital de Niños de La Plata. Argentina.

Caso clínico. Paciente de 13 años de edad que ingresa con cuadro de vomitos inchoercibles de 20 dias de evolución, acompañado de descenso de peso de 12 kg, con compromiso neurologico (ataxia, dismetria, y debilidad muscular). Se descarta patologia infecto contagiosa y onco-hematologica. Frente a la persistencia de los vómitos, se indica SEGD donde se observa STOP a nivel antro-pilorico por lo que se realiza VEDA, donde se observa piloro abierto , gastritis eritemato-nodular, y en bulbo mucosa nodular. Histologicamente se informa atrofia Grado III. Se solicitan Ac para enfermedad celiaca que fueron (+), iniciando una dieta libre de gluten. Dado la falta de mejoria de la enfermedad neurologica se realiza RNM encefalomedular, hallandose imagenes compatibles con leucoencefalopatia multifocal. Se interpreta el cuadro como Enfermedad Celiaca con componente neurologico y se arbritran los medios de diagnostico para definir entidad nosologica. Comentario. La sensibilidad al gluten es una enfermedad sistemicas autoinmune que puede presentarse de diferentes maneras. La enfermedad celíaca es solo un aspecto de las posibles manifestaciones de la sensibilidad al gluten. Las expresiones neurológicas en los pacientes con enfermedad celíaca fueron reportadas desde 1966 pero fue en la decada del 90 cuando comienza a desarrollarse el concepto de EC con manifestaciones neurológicas aisladas sin enteropatía. Los mecanismos implicados en su desarrollo se explican a traves de procesos de autoinmunidad mediados por anticuerpos de tipo AGA II Y Ttg 6. Dentro de los probables genes imvolucrados el mas asociado es el HLA DQ 8.

CC/P - 19

ADENOCARCINOMA PRIMARIO DE INTESTINO DELGADO(AID) ASOCIADO A ENTERITIS ACTÍNICA

Pagliere, NA(1); Sanchotena, V(2); De la Torre, A(2); Cravero, A(3); Bosolino, A(1); Marzano, C(1)
(1)Sanatorio Municipal Dr. Julio Mendez (Unidad de Gastroenterologia) (2)Sanatorio Municipal Dr. Julio Mendez (Division Cirugia General) (3)Sanatorio Municipal Dr. Julio Mendez (Unidad de Anatomia Patologica). Argentina.

Introducción. El AID es la entidad mas frecuente de las raras neoplasias de intestino delgado, conformando el 30-a 50% de estas, siendo su localización preferente el duodeno(55%) y su clínica habitual el dolor abdominal. Se observa comúnmente en sexta década de la vida, sin predominio de sexo, en forma mas común en regiones de Nueva Zelanda y sus factores de riesgo son: tabaquismo, alcohol, celiaquia, enfermedad de Crohn, cirugías previas de tumores, tratamiento radioterápico, colecistectomia entre otros. Objetivo. Presentar un caso infrecuente de AID, resaltando su relación con la enteritis actinica, enfatizando en su localización y estadio al diagnostico. Caso clínico. Mujer, 55 años, Anexohisterectomia por cáncer de cuello uterino con radioterapia posterior (1987), asmática y colecistectomia laparoscópica hace 12 años atrás. Consulta por dolor abdominal centroabdominal y epigástrico de 2 meses de evolución que cede con vomitos biliosos.Examen físico: sin particularidades. Laboratorio:datos positivos ERS 25, LDH 490 resto normal.Estudios diagnósticos: Rx de abdomen de pie: aerocolia en colon izquierdo.TAC abdomen:estenosis en union rectosigma con asa intestinal fija con sutil afectación de grasa pericolica.Se solicita VCC y VEDA sin lesiones mucosas. Posteriormente transito de intestino delgado que no informo lesiones. La paciente evoluciona torpidamente aumentando frecuencia del dolor y vómitos, con restricción alimentaria, por lo que se decide derivar a cirugía quien le realiza laparoscopía diagnostica, evidenciando lesión nodular duropetrea en ileon distal a 10cm de válvula ileocecal, se realiza laparotomía mediana y colectomia derecha con anastomosis ileotransversa. Anatomía patológica: Adenocarcinoma mucinoso bien diferenciado T4aNoMx. márgenes libres. Buena evolución posterior. Comentario. El AID se localiza frecuentemente en duodeno pero puede hacerlo en ileon en un (13%)En nuestro caso los factores de riesgo fueron: cirugía previa por tumor, el tratamiento radioterapico y colecistectomia. El diagnostico es frecuentemente accidental, con 70% de pacientes con MTS al diagnostico y con sobrevida a 5 años de 15-30%. Por la clínica y la evolución se decidió la conducta quirúrgica, con evolución posterior satisfactoria. Conclusiones. 1) El AID se presento en nuestro caso, a una edad y clínica concordante con la bibliografía ,sin embargo con localización infrecuente. 2) Se observo un tumor resecable sin extensión local ni a distancia y el diagnostico de localización primaria se realizo con técnicas de inmunohistoquimica CK7-,CA 125 -,CA 15.3 –,CK20+,CDX2+,CEA+. 3) Presento cambios adenomatosos con displasia en transición con la neoplasia maligna, lo que supone junto con el antecedente, la relación con la enteritis actínica.

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 29

CC/P - 20

LINFOMA T ASOCIADO A ENTEROPATIA

Gonzalez, JM(1); Parenza, T(1); Pellizzoni, MS(1); Garcia, AI(1); Pellizzoni, MS(1); Praderio, L(1); Garcia, AI(1); Rome, JC(1)
(1)Hospital San Roque Gonnet. Argentina.

Introducción. La enfermedad celíaca esta relacionada con un aumento de incidencia de neoplasias malignas entre las que se destacan el linfoma y adenocarcinoma de intestino delgado. El linfoma T asociado a enteropatía (LTAE) representa el 5 % de los linfomas intestinales y su detección obliga a la búsqueda de enfermedad celíaca, como sucedió en el caso que se presenta. Objetivos. Descripción de la presentación de una patología poco frecuente. Caso clínico. Paciente masculino, de 62 años, que consulta por dolor abdominal en región de mesogastrio, continuo, con exacerbaciones post ingesta de 6 meses de evolución asociado a perdida de 20 Kg. de peso. Antecedentes personales: ulcera duodenal post bulbar en tto IBP. Examen físico: lúcido, desnutrición severa, palidez cutáneo mucosa. VEGD: Signos endoscópicos de atrofia duodenal, cicatriz ulcera post bulbar. Anatomía Patológica: Marsh IIIa. Laboratorio: GB 11230, Hcto 29%, ERS 80, PT: 5,1, HIV (-), ATG (+), EMA (+). Ecografía Abdominal: Normal. TAC de Abdomen: Sin hallazgos patológicos. VCC: Hasta ciego normal. Enteroscopía: Hasta 4ta porción no se progresa por ángulo fijo. Evolución: Mala evolución clínica. Se decide realizar laparotomía exploradora en donde se observan múltiples lesiones ulceradas la mayor de 6cm que ocupa el 90% de la luz con plastrón adherido al colon. Anatomía patológica: Sectores de mucosa yeyunal con extensas áreas ulceradas e infiltración por células atípicas de habito linfoide. La mucosa adyacente aplanamiento vellositario y aumento de LIES. Inmuno histoquímica: La proliferación linfoide resultó (+) para CD 3, CD 7 y en algunas células para CD 30. Siendo (-) para CD 20. Comentario. 1. Se presenta un caso de LTAE que debuta con la complicación neoplásica. 2. La radiología continúa cumpliendo un rol importante en la búsqueda de patologías de intestino delgado.

CC/P - 21

OBSTRUCCION INTESTINAL AGUDA POR ENDOMETRIOSIS

Canteros, JS(1); Iriarte, M(1); Aldabe, N(1); Lotero Polesel, JC(1); Pesca, M(1); Lopez Gaston, A(1); Cedeño, V(1); Villacis, E(1); Pruyas, JM(1)
(1)Hospital Grl 601 Hospital Militar Central (Cirujano Mayor Dr Cosme Argrich).

Introducción. La endometriosis es un trastorno ginecológico crónico, benigno y frecuente entre las mujeres en edad fértil, caracterizado por la presencia de tejido endometrial en localizaciones atípicas, estimándose que existe algún grado de endometriosis hasta en el 15% de las mujeres premenopáusicas. La endometriosis intestinal es una enfermedad poco frecuente. El intestino está afectado alrededor del 20% de los casos. Caso clínico. Paciente de 47 años de edad con antecedentes de hipotiroidismo actualmente sin tratamiento. Menstruaciones regulares, ausencia de antecedentes ginecológicos. Ingresa al hospital por dolor abdominal tipo cólico asociado a vómitos alimentarios 2-3 veces por semana desde hace 3 meses, describe 1 episodio de vomito fecaloide. Refiere anorexia, temor a comer y perdida de peso de 30 Kg. en el ultimo año. Comienza con dolores abdominales colicos hace 1 año, en un principio coincidentemente con su ciclo menstrual pero hace 5 meses no muestran esta asociación, en los últimos 3 meses se presentan con mayor intensidad, durabilidad, vómitos 2-3 veces por semana y distensión en hemiabdomen superior. Rx de abdomen: aire en marco colonico izquierdo, niveles hidroaereos en intestino delgado. TAC helicoidal de abdomen y pelvis con contraste oral: distensión de vísceras huecas a nivel de ileon, se reconocen niveles hidroaereos. SEGD, transito de intestino delgado: no se constata obstrucción intestinal, solo transito intestinal enlentecido. A los 7 días repite episodio de vomito fecaloide, repite dolor, distensión abdominal y niveles hidroaereos de intestino delgado. Ingresa a quirófano para laparotomía exploradora, se observa gran dilatación de asas de intestino delgado, a 10 cm de válvula ileocecal, se observa lesión tumoral que origina fibrosis y estenosis del ileon a dicho nivel. Se realiza Hemicolectomía derecha ampliada + ileotransverso anastomosis termino-terminal. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica informa: fibrosis y estenosis por infiltración parietal de ileon, secundaria a focos de endometriosis. Comentario. La endometriosis intestinal es poco frecuente. El colon es más frecuentemente afectado, sobre todo a nivel rectosigmodeo (85-95%). La presentación clínica, el dolor abdominal y/ o pélvico, aparece o se exacerba con la menstruación (50% de los casos). La obstrucción intestinal generalmente acontece cuando la endometriosis afecta a ileon. La resección intestinal está indicada ante síntomas obstructivos, sangrado o si no se ha podido descartar patología neoplásica. En nuestro caso, se realizó resección quirúrgica del segmento intestinal afecto con buena evolución posterior. Creemos que sería oportuno considerar la endometriosis intestinal dentro de los diagnósticos diferenciales de cuadros gastrointestinales inespecíficos en mujeres en edad fértil.

CC/P - 22

TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST). REPORTE DE CASO

Illescas, A(1); Fernandez, DM(1); Perisse, E(1); Marta, E(1); Tron, E(1); di Risio, C(1)
(1)Hospital J. M. Penna.

Introducción. Los tumores del estroma gastrointestinal o GIST se originan a partir de las células intersticiales de Cajal, ubicadas a nivel de los plexos mientéricos de la pared gastrointestinal. Expresan marcadores inmunohistoquímicos propios, evidenciándose que el 94 % son reactivos a los anticuerpos CD 117, más del 70 % al CD 34 y 30 al 40 % son positivos para actina. La edad de presentación es entre los 50 y 60 años, predomina en el sexo masculino y el 95 % son solitarios. Se localizan en estómago en el 60 %, intestino delgado 20-30 % y colon en un 10 %. Son silentes hasta que por su crecimiento producen síntomas por compresión, obstrucción o sangrado. Los factores de malignidad son el tamaño > a 5 cm., el índice mitótico > a 5 mitosis por 50 campos y localización de intestino delgado. Objetivo. Reporte de un caso clínico. Caso clínico. Paciente del Servicio de Gastroenterologia del Hospital J. M. Penna, sexo masculino de 73 años, con antecedentes de hipertensión arterial, que consulta al Servicio de Gastroenterología por episodios aislados de melena y SOMF positiva. Abdomen blando, depresible e indoloro. Tacto rectal negativo para melena. Exámenes complementarios: Laboratorio: Hto 23% Hb 7,6 gr/dl plaquetas 159000. Se le solicito Videocolonoscopía sin evidencia de lesión hasta ciego y Videoendoscopía digestiva alta que informó antropatía congestiva. Inició tratamiento con omeprazol 20 mg/día. TAC de abdomen y tránsito de intestino delgado sin alteraciones. Ante la ausencia de lesiones que justifiquen la causa de la anemia, se decide solicitar videocápsula endoscópica que informó sangrado activo en íleon terminal. Arteriografía: no pudo localizar sitio de sangrado. Se internó en servicio de cirugía donde se realizó una resección tumoral a nivel de yeyuno por laparotomía con entero-enteroanastomosis. Anatomía patológica: tumor estromal de probable estirpe muscular de 2.5 x 2 x 1.5 cms., de pared yeyunal. Microscopía: la pared entérica incluye una proliferación neoplásica de células fusiformes dispuestas con núcleos elongados relativamente uniformes; se cuenta una mitosis en cincuenta campos de gran aumento y no se observa necrosis. Inmunohistoquímica CD 117: positivo, CD 34: negativo, AML: positivo y S 100: negativo. Tumor de estroma gastrointestinal (GIST) de intestino delgado. Conclusión. Los tumores del estroma gastrointestinal deben ser tenidos en cuenta como causa infrecuente de sangrado digestivo de origen oscuro tanto evidente como oculto. El diagnóstico es dificultoso en los localizados en intestino delgado dado el difícil acceso con los métodos diagnósticos convencionales. El tratamiento de los tumores localizados consiste en la resección tumoral y en aquellos con enfermedad metastásica se utiliza el Imatinib (inhidor de la tirosinquinasa).

CC/P - 23

HEMORRAGIA DIGESTIVO DE ORIGEN OSCURO

Monteverde, D(1); Dominguez, V(1); Puma Choque, H(1); Caldentey, E(1); Milocco, M(1); Spiazzi, R(1); Milano, MC(1); Bosco, AM(2); Capizzano, L(3); Otero, W(3)
(1)Servicio de Gastroenterología. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.
(2)Servicio de Endoscopía. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.
(3)Servicio de Cirugía. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. Argentina.

Introducción. Es el sangrado persistente o recurrente de origen no conocido, luego de VEDA y VCC. Se la clasifica en oscura evidente u oculta dependiendo si el sangrado es visible o se presente como SOMF y/o anemia ferropénica. Las etiologías son múltiples y tienen su origen a lo largo de todo el tubo digestivo. Su diagnóstico implica un desafío para el médico dado que, al no encontrarse patología demostrable por VEDA y VCC que justifique el sangrado, el mismo debe focalizarse hacia el estudio del intestino delgado más allá de la tercera porción duodenal. El tratamiento involucra múltiples terapéuticas como son el abordaje médico, los métodos endoscópicos o los quirúrgicos. Caso Clínico. Paciente masculino de 56 años, con antecedentes de colitis ulcerosa (diagnosticada en 2004 sin tratamiento desde 2008, asintomático, sin seguimiento) y diagnóstico de trastorno bipolar. Se interna en Septiembre 2009 por episodios de hematoquezia de 12 días de evolución, con descompensación hemodinámica, que se trata con cristaloides y transfusión de glóbulos rojos. Se realiza VEDA: hasta 3° duodenal normal. No evidenciando sitio de sangrado. Intercurre con nueva descompensación hemodinámica y luego de realizar tratamiento médico se solicita angiografía selectiva de mesentérica superior, que evidencia como probable sitio de sangrado ángulo hepático, al cual no se puede acceder selectivamente para corroborar sangrado y realizar embolización. Posterior al procedimiento se decide el traslado a unidad cerrada, para control hemodinámico. Se realiza VCC: Completa. Observándose a 40 cm de margen anal mucosa friable que sangra al contacto del instrumental, con presencia de moco en la superficie. Se describe íleon con coágulos y estrías de sangre. Dada la mala evolución del paciente, con requerimiento transfusional diario y difícil manejo hemodinámico por sangrado persistente e imposibilidad de realizar cápsula endoscópica se decide realizar laparotomía exploradora con enteroscopía intraoperatoria donde se evidenció tumor de intestino delgado a 8 cm de asa fija, por lo que se realiza resección intestinal, entero-anastomosis y yeyunostomía para alimentación. Histopatología: Tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de bajo riesgo, márgenes quirúrgicos libres de compromiso neoplásico. Cinco días posteriores a cirugía inicia alimentación enteral por yeyunostomía y seis días posteriores alimentación por vía oral. Evoluciona clínica y hemodinámicamente estable decidiéndose su externación y continuando con controles ambulatorios por los Servicios de Gastroenterología y Oncología.

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 30

CC/P - 24

FALLO DE CRECIMIENTO Y MEMBRANAS DE LADD

Alarcón, GP(1); Bernedo, V(2); Zubiri, C(2); Hidalgo, MdP(2); Miculan, S(2); Guzmán, L(2); Borobia, P(2); Balcarce, N(2); Nanfito, G(2); Ben, R(2); Besga, A(2); Cueto Rua, E(2)
(1)Hospital Interzonal de Agudos Sor Maria Ludovica de La Plata- Hospital "Natalio Burd" de Centenario Provincia de Neuquén. (2)Hospital Interzonal de Agudos Sor Maria Ludovica de La Plata. Argentina.

Caso clínico. Paciente oriunda de la Rioja, de sexo femenino de 12, RNT/RCIU de 2.570 grs. Niña con vómitos desde el nacimiento, a los 6 meses percentilo 3 para peso y talla, se le indica k1000 por interpretarse alergia a la proteína de la leche de vaca y se introducen sólidos. Se agrega dolor abdominal, motivo por el cual se desparasitó. A los 3 años se solicitan anticuerpos para Celiaquia que dan alterados y se le toma biopsia que se extrae por capsula compatible con Celiaquía (no tenemos informe AP), realizó dieta sin TACC desde 6 meses posterior al diagnóstico hasta los 9 años de vida que suspende. Hace 3 años retoma la dieta pero persiste con clínica y falta de crecimiento decidiendo consultar actualmente a nuestro Servicio desde su provincia. Al ingreso nos encontramos una pre-adolescente armónica, sonriente que impresiona de buen carácter, diciendo que presenta dolor abdominal tipo cólico frecuente periumbilical y que posterior a la alimentación tiene la sensación de formársele "una bolsita" en el abdomen. El examen físico muestra dientes en serrucho, múltiples caries, piel seca y botón mamario. Se le solicita anticuerpos para enfermedad celíaca y hormonas tiroideas. El resultado de dicho laboratorio y ecografía son normales por lo que decidimos pedirle endoscopia digestiva alta. En VEDA se observa a nivel antral metaplasia intestinal y un orificio semejante a un "segundo piloro" al que no se pudo ingresar con el endoscopio. 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 de una membrana duodenal o una banda de Ladd. Comentario. La obstrucción duodenal puede ser el resultado de una compresión extrínseca como las bandas de Ladd que son cordones de tejido fibroso peritoneal que representan intentos de compensar la inadecuada fijación mesentérica. Se extienden desde el ciego hasta la región subhepática, peritoneo posterior o pared abdominal, y contribuyen a la compresión de la 2ª o 3ª porciones duodenales. El dolor se debe a episodios de obstrucción duodenal intermitente por efecto de las bandas. El estómago y duodeno dilatados, dan lugar al signo de la "doble burbuja". Se realiza cirugía confirmándose el diagnóstico previo, motivo por el cual se realiza resección de cordón fibroso.En los posteriores controles nos encontramos a una niña sin la clínica previa, con ganancia franca de peso y trepando en la curva de crecimiento. Conclusión. Las membranas de ladd no es una patología frecuente y cuando se presentan con su clínica florida su diagnóstico y tratamiento se realiza al poco tiempo de vida, pero en ocasiones cuando su sintomatología es difusa y compatible con diagnósticos diferenciales de otras patologías el diagnóstico se puede demorar hasta la adolescencia como en este caso.

CC/P - 26

POLIPO DE RETENCION JUVENIL

Laborda Molteni, J(1); Basile, M(1); Tonn, F(1); Lopez Fagalde, R(1); Aquilini, F(1); Arco, M(1); Sindich, L(1); Guagnini, M(1)
(1)Hospital Privado de Comunidad. Argentina.

Introducción. Los pólipos de retención o también llamados hamartomas se caracterizan histológicamente por la dilatación quística de glándulas llenas de mucus, estroma fibroso y una rica red vascular. Caso clínico. Se presenta un paciente de sexo masculino de 57 años con antecedentes de dislipemia y colecistectomía que consulta por proctalgia y proctorragia de tipo orificial sin otro síntoma acompañante. Al examen físico se destacó solamente una fisura anal en rafe posterior. Los exámenes complementarios mostraron leucocitos 13.100/ml, resto normal. Se realizó video colonoscopía por proctorragia y proctalgia. Se examinó hasta fondo cecal encontrándose hemorroides internas y nivel del ángulo esplénico sobre la vertiente transversa una lesión elevada subpediculada de 2,5 cm de diámetro. Se reseca en forma fragmentada con asa de polipectomía. La anatomía patológica informó pólipo de retención juvenil. Comentario. Estas lesiones son más frecuentes en niños y adolescentes mientras que en los adultos son poco frecuentes. Se manifiestan generalmente por proctorragia debido a las ulceraciones en el epitelio mucoso del pólipo. Son más frecuentes en recto y sigma (68%), ocupando el colon derecho y ciego el segundo lugar (28%) y colon transverso en tercer lugar junto con colon izquierdo (5%) cada uno de ellos. Conlcusiones. No existen diferencia endoscópicas entre los hamartomas y los pólipos adenomatosos, por lo que se recomienda la remoción de lesiones elevadas para su posterior estudio histológico. El desarrollo de carcinomas es raro y en general surgen si existe un componente adenomatoso en un hamartoma. Se presenta este caso dada la baja frecuencia de los pólipos de retención en adultos y además su localización poco habitual.

CC/P - 27

LIPOMAS COLÓNICOS REPORTE DE DOS CASOS

Canteros, JS(1); Canteros, JS(1); Iriarte, SM(1); Cedeño Arauz, V(1); Villacis Coronel, E(1); Andrush, A(1); Catuogno, P(1); Lotero Polesel, JC(1); Syriani, C(1); Aldabe, N(1); Pesca, M(2); Fernandez Lujea, P(2); Mercado, R(2); Zelaya, B(1); Alban, R(1)
(1)Hospital Militar Central Servicio de Gastroenterología (2)Hospital Militar Central Servicio de Cirugia General. Argentina.

Introducción. Los lipomas son tumores de origen mesenquimatosos que se desarrolla a partir de adipocitos maduros, constituyen la segunda neoplasia benigna después de los adenomas. Su incidencia varia entre 0,035% al 4,4% en serie de autopsias predomina en las mujeres con una relación de 2a1, son mas frecuencia entre la sexta y séptima década de la vida. La mayoría se presentan en ciego y colon ascendente y en menor frecuencia en transverso y descendente, generalmente se localizan a nivel de la submucosa y la muscular propia y la mucosa que los reviste aparece lisa, pálida que puede tener un tinte amarillo y en ocasiones ulcerada. La clínica esta determinada por el tamaño pueden producir dolor abdominal, obstrucción intestinal parcial o completa y raramente intususcepción. anemia crónica o rectorragia y menos frecuentemente originan diarrea o constipación. Objetivo. Reportar dos casos de lipomas colónicos. Casos clínicos. Caso 1: paciente masculino de 76 años, sin antecedentes patológicos relevantes que consulta por dolor abdominal de varios meses de evolución que resuelven espontáneamente refiriendo dos episodios de impactacion fecal en los 2 últimos meses, se solicita: VCC: progresando hasta ángulo hepático por ángulo fijo, en transverso pólipo gigante cuya cabeza ocupa el 50% de la luz intestinal multilobulado de superficie lisa y cuyo pedículo se extiende hacia el ángulo hepático sin poder visualizar su base. Mediante acto quirúrgico se realiza colotomia a nivel de ángulo hepático y extirpación del pólipo. Anatomía Patológica: lipoma intraparietal. Caso 2: paciente masculino de 87 años, consulta por diarrea liquida en abundante cantidad, 5 episodios por día de 3 días de evolución y un episodio de vomito alimentario. Al examen físico distención abdominal, timpanismo aumentado en marco colonico sin reacción ni defensa peritoneal, se realiza Rx de abdomen de pie: distención de asas de intestino delgado con escasos niveles hidroaereos, TAC de abdomen y pelvis aneurisma sacular aórtico que involucra arteria renal izquierda. VCC: se progresa hasta proximidades de ángulo hepático se observa lesión polipoidea pediculada de 5cm aproximadamente de superficie lisa, base ancha móvil que ocluye la luz intestinal. En acto quirúrgico se realiza colotomia y extirpación del pólipo. Anatomía patológica: lipoma intraparietal. Conclusión. Los tumores mesenquimales pueden surgir en cualquier localización del colon, raras veces pediculados, contrario a nuestros casos que eran lesiones pediculadas. Siendo las lesiones pequeñas asintomáticas y de hallazgos incidentales, los de mayor tamaño pueden ser sintomáticos como se presentaron nuestros pacientes con dolor abdominal y signos de Suboclusión, de resolución endoscópica por polipectomia, laparoscópica o cirugía convencional como los casos presentados.

CC/P - 28

COLITIS LINFOCITICA COMO CAUSA DE DIARREA CRONICA

López, VS; Alfaro Villegas, M; Arias, F; Sola, TA; Patrón Costas, G; Zarba, F

Introducción. La Colitis linfocítica es una causa poco frecuente de diarrea crónica. Se encuentra relacionada con una etiología infecciosa, como en este caso clínico. Objetivo. Se presenta el siguiente caso clínico para tener presente la colitis microscópica (colágena o linfocítica) en los diagnósticos diferenciales de diarrea crónica en pacientes mayores de 60 años. Caso clínico. Paciente de 63 años procedente del interior de la provincia que consulta por diarrea crónica, perdida de peso de 10Kg y debilidad en miembros inferiores. Antecedentes personales: diarrea intermitente de 4 años de evolución con una internación 2 meses previo a la consulta donde se le realiza diagnostico de colitis pseudomembranosa por VCC (hasta ángulo esplénico) con biopsia compatible. Realiza metronidazol como tratamiento, con remisión durante 3 semanas, posteriormente presenta una recaída motivo por el cual reingresa nuevamente con deposiciones liquidas blanquecinas, 10 veces por día sin moco ni sangre, de moderada cantidad. Al examen físico, dolor abdominal a la palpación profunda en marco colonico y deshidratación. Por laboratorio se encontró, Hto: 25%, K: 1,8 meq/l, coproparasitologico seriado: negativo, serologia para HIV: negativo, albúmina 2,8 g/dl, TSH: normal, IgA total, IgA e IgG antiendomisio negativos. TC abdominal y VEDA sin patología, cuya biopsia de 2da porción es normal y VCC normal, con toma de biopsia. El resultado de la misma fue colitis linfocítica (CL) moderada por lo que se inicia tratamiento con loperamida, con buena evolución. Comentario. La colitis linfocítica y colágena forman parte de la colitis microscópica. La prevalencia es entre 4 – 13% de los pacientes con diarrea crónica y tiene importante repercusión en la calidad de vida de los pacientes. La incidencia de colitis linfocítica es de 3,7 – 5,5/100.000 a predominio de mujeres (2,4:1). No hay una etiología definida pero se la encontró asociada a enfermedad celiaca, artritis reumatoidea, fibrosis pulmonar idiopática, Clostridium difficile, Aines. La edad de presentación es entre los 60-70 años. El curso clínico es principalmente intermitente. Los síntomas asociados son dolor abdominal, nauseas, pérdida de peso, tambien artralgias o uvetítis. Las complicaciones son raras, puede haber desgarros de la mucosa y perforación espontánea en menos del 1% de los casos. El diagnóstico diferencial debe ser hecho con otras enfermedades inflamatorias intestinales, neoplasia y síndrome de intestino irritable. La histopatología, se caracteriza por infiltración de linfocitos en el epitelio, más de 20 linfocitos por 100 células epiteliales. Para el tratamiento se puede utilizar budesonide, loperamida, Subsalicilato de bismuto, mesalasina y colestiramina. La cirugía raramente es requerida en estos pacientes. El pronóstico de CL a largo plazo es generalmente bueno. Conclusión. Es importante realizar toma de biopsias en la VCC sin lesión mucosa para descartar ésta etiología en pacientes mayores de 60 años.

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 31

CC/P - 29

ESTENOSIS COLONICA COMO PRESENTACION DE METASTASIS DE CÁNCER DE MAMA

Sanchez Vera, CM(1); Ruiz, EG(1); Martin, M(1); Higa, MA; Camps, DE(1); Bertola, S(1)
(1)Hospital Privado de Córdoba

Caso clínico. Paciente de 75 años ingresada a nuestra institución por nauseas, vómitos, alteración de habito intestinal y perdida de peso de 6 meses de evolución. Originaria de Santiago del Estero. Licenciada en ciencias químicas. Historia clínica en el hospital desde 1998 (54 años). Antecedentes de migraña, tabaquista (15-20 diarios x 28 años). Amigdalectomizada en la infancia y sometida a apendicectomia a los 19 años. En 1989 se identifica por biopsia un leiomiosarcoma subcutáneo con buena evolución posterior. TAC de control: Litiasis vesicular asintomática. Mamografía: Normal. El año 2001 sometida a histerectomía con corrección de cistocele. El año 2004 se detecta nódulo mamario izquierdo de 2 cm, en la mamografía se describe de aspecto infiltrativo, por lo cual se realiza mastectomía izquierda con vaciamiento axilar. La anatomía patológica de la pieza indica Carcinoma túbulo-lobulillar infiltrante estrógeno(+) Pt1N0M0, con ganglios negativos. Centellograma negativo y comenzó tratamiento con tamoxifen. El 2009 en consulta en hepatología por trombocitopenia, sin detectarse púrpura, se evidencia hepatomegalia y ascitis por lo cual es internada, Se realiza interconsulta con el servicio de gastroenterología, momento en el cual la anamnesis revela antecedentes de estado nauseoso y dispepsia, episodios esporádicos de vómitos con alteración del habito intestinal (constipación-diarrea) y perdida de 11 Kg.(17% de peso habitual) en los últimos 6 meses. Estudiada en otro centro mediante colon doble contraste, demuestra segmentos colónicos estenosados. Es sometida a VEDA que muestra erosiones duodenales y una colonoscopía que solo puede valorar los 20 cm distales del rectosigma debido a la presencia de estenosis con mucosa petequiada y mamelonada con escasa distensibilidad, sospechándose enfermedad de Crohn. Se programa cirugía para colectomía total con ileostomía terminal. La paciente presenta evolución tórpida en terapia requiriendo una nueva intervención quirúrgica por sangrado en sitio de anastomosis, presento episodio de infección urinaria por Klebsiella Pneumoniae recibiendo varios esquemas antibióticos. Se reciben los resultados de patología que reporta: carcinomatosis transmural de colon de origen primario en mama y compromiso tumoral focal de epiplón; margen circunferencial focalmente comprometido por tumor; margen de resección distal focalmente comprometido por tumor; margen ileal libre de tumor; 12 ganglios linfáticos con metástasis de carcinoma de mama, con compromiso del tejido adiposo perigangliona r. Informe de inmuno histoquímica: ck7: +/+ ck20: -/- gcdfp15: -/- estrógeno: positivo en el 60% de las células tumorales. Informe complementario de inmuno histoquímica (12-02-2010) (ad-vb)): determinación de pr (clon pgr636 dako) - progesterona: negativo. Determinación de her2 neu por inmuno histoquímica (anticuerpo policlonal dako a0485): - cerb b2: negativo. (score 1+) (tinción débil e incompleta en más del 30% de las células tumorales).

CC/P - 31

MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN EN LA COLITIS ULCEROSA

Scacchi, MA(1); De Mingo, L(1); Dolan, ME(1); Rainero, G(1); Fernandez, R(1); Chaves, E(1); Romo, R(1); Copello, HD(1); Cefalo, E(1)
(1)Hospital Churruca Visca. Argentina.

Introducción. La colitis ulcerosa (CU) es un trastorno inflamatorio que afecta al recto y se extiende en dirección proximal comprometiendo al colon en grado variable. Se calcula una incidencia entre 3 y 15 casos por 100.000 habitantes por año, con una prevalencia de 50 a 80 por 100.000 habitantes. Tanto la Enfermedad de Crohn como la CU, se asocian con una variedad de manifestaciones extraintestinales. Alrededor del 36% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal presentan por lo menos una manifestación extraintestinal. Objetivo. Presentar el caso de una paciente con vasculitis del SNC asociada a CU, con el objetivo de comunicar una manifestación poco frecuente de la enfermedad inflamatoria intestinal. Caso clínico. Mujer, de 31 años de edad, sin antecedentes de relevancia, que seis meses previos a la consulta comienza con dolor en región lumbosacra y artralgias bilaterales de muñecas y articulaciones metacarpofalángicas (MCF) e interfalángicas proximales (IFP), interpretado como artropatía seronegativa. Al mes evoluciona con paresia leve facio-braquio-crural derecha. Se realiza resonancia de encéfalo con evidencia de señales puntiformes hiperintensas en T2 y Flair, en sustancia blanca lobular y subcortical frontoparietal bilateral, que realzan con contraste endovenoso, compatibles con focos de vasculitis; iniciando tratamiento con meprednisona 80 mg/día, con buena respuesta de su cuadro neurológico, pero sin modificaciones en su cuadro articular. En enero del 2010 es derivada a nuestro servicio para estudio de anemia ferropénica. Al examen físico presentaba artritis bilaterales y simétricas de articulaciones IFP, MCF y muñecas, sin respuesta al tratamiento con AINES, y sin síntomas gastrointestinales. En el laboratorio se encontró anemia, aumento de eritrosedimentación y proteína c reactiva y perfil de autoinmunidad negativo. Se realiza endoscopía digestiva alta sin hallazgos patológicos y colonoscopía con compromiso rectocolónico extenso, pérdida del patrón vascular, granularidad, friabilidad y ulceración de la mucosa, asociado a la presencia de aislados pseudopólipos. Anatomía patológica: recto y colon con disminución de la mucosecreción, erosiones del epitelio superficial; criptitis y abscesos crípticos; y lámina propia con marcado infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y de neutrófilos de distribución difusa, compatible con colitis crónica con marcada actividad inflamatoria. Se realizan tránsito de intestino delgado sin patología, ANCA-p y ASCA negativos, y se inicia tratamiento con hidrocortisona, azatioprina y sulfasalazina. Comentario. Diversas manifestaciones extraintestinales han sido reportadas, aunque los informes de enfermedades neurológicas son poco frecuentes. Entre ellas se encuentran la trombosis cerebral, lesiones de la sustancia blanca, sordera neurosensorial, esclerosis múltiple, vasculitis del sistema nervioso central, síndrome de Guillain-Barré, polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica.

CC/P - 32

MUJER INMUNOCOMPETENTE CON DIARREA CRONICA

Aubone, Mdv(1); Moliner, C(1); Bonnin, D(1); Calzona, MC(1)
(1)HIGA R Rossi. Argentina.

Caso clínico. Paciente de sexo femenino de 34 años que consulta por diarrea crónica de 3 meses de evolución. Refiere 7 a 10 deposiciones líquidas, con abundante moco, sin síntomas de alarma, diurnas y nocturnas, que no ceden con el ayuno; además presenta dolor abdominal tipo cólico difuso y un episodio febril aislado. Antecedentes patológicos: Púrpura trombocitopénica idiopática y esplenectomía Refiere ingesta de daines, lansoprazol, ranitidina, amoxicilina. Se solicita: Rx abdomen, coprocultivo, coproparasitológico, VEDA, laboratorio y VCC: sin hallazgos patológicos. Ante la sospecha de colitis microscópica (CM) se toman múltiples biopsias de mucosa colónica. Informe anatomopatológico: se evidencia a nivel subepitelial engrosamiento de membrana basal con técnica de tricrómico que corresponde a colágeno e infiltrado inflamatorio mixto compatible con colitis colágena. Se indica Budesonide 9 mg/día vía oral, con evolución clínica favorable. Comentario. Colitis microscópica: condición inflamatoria del colon (distinta a la enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa) actualmente considerada como una respuesta específica de la mucosa a diferentes factores luminales que actúan como noxas, en un individuo predispuesto. Se caracteriza clínicamente por diarrea acuosa crónica y una mucosa colónica macroscópicamente normal, los hallazgos histopatológicos son diagnósticos. El término CM engloba a dos entidades: CC y Linfocítica (CL). Incidencia estimada: 4-10/100000 hab. CC afecta a mujeres de edad media con un pico de incidencia a los 65 años con una relación F/M 7:1 mientras que en la CL relación F/M 2-3:1.No se ha observado un aumento en el riesgo de cáncer colorrectal. Se asocia con enfermedades autoinmunes y el consumo de ciertos fármacos (Lansoprazol-Ranitidina- AINES-Ticlopidina entre otras). Evaluar uso concomitante de drogas y factores dietéticos. Tratamiento CM: Descartar enfermedad celíaca y malabsorción de ácidos biliares (AB). Tratamiento médico: Agentes antidiarreicos: Loperamida , Budesonide, Subsalicilato de bismuto, Agentes fijadores de AB (Colestiramina), Acido aminosalicílico (5-ASA), Inmunosupresores, Tratamiento quirúrgico: Colectomía subtotal- Ileostomía.

CC/P - 34

PSEUDO OBSTRUCCION INTESTINAL Y LINFOMA HODGKIN

Iraporda, V(1)
(1)Sanatorio CEMEDA - Olavarría, Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción. Como se describe, la seudo obstrucción intestinal es un cuadro de obstrucción sin evidencia de causa orgánica que ocluya la luz. Su origen esta relacionado con una afectación de su componente muscular, neurológico o ambos. Se han descrito causas 1rias o 2rias, siendo estas últimas las más frecuentes. El objetivo del trabajo es analizar la probable causa de oclusión en un paciente con linfoma de Hodgkin, ya que no tenía historial ni evidencias de cuadro similar previo ni de causas secundarias (colagenopatías, endocrinopatías, neuropatías, etc.). Caso clínico. Paciente de sexo masculino, 51 años, que se diagnostica Linfoma de Hodgkin y comienza con tratamiento de quimioterapia. Se indica un esquema que incluye Bleomicina-Vinblicina-Doxorubicina-Dacarbacina. Durante su tratamiento presenta cuadro compatible con Seudobstruccion intestinal. En relación a este caso encontramos que se usaron en su tratamiento dos fármacos asociados al SIOC, como son el uso de la Vincristina y el Ondasentrón como parte de su terapia oncológica. Conclusión. El uso de las drogas antes citadas podrían considerarse una probable causa. También se pone a consideración que sea una manifestación de un síndrome paraneoplasico, el mecanismo patogénico de este síndrome es la destrucción autoinmune de los ganglios mientéricos habiéndose identificado anticuerpos antineuronales antineoplasicos contra el plexo mientérico. Estos anticuerpos comparten un epíteto común con elementos malignos e intestinales.

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 32

CC/P - 36

POLIPOS RECTO-COLONICOS ORIGINADOS EN TEJIDO NEURAL

Naves, AE(1); Sinkevich, CA(1)
(1)Instituto de Histopatología de Rosario. Argentina.

Introducción. La gran mayoría de los pólipos colonicos son de origen epitelial, pero algunos de ellos son consecuencia de proliferación de células estromales. Entre los mismos se incluye a los derivados del tejido neural como los ganglioneuromas, neurofibromas, schwannomas, perineuriomas y los tumores de células granulares. Objetivo. El objetivo de este trabajo es estudiar los pólipos colónicos derivados del tejido neural en biopsias endoscópicas, determinando la frecuencia relativa de los mismos dentro del total de las lesiones poliposas colónicas. Casos clínicos. Se revisaron 3576 biopsias de colon consecutivas del archivo del Instituto de Histopatología de Rosario desde enero de 2007 hasta diciembre de 2009. Se registraron para ese periodo 2740 casos de pólipos de colon en 1316 pacientes portadores de pólipos (muchos con más de un pólipo). Los pólipos encontrados fueron: adenomatosos 1450, hiperplásicos 1023,serrados 252, hamartomas 3, leiomiomas 5, lipomas 4 y pólipos derivados del tejido neural 3. Los tres pólipos derivados de tejido neural (0,1% de total de pólipos) tuvieron diagnóstico de: Perineurioma intestinal, Ganglioneuroma polipoide solitario y Schwannoma. Caso 1: Mujer de 61 años, con pólipo colónico de 0,4 cm de diámetro mayor, a 20 cm del margen anal, constituído por una proliferación celular de elementos fusoides, alargados, regulares entre sí, sin atipias de trascendencia. El mismo se acompañaba de un pólipo hiperplásico de 0,2 cm a 40 cm del margen anal. Por inmunohistoquímica hubo negatividad para Proteína S-100, Actina muscular lisa, Desmina, CD117 y CD34. El diagnóstico histopatológico fué de Perineurioma intramucoso. Caso 2: Mujer de 81 años con pequeña lesión elevada de colon a 18 cm del margen anal. La biopsia demostró proliferación en el corion mucoso de células fusoides, que ocupaban los espacios intercrípticos, esbozando fascículos, acompañadas de células ganglionares maduras en la lámina propia. Se interpretó el cuadro como Ganglioneuroma polipoide solitario. Caso 3: Paciente masculino de 55 años, con antecedentes de pólipo rectal hiperplásico, que presentó pólipo sésil de 1,7 cm de diámetro mayor que comprometía la mucosa rectal a 10 cm del margen anal. Se trataba de una formación nodular de contornos netos, con aparente cápsula delgada periférica, integrada por células elongadas de núcleos ondulantes, en parte dispuestos en empalizada y conformando áreas densas, alternando con otras edematosas laxas. La inmunohistoquímica mostró positividad para Proteína S-100 y Vimentina, siendo negativa para Citoqueratina (AE1/AE3), CD117, CD34 y Actina muscular lisa. En base a estos datos se interpretó el tumor como Schwannoma. Conclusión. Si bien la gran mayoría de los pólipos recto-colónicos encontrados endoscópicamente son de origen epitelial debe tenerse en cuenta la posibilidad de que ocasionalmente las lesiones endoscópicas polipoideas colonicas, tengan su origen en elementos neurales.

CC/P - 37

TUMOR DE EWING EXTRAÓSEO COMO LESIÓN PERIANAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO EN PEDIATRÍA

Mayet, MLC(1); Bollini, R(1); Pollono, D(2); Drut, R(2); Bibiloni, A(3)
(1)Hospital Municipal Dr. Hector Cura - Olavarría (2)Hospital de Niños Sor María Ludovica La Plata (3)Hospital Provincial de Oncología Alfredo Fortabat Olavarría. Argentina.

Introducción. Los tumores de la región perianogenital exofíticos son infrecuentes en pediatría. Los teratomas sacroccocígeos y los sarcomas de partes blandas son los más frecuentes dentro de las lesiones benignas y malignas respectivamente. Los primeros son altamente frecuentes en recién nacidos (tipos I-II) y en menores de 1 año (tipos III-IV) con lesiones exofíticas, con compromiso dérmico (ulceraciones) y de diagnóstico prenatal habitual en los de mayor tamaño. Se presenta 1 caso portador de sarcoma de partes blandas: Ewing Extra Oseo haciendo énfasis en la clínica de inicio para su detección precoz. Caso clínico. Paciente de 3 años que consulta por nódulo perianal, que aparece 3 meses antes de la consulta. La lesión se ubica en hora 7 en decúbito dorsal y crece paulatinamente. Se realiza ecografía de partes blandas donde se observa lesión superficial perianal de bordes netos de 1,2 cm aproximadamente. Es derivada a nuestro hospital, realizándose colonscopía hasta colon sigmoides para descartar compromiso rectal y excéresis quirúrgica de la lesión. Anatomía patológica: tumor de Ewing con bordes libres de lesión. Se realiza interconsulta y derivación a centro de mayor complejidad. RMN de pelvis: normal; TAC de abdomen y pelvis: normal; médula ósea y centellograma: ausencia de compromiso. Estadificada como I se inició plan de quimioterapia con protocolo SIOP (MMTO5) con asociación de actinomicina D- vincristina; sin recidivas a la fecha. Comentario. Los tumores exofíticos malignos de la región perianal son infrecuentes (2% de los sarcomas) y no se han descripto sarcomas de Ewing extraóseos en esta localización. Por otro lado dentro de los benignos, el 79% de los teratomas tienen localización sacrococcígea y se detectan al nacimiento, pero raramente ocupan la región perineal como nuestro caso. La presencia de una masa exofítica, más allá de descartar lesiones benignas (infecciones, lipoblastoma, malformaciones) nos obliga al estudio histológico para un rápido diagnóstico y tratamiento. "El retraso diagnóstico es un aliado de la mala evolución".

CC/P - 38

EVOLUCIÓN TÓRPIDA EN UN PACIENTE CON DIARREA CRÓNICA Y ASCITIS

López, VS; Alfaro Villegas, M; Aldana, F; López, S; Patrón Costas, G; Zarba, F

Introducción. Se describe un caso de infección diseminada por Strongiloides stercolaris (Ss) con mala evolución y la importancia de un diagnostico y tratamiento precoz. Caso clínico. Paciente de 19 años con antecedentes patológico; etilismo de 250 mg/día durante 5 años, inhalación de pasta base. Consulta por diarrea de 3 meses de evolución de moderada cantidad con sangre y moco, 5 a 8 episodios por día acompañada de pérdida de peso; 10kg. Al examen físico: severamente comprometido, deshidratado, desnutrido, con palidez cutáneo mucosa generalizada, hipotrofia muscular. Abdomen: blando, indoloro con semiológica de ascitis y edemas bilaterales hasta rodillas godet ++. El laboratorio al ingreso fue: glóbulos blancos: 16.100 (neutrófilos 68%, eosinófilos 2%, linfocitos: 16%), Hto: 23%, plaquetas: 67.000, VSG: 20mm, hepatograma normal, calcio: 6,2 mg/dl, magnesio: 1,2 mg/dl, fósforo: 1,6 mg/dl, potasio: 2,5 meq/l, albúmina: 1,1 gr/dl, serología para VHB, VHC, HIV: negativo, elisa para HTLV 1: reactivo, VEDA: en segunda porción no se distinguen pliegues, múltiples ulceraciones planas. Se biopsia; atrofia vellositaria grado III, se observan larvas de Strongiloides. Coproparasitologico y directo de materia fecal: Strongiloides s., liquido ascítico: amarillento, turbio, 3600 leucocitos (78% PMN y 22% MN), proteína:1,1, albúmina: 0,4, glucosa: 96. Se observan larvas vivas de Ss. El paciente recibió tratamiento con ivermectina, ciprofloxacina y metronidazol, con posterior deterioro hemodinámico y abdomen peritoneal. Se solicita una TC que informa engrosamiento de las paredes del intestino delgado, del ciego y colon ascendente. Se asume como abdomen agudo quirúrgico. Se le realiza laparotomía exploradora con lavado y drenaje de cavidad, se toma biopsia de 2 ganglios de la raíz del mesenterio cuyo resultado fue: hiperplasia sinusoidal y presencia de restos parasitarios en vasos linfáticos. Luego de la intervención, presentó, disfunción multiorgánica con posterior óbito al 6to día de ingreso. Comentario. El Ss es un nematode endémico de regiones tropicales que se presenta con diarrea crónica, y menos frecuente como, obstrucción intestinal, enteropatía perdedora de proteína, neumonía, hiperinfección, shock séptico y óbito. Los factores predisponentes a la hiperinfección son: las terapias inmunosupresora, coinfección con HTLV 1, enfermedades onco-hematológicas, entre otras. En la coinfección con el HTLV 1, existe una respuesta atenuada al parásito. No hay eosinofilia ni producción de IgE, lo que puede retrasar el diagnóstico. El mismo se realiza cuando se encuentran parásito en varios tejidos. El manejo de la hiperinfección es difícil y se asocia con un gran porcentaje de mortalidad. Conclusión. Se presenta una evolución tórpida de un paciente con diarrea crónica y síndrome ascítico edematoso por stongiloidiasis asociado a HTLV 1, los cuales determinaron la falla terapéutica e impidieron el control de la infección. Es importante el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado.

CC/P - 40

FÍSTULA BILIO-BRONQUIAL: UNA RARA COMPLICACIÓN. REPORTE DE CASO

Bucciarelli, F(1); Resial, M(1); Scalese, E(1); Pratto, D(1); Levin, A(1); Wulfson, A(1); Gimenez, M(2)
(1)Hospital de Emergencias Dr Clemente Alvarez (2)Hospital de Clinicas de Buenos Aires. Argentina.

Introducción. Los trayectos fistulosos pueden comunicar distintos órganos de la economía del cuerpo humano. La fístula biliar es una complicación que puede ocurrir secundaria a diversas etiologías, frecuentemente vinculada a intervencionismo de la vía biliar o traumatismos penetrantes. Habitualmente comunica el árbol biliar con otros órganos intrabdominales o con el exterior, a través de la pared abdominal. Muy raramente pone en contacto los conductos biliares y el árbol bronquial. Objetivo. Presentar un caso clínico de fístula biliobronquial posterior a múltiples intervenciones biliares percutáneas a raíz de una estenosis post metastasectomías hepáticas originadas en un tumor carcinoide. Caso clínico. Paciente varón de 50 años sometido en 1999 a resección del Ileon por tumor carcinoide hallado en laparotomía por obstrucción ureteral derecha. En 2001 colocación de tubo de Kehr por lesión del conducto hepático derecho durante resección de metástasis a nivel del hilio hepático. Luego de retirado el Kehr presenta ictericia por lo que se realiza CPRE con colocación de prótesis en hepático derecho por estenosis a dicho nivel. A lo largo de su evolución, se requirieron sucesivos recambios de prótesis y múltiples drenajes percutáneos, por reiterados cuadros obstructivos y colangitis. El paciente también recibió tratamiento ablativo por radiofrecuencia y quimioembolización de sus metástasis hepáticas. A principios del año 2010, el paciente relata cuadro de tos irritativa, con expectoración teñida de verde y sabor amargo. Con la sospecha de una comunicación entre el árbol biliar y el bronquial, se realizaron estudios imagenológicos y colangiografía percutanea, que confirma y documenta, el diagnóstico de una fistula bilio-bronquial (FBB). Se efectuó obliteración percutánea del trayecto con Hystoacril documentándose el cierre del mismo. Comentario. La FBB es una entidad infrecuente, secundaria a diversas etiologías (comúnmente benignas), por lo que se debe tener un alto índice de sospecha para realizar su diagnóstico temprano. Las manifestaciones clínicas aportan indicios para su sospecha, pero se requieren métodos de imágenes para confirmar su diagnóstico y caracterizar la anatomía del trayecto. Respecto a su manejo, no se cuenta con guías consensuadas (case report). El primer abordaje debería ser no quirúrgico, endoscópico o percutáneo, con el propósito de permitir el libre flujo de bilis, y aliviar las presiones en el sistema biliar, reservando el abordaje quirúrgico para aquellos casos, persistentes o recurrentes, posteriores a tratamiento no quirúrgico.

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 33

CC/P - 41

PSEUDOQUISTES PANCREÁTICOS EN EL CONTEXTO DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

Blanco, R(1); Barrere, M(1); Molina, C(1); Baez, E(1); Gallo, E(1); Suaya, G(1); Currás, A(1)
(1)Hospital Juan A. Fernández. Argentina.

Introducción. El hiperparatiroidismo es una causa rara de pancreatitis, si bien esta asociación ha sido ampliamente aceptada, no existe una relación causal concluyente. La incidencia en la literatura varía entre 1,5 a 8%. La misma ha descendido, posiblemente a causa del diagnóstico temprano del hiperparatiroidismo y su adecuado tratamiento. Cuando coexisten ambas entidades, la evolución de la pancreatitis puede ser severa, y a menudo, presentar complicaciones. Si bien existe poca literatura al respecto, varios estudios sugieren que el tratamiento adecuado del hiperparatiroidismo podría atenuar la severidad de la pancreatitis. Sólo encontramos tres casos reportados con esta asociación, en los cuales los pseudoquistes resolvieron luego de la resección quirúrgica del adenoma paratiroideo. Objetivo. Se presenta un caso clínico para compartir la experiencia en el diagnóstico y tratamiento de una asociación infrecuente. Caso clínico. Paciente de sexo femenino de 45 años de edad, sin antecedentes patológicos conocidos, que consultó por cuadro de disnea de cuatro meses de evolución, asociado a epigastralgia, anorexia y pérdida de 10 kg de peso. Al ingreso presentaba regular estado general, adelgazamiento, hipoventilación en ambas bases pulmonares, abdomen distendido, blando, depresible, doloroso en epigastrio, donde se palpaba masa dolorosa, fluctuante, de 10 cm de diámetro, por debajo de los planos musculares. Laboratorio de ingreso: Calcio sérico: 14,5 PTH: 514. Resto del laboratorio normal. Ecografía, TC y RM de abdomen que evidenciaron derrame pleural, líquido libre abdominal, dos imágenes compatibles con pseudoquistes en topografía pancreática, la mayor de 8 cm, páncreas con pequeñas calcificaciones puntiformes, ectasia del Wirsung y, como hallazgo, trombosis de la vena cava inferior a nivel infrarrenal. Ecografía de cuello que evidenciaba nódulo paratiroideo. Se realizó PAAF del nódulo paratiroideo, cuya citología fue compatible con adenoma paratiroideo. Se solicitaron simultáneamente amilasa en suero y en líquido ascítico, cuyos valores fueron 2100 y 11600, respectivamente. Se interpretó el cuadro como pancreatitis complicada, secundaria a hiperparatiroidismo primario, y trombosis de la vena cava inferior. Se suspendió la vía oral, se inició tratamiento con octreotide, alendronato, nutrición parenteral total y anticoagulación con regular respuesta al tratamiento médico. Se decidió la resección quirúrgica del adenoma paratiroideo, previa colocación de filtro en vena cava inferior, que se realizó sin complicaciones.
La paciente evolucionó favorablemente. Se realizaron ecografías seriadas y RM que demostraron disminución progresiva del tamaño de los pseudoquistes y recanalización de la vena cava inferior. Conclusión. En pacientes con hiperparatiroidismo primario que desarrollan pancreatitis complicada, es recomendable el tratamiento quirúrgico del adenoma paratiroideo para lograr un mejor control de las complicaciones de la pancreatitis.

CC/P - 42

PANCREATITIS AUTOINMUNE COMO FORMA DE PRESENTACION DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

Peche, M(1, 2); Lopez Cabanillas, A(2); Setti, S(2); Villanova, A(2)
(1)Centro de Enfermedades Digestivas (2)Hospital Francisco Lopez Lima - Gral. Roca, Rio Negro. Argentina.

Introducción. La pancreatitis autoinmune (PA) es reconocida como una inflamación crónica que causa fibrosis pancreática que lleva a cambios en su estructura y funcionamiento. El alcohol es la causa más frecuente, pero existen otras como metabólicas, genéticas y de factores estructurales que comprometen a pacientes con de enfermedades pancreáticas de evolución crónica. Sarles y col. describieron en 1961 una pancreatitis con hipergammaglobulinemia que sugería un fenómeno autoinmune como mecanismo patológico. Objetivo. Destacar la presentación de PA como debut de Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Caso clínico. Pte de sexo F de 27 a que ingresa por ictericia, vómitos, diarrea, dolor abdominal,fiebre, debilidad muscular y poliartralgias de 10 días de evolución. Regular estado general. Al ex. físico presenta ictericia, deshidratación, estrías en muslos, abdomen y brazos, cianosis digital con ulceras en dedos de manos, debilidad muscular y dolor abdominal generalizado a la palpación profunda. Anteced. personales de Hipotiroidismo, Reyunad, Monorrena congénita y familiares de Enfermedad Celíaca. Laboratorio de ingreso: GOT 386 UI/l, GPT 169 UI/l, FAL 924 U/l, Bil T 8.85 mg%, Bil D 8.25 mg%, linfopenia. Se pide ecografía abdominal: hígado hiperecogenico. Páncreas heterogéneo con imagen quística de pequeño tamaño y Wirsung dilatado. Se completa con TAC: Imágenes nodulares compatibles con ganglios periaórticos y pericava; páncreas de tamaño conservado con realce heterogéneo que se refleja por imágenes nodulares (Pancreatitis autoinmune?) Esplenomegalia homogénea. Líquido libre interasas. Con la presunción de PA se inicia prednisona 40 mg/d y se pide dosaje de IgG4 que se recibe normal. Evoluciona con deterioro de la función renal, proteinuria y persistencia de debilidad muscular con hipergammaglobulinemia, FAN + 1/160 patrón moteado. Se completan estudios reumatológicos que sugieren sospecha de LES. A las 2 semanas se realiza TAC: mejoría de las lesiones pancreáticas y mejoria bioquímica. Se programa Bx. renal por vía laparoscópica. Se recibe de Bx. Glomerulonefritis membranosa. Se inicio tratamiento para LES con buena evolucion. Comentario. Pte. con diagnostico de LES que se presenta como PA, entidad poco frecuente en el contexto de LES. La PA se caracteriza por infiltrado linfoplasmocitario compuesto por células plasmáticas productoras de IgG4. En el caso que presentamos el dosaje dio negativo por lo que sugerimos no destartar la PA en caso de ausencia de IgG4. Se puede manifestar además por aumento focal y difuso del páncreas con estrechamiento del Wisung dando síntomas que incluyen dolor abdominal, pérdida de peso e ictericia. Conclusión. La PA presenta respuesta al tratamiento con Prednisona en dosis de 40 mg durante 2 a 4 semanas y en descenso progresivo en 6 a 12 meses con pocas tasas de recurrencia y ha sido observada en varias colagenopatias pero es una complicación rara y mas aun infrecuente como entidad inicial de Lupus.

CC/P - 43

TUMOR SOLIDO PSEUDOPAPILAR DE PANCREAS

Fragapane, V(1); Cassone, E; Martinez, M
(1)Hospital El Carmen OSEO Mendoza. Argentina.

Introducción. El tumor sólido pseudopapilar de páncreas es un tumor epitelial de baja malignidad que afecta a mujeres jóvenes, de todas las neoplasias pancreáticas representa el 1 a 2 %. Presentamos un caso diagnosticado en el Hospital El Carmen, tratado en Clínica Francesa de la ciudad de Mendoza. Caso Clínico. Mujer de 21 años de edad, con epigastralgia leve, bien localizada, sin irradiación, no relacionado con ingesta. de escasos dias de evolución. Se realizan laboratorio de rutina, ecografía hepatobiliopancreatica, visualizándose en cuerpo de páncreas imagen de aspecto sólido de 2,35 cm, se realizo cirugía, diagnosticándose tumor sólido pseudopapilar. Conclusiones. El tumor sólido pseudpapilar de páncreas es la neoplasia mas frecuente en mujeres jóvenes, cuya etiología es aun desconocida, se caracteriza por bajo potencial maligno, pero que obliga por su rareza a realizar diagnostico diferencial. Las manifestaciones clínicas reportadas se caracterizan por dolor abdominal, sensación de plenitud, nauseas, vómitos entre otras y como en nuestro caso prácticamente asintomática. Generalmente los exámenes de laboratorio resultan normales. La ecografía según constitución física, puede revelar masa tumoral heterogénea, que se confirma con la tomografía axial computadorizada .El diagnostico es histológico y la cirugía resulta por si sola curativa por lo que debe intentarse en todos los casos.

CC/P - 44

PANCREATITIS AGUDA ASOCIADA A PANCREAS DIVISUM

Gómez, J(1); Jorge, O(1); Solanes, M(1); Koll, L(1); Ferre, M(1); Camus, G(1); Ponce, G(1); Toro, M(1); Isaguirre, J(1)
(1)Servicio de Gastroenterología del Hospital Español de Mendoza. Argentina.

Introducción. El Pancreas divisum (PD) es una anomalía en el desarrollo embrionario, resultado de la falta de unión de los conductos dorsal y ventral del páncreas. De esta forma, la mayor parte de la secreción pancreática exocrina (producida en el páncreas dorsal) drena a través del conducto de Santorini o dorsal en la, relativamente, pequeña papila accesoria y sólo una pequeña parte del páncreas, el ventral, desagua a través del conducto principal o de Wirsung en la papila mayor. Esta anomalía pancreática, se observa en un 3 a 10% de la población general y en un 10% de las autopsias. Puede dar lugar a la presencia de pancreatitis aguda recidivante, dolor abdominal crónico y pancreatitis crónica. Presentamos 2 casos de pancreatitis aguda, asociadas a pancreas divisum. Casos clínicos. Caso 1: Varón de 64 años con antecedentes de HTA, Tabaquismo y Gastritis Crónica, que ingresa por epigastralgia, nauseas y vómitos. En la anlítica, Hto 50%, Hb 17.2g/dl, Gb 14600/mm3, uremia 49, creatinina 1.1, GOT 23, GPT 25, FAL 61, BD 0.31 mg/dl, BI 0.89mg/dl, LDH133, amilasa 2682, lipasa 731, TG 71. Ecografía abdominal: dentro de parámetros normales. Caso 2. Varón de 75 años con antecedentes de EPOC, HTA, Tabaquismo e IRC, ingresa por dolor abdominal epigástrico irradiado a HD y región posterior. En la anlítica, Hto 51%, Hb 16.7g/dl, Gb 21100/mm3, uremia 98, creatinina 2.6, GOT 18, GPT 16, FAL 60, BD 0.13mg/dl, BI 0.30mg/dl, LDH 154, amilasa 5631, lipasa 650, TG 159. Ecografía abdominal: dentro de parámetros normales. En ambos casos se descartaron causas frecuentes de pancreatitis, como litiasis biliar y abuso de alcohol, y menos frecuentes, como hipertrigliceridemia y fármacos. Se realizó ColangioRMN: se visualizó Páncreas Divisum. Ambos pacientes evolucionaron favorablemente con tratamiento médico. Conclusión. Ante la presencia de un paciente con el diagnóstico de pancreatitis aguda, se debe buscar la etiología, generalmente se encuentra en 70-90%, después de la evaluación inicial, con exámenes de laboratorio de rutina y ultrasonografía abdominal, siendo las causas más frecuentes el abuso de alcohol y la etiología biliar. Cuando se excluyen estas causas, y es necesario mayor estudio, se puede recurrrir a la ColangioRMN como método diagnóstico, y luego evaluar la necesidad de CPRE para terapéutica. En todos los episodios de pancreatitis aguda, luego de descartar causas etiológicas comunes, debería buscarse páncreas divisum.

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 34

CC/P - 46

ADENOCARCINOMA DUCTAL DE PÁNCREAS CON DEGENERACIÓN QUÍSTICA

López Laplace, FB(1); Calzetta, P(1); Baez, E(1); Figurelli, S(1); Carrillat, J(1); Suaya, G(1); Curras, A(1)
(1)Hospital Juan. A. Fernández. Argentina.

Introducción. La mayoría de los tumores pancreáticos son sólidos e histológicamente Adenocarcinomas ductales. El Adenocarcinoma ductal con degeneración quística representa menos del 1% del total de los tumores quísticos del páncreas. La edad promedio de presentación se encuentra entre los 60 a 70 años con un leve predominio del sexo masculino, el tamaño quístico varia entre 1 a 6 cm y se puede localizar en cualquier región del páncreas. Objetivo. Se presenta un caso clínico con el propósito de dar a conocer la experiencia de efectuar el diagnóstico y tratamiento en una patología infrecuente. Caso Clínico. Paciente de sexo masculino de 61 años de edad, con antecedentes de Asma Bronquial, consulta por presentar dolor abdominal a predominio de epigastrio, Hipocondrio derecho y región lumbar de 8 meses de evolución que remitía parcialmente con analgésicos. Refería además pérdida de peso de 12 kg y anorexia. Al examen físico presentaba signos de desnutrición, abdomen blando con leve dolor a la palpación profunda en epigastrio, RHA positivos, no se palpaban visceromegalias. El laboratorio de ingreso fue normal. Se realizó una ecografía abdominal en la que se observaban dos formaciones en páncreas, una sólida de 3,5 x 3,2 cm y una liquida tabicada de 3,3 x 2,7 cm, ambas localizadas a nivel cefálico. Wirsung dilatado. Una TAC de abdomen c/ contraste se informó como normal. Se realizó Colangioresonancia con RMN abdominal que evidenció, en porción cefálica pancreática, 2 imágenes quísticas de 28 x 30 cm y de 32 x 33 cm heterogéneas con tabiques internos (compatibles con cistoadenoma mucinoso) que por efecto de masa producía dilatación del Wirsung. Se solicitó CA 19.9 cuyo resultado fue de 16 (vn < 37). Se realizó Duodenoscopía que informó papila en segunda porción duodenal de aspecto normal, con secreción de aspecto biliar (no mucinoso). Con diagnostico presuntivo de tumor quístico de páncreas se realizó duodenopancreatectomia cefálica con pancreato-yeyuno-anastomosis. El estudio de anatomía patológica informó Adenocarcinoma ductal moderadamente diferenciado con necrosis y supuración central. El paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio. Se decidió su externación y control por consultorios externos. Conclusiones. Entre las lesiones tumorales quísticas del páncreas el adenocarcinoma con degeneración quística no puede descartarse entre los diagnósticos diferenciales de las lesiones quísticas. Su consideración permite una mejor orientación diagnóstica y terapéutica.

CC/P - 47

METÁSTASIS PANCREÁTICA COMO FORMA DE PRESENTANCIÓN INICIAL DE CÁNCER DE MAMA

Martín, M(1); Sanchez Vera, CM(1); Ruiz, EG(1); Higa, MA(1); Camps, DH(1); Bertola, SdC(1)
(1)Hospital Privado de Córdoba.

Introducción. Los tumores de páncreas son un desafío habitual de la práctica gastroenterológica, siendo la mayoría de ellos primarios. En una serie de 110 pacientes con tumores pancreáticos, 12 tenían tumores primarios en otros sitios, de los cuales sólo a 5 se les diagnosticó enfermedad metastásica. Los tumores que más frecuentemente producen metástasis en páncreas son el cáncer de pulmón, de mama, de riñón, el melanoma, el cáncer de origen gastrointestinal y de próstata. Se presenta aquí un caso de metástasis pancreática como presentación inicial en una paciente con cáncer de mama. Caso clínico. Paciente femenino de 40 años de edad. Sana previa, sin antecedentes quirúrgicos. Consulta por cuadro de dolor en hipocondrio derecho, leve, intermitente, de 3 días de evolución, tipo opresivo, sin irradiaciones, acompañado de astenia, coluria e hipocolia. No refiere ictericia, prurito, ni fiebre. Al examen se palpaba el hígado a 3 traveses de dedo por debajo del reborde costal. Se solicita laboratorio que arroja los siguientes resultados: citológico y creatinina normal, amilasa 204 U/l, bilirrubina indirecta (mg/dl) 1,23, bilirrubina directa 4,06, ASAT 318 U/l, ALAT 574 U/l, gamaGT 369 U/l, fosfatasa alcalina 461 U/l. Se solicita ecografía abdominal que informa "hígado con múltiples lesiones que impresionan de tipo secundario, con dilatación de las vías biliares". Se decide realizar tomografía axial computada (TAC) de abdomen doble contraste en donde se evidencia dilatación de la vía biliar intrehepática y del colédoco proximal con estenosis significativa en cola de ratón en el tercio distal del colédoco con páncreas de características normales, y el hígado con múltiples lesiones hipodensas. Antígeno carcinoembrionario normal, y marcador CA 19-9 con valor de 51 U/ml (normal hasta 31). Se realiza colangiografía retrógrada endoscópica, en la cual se observa una estenosis en tercio medio del colédoco con dilatación supraestenótica. Se coloca prótesis biliar de plástico de 7 fr y 10 cm. Se realiza nueva TAC con scan dinámico de páncreas, la cual informa una lesión ocupante de espacio en cabeza de páncreas de 30 milímetros de diámetro que produce obstrucción parcial del colédoco. Se realiza punción biopsia hepática cuyo informe anatomopatológico indica: metástasis de carcinoma, vinculable a probable origen mamario, confirmado por la inmunohistoquímica. Se realiza entonces ecografía mamaria que encuentra un área hipoecóica de márgenes mal definidos en mama izquierda, de aproximadamente 2 cm de diámetro. Se realiza biopsia de la lesión y en la anatomía patológica se describe un carcinoma ductal infiltrante poco diferenciado de alto grado. Conclusión. Se interpreta entonces que la paciente tiene un carcinoma de mama avanzado con múltiples imágenes hepáticas, y una metástasis pancrática que ocasionó la obstrucción parcial del conducto colédoco, con el consiguiente cuadro de colestasis, que fue la forma de presentación de su enfermedad neoplásica.

CC/P - 48

ENTERITIS PSEUDOMEMBRANOSA. REPORTE DE UN CASO

Toro, MA(1); Solanes, M(1); Koll, LS(1); Battistini, LA(1); Valdemoros, P(2); Bustos, CA(1); Romeo, LR(1); Isaguirre, JO(1)
(1)Hospital Español de Mendoza (2)Hospital Central. Argentina.

Introducción. La infección por Clostridium Difficile (CD) está frecuentemente asociada a terapia antibiótica y casi siempre se limita a la mucosa colónica. En los últimos años hubo un aumento en la incidencia y severidad de las infecciones asociadas a CD. El compromiso del intestino delgado es poco frecuente, con menos de 20 casos reportados y en la mayoría de ellos el factor común es la manipulación quirúrgica previa del colon. Caso clínico. Mujer de 44 años hospitalizada en enero de 2010 por cuadro agudo de diarrea, vómitos, fiebre y deshidratación que durante la internación presenta megacolon tóxico en el contexto de una colitis pseudomembranosa. Ante la falta de respuesta al tratamiento antibiótico instaurado y la progresión de respuesta inflamatoria sistémica se le realizó colectomía subtotal con ileostomía, con mejoría de parámetros hemodinámicos. Por persistencia de vómitos y débito por ileostomía alternante se le realiza videoendoscopía digestiva alta con el hallazgo de pseudomembranas en duodeno de características macroscópicas e histológicas similares a las encontradas en colon. La instauración de tratamiento con vancomicina oral, metronidazol EV, probióticos y soporte nutricional produjeron notable mejoría con desaparición de peudomembranas y alta hospitalaria. El segundo mes postoperatorio presentó dos episodios de pseudoobstrucción intestinal que resolvieron con tratamiento médico y no se repitieron luego de adecuar la dieta y agregar cisapride. En la actualidad la paciente se encuentra asintomática, con mejoría de parámetros nutricionales, a la espera de reconstrucción de tránsito intestinal. Antecedentes de enfermedad actual: debut del cuadro diarreico coincidente con inicio de gastroenteritis aguda de familiar conviviente. Cinco días previos medicada con amoxicilina-ácido clavulánico 2gr/día por tratamiento odontológico, el cual suspendió al tercer día por intolerancia. Pieza de colectomía evaluada por patólogos de tres centros de referencia nacional con histología convencional y técnicas de inmunohistoquímica, no pudiendo descartar enfermedad inflamatoria intestinal, pero sin hallazgos característicos. Antecedentes clínicos relevantes: Diagnóstico de enfermedad celíaca en 2008 luego del cual presentó un cuadro de suboclusión intestinal que requirió internación y resolvió con tratamiento médico. Serología HIV no reactiva, ex-tabaquista de 20 cig/día. Comentario. Se presenta este caso en el que confluyen dos aspectos emergentes de las infecciones por CD: por un lado la falta de respuesta a tratamiento convencional con desarrollo de formas fulminantes que requieren intervenciones agresivas (megacolon tóxico) y por otro el compromiso de zonas no convencionales del tubo digestivo (enteritis pseudomembranosa). Los cambios epidemiológicos descriptos recientemente, en relación a las infecciones por CD, obligan a mantener un alto índice de sospecha clínica en casos severos.

CC/P - 49

TUBERCULOSIS INTESTINAL: UNA PATOLOGÍA NO TAN INFRECUENTE

Caldentey, E(1); Puma Choque, H(1); Dominguez, V(1); Monteverde, D(1); Milocco, M(1); Spiazzi, R(1); Milano, MC(1); Bosco, AM(2); Lombardo, D(3); Pagnotta, S(1)
(1)Servicio de Gastroenterología. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. (2)Servico de Endoscopía. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. (3)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. Argentina.

Introducción. La tuberculosis intestinal es causada por Mycobacterium tuberculosis o bovis, este compromiso se presenta en el 0.4-5%, siendo la localización más frecuente el íleon terminal; sólo en 20-25% de los casos se observa además afectación pulmonar concomitante. Puede manifestarse por sus complicaciones (perforación, fístula intestinal, obstrucción o hemorragia) El diagnóstico se realiza con la histopatología de las lesiones halladas a nivel del tubo digestivo. Casos clínicos. Caso 1: Paciente femenina de 27 años, con antecedentes de retraso madurativo. Se interna por pérdida de peso, hiporexia y vómitos de 2 meses de evolución, con hallazgo radiográfico de infiltrado radiopaco en vértice y campo medio de pulmón derecho, inicia tratamiento antibiótico. Evoluciona con progresión radiológica, fiebre e hipoxemia, requerimiento asistencia mecánica respiratoria y por sospecha clínica de tuberculosis pulmonar se agrega tratamiento con antifímicos. Intercurre con hematoquezia masiva, realizándose VCC donde en ciego y colon ascendente se observó lesión proliferativa extensa con áreas de ulceración con fibrina sucia y abundantes restos hemáticos. Histopatología: mucosa colónica con tinción ziehl neelsen (ZN) positiva y bacilos acido alcohol resistentes (BAAR). Caso 2: Paciente masculino de 31 años, con antecedente de tuberculosis pulmonar en 1995 que cumplió tratamiento con antifímicos. Se internó por diarrea crónica, pérdida de peso, disnea y sudoración nocturna de 1 mes de evolución. Con esputo ZN positivo y BAAR, inició tratamiento con antifímicos. En estudio de diarrea crónica se realiza VCC donde se observa lesión ulcerada extensa en colon ascendente próxima a ciego. Histopatología: Mucosa colónica con granuloma tuberculoide, necrosis caseosa y bacilos ZN positivos. Caso 3: Paciente masculino de 18 años, con antecedentes de laparotomía exploradora por peritonitis generalizada secundaria a ulcera gástrica perforada, abscesos interasas y apéndice flegmonoso en Marzo de 2009, histopatología gastritis y apéndice granulomatoso. Se interna 6 meses posteriores por diarrea, dolor abdominal y astenia, en radiografía de tórax se observa imagen radiopaca en base pulmonar izquierda con derrame pleural. Se realiza: biopsia pleural histopatología se observan BAAR y VCC con orificio fistuloso rodeado de edema, superficie nodular y ulceraciones con fibrina en colon transverso. Por sospecha de tuberculosis pulmonar e intestinal se inicia tratamiento con antifímicos. Por fístula intestinal de alto debito, se inicia alimentación parenteral y por complicaciones infecciosas posteriores alimentación por fístula. Se recibe histopatología: mucosa colónica con granulomas linfohistiocitarios, necrosis focal no caseosa, ZN positivo. En diferido se realiza resolución quirúrgica de fístula intestinal. Los tres pacientes evolucionaron favorablemente y aún en tratamiento con antifímicos y seguimiento por los Servicios de Gastroenterología y Neumonología.

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 35

CC/P - 50

TUBERCULOSIS DISEMINADA CON COMPROMISO ESPLENICO, EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Caiña, D; Shneider, A; Labase, S; Millapel, MD

Introducción. La tuberculosis extrapulmonar supone el 10-17% del total de tuberculosis que padecen los enfermos inmunocompetentes, esta frecuencia de presentación se incrementa en las personas portadoras de algún grado de inmunodeficiencia. Si exceptuamos la afectación pleural, la localización más frecuente es la ganglionar, seguida de la urogenital y la osteoarticular, siendo el resto de localizaciones muy infrecuentes. La casi totalidad de las tuberculosis extrapulmonares tienen baciloscopia negativa, por lo que su capacidad de contagio es, prácticamente nula. Objetivo. Comunicar un caso de tuberculosis extrapulmonar, presentando como "primer" manifestación dolor abdominal, posteriormente evoluciona con síndrome meníngeo y compromiso vesical y renal. Caso clínico. Paciente de sexo masculino, 28 años. Sin antecedentes epidemiológicos, ni patológicos. Refiere fiebre, astenia, anorexia y disminución de 5kg, de dos meses de evolución , acompañado de dolor abdominal difuso en los últimos 15 días. Ex. Físico: Paciente adelgazado, febril 38,2°, clinicamente estable. Abdomen blando, depresible levemente doloroso en hipocondrio izquierdo, sin defensa ni reacción peritoneal. No se palpan adenomegalias. Laboratorio:HTO:34 mg%, HB:10,5. Glóbulos Blancos: 10900 mm^3; coagulograma y función renal normal. VSG:62. PCR +, Prot. Electroforéticas: aumento de alfa y gamma globulinas, hipoalbuminemia 2,8 gr/Litro. Orina Completa: Proteinuria +. Hemocultivo y Urocultivo negativos. HIV, Toxo, Reacción Hudlesson, Chagas: Negativos. FAN, anti DNA, Látex: Negativos. Ecocardiograma: Negativo para vegetaciones.TAC Tórax: Sin Particularidades. Abdomen y Pelvis: Se visualiza imagen homogénea que compromete bazo, impresiona colección liquida. INTERCURRENCIAS: Síndrome Meníngeo a las 48 hs de ingreso. TAC Cerebro: normal. PL: LCR cristal de roca con hipoglucorraquia leve, proteínas 80 mg %, células 20 sin predominios. Examen directo y cultivo para gérmenes comunes , negativos, Tinta china, antígeno y cultivo de criptococco, negativos. Ziehl Neelsen: negativo. Cultivo rápido para TBC +. Punción Esplénica guiada por TAC, se extraen 60ml de material tipo caseum, Ziehl Neelsen: negativo, cultivo rápido para TBC +.Al 6to día de internación , globo vesical. Se realiza cistoscopia evidenciando mucosa congestiva y múltiples imágenes blanquecinas. Biopsia: Proceso inflamatorio inespecífico. Examen directo y cultivo, negativos. Orina 24hs: Síndrome nefrotico con proteinuria de 4gr/día. .Biopsia renal: glomerulonefritis membranosa. Inmunofluorescencia negativa.

CC/P - 53

METÁSTASIS QUÍSTICAS DE ADENOCARCINOMA DE PANCREAS: REPORTE DE CASO CLÍNICO

Sala Lozano, A(1); Torrico, J(1); Viscardi, JP(1); Haller, C(1); Brodersen, C(1); Segal, E(1)
(1)Hospital Durand. Argentina.

Introducción. Las metástasis hepáticas son las más frecuentemente encontradas. La mayoría de éstas corresponden a tumores de páncreas, tracto digestivo, mama o pulmón. Actualmente contamos con diversas modalidades diagnósticas para evidenciar estas lesiones, que generalmente se presentan como masas sólidas diseminadas por la anatomía hepática, siendo infrecuentes las presentaciones quísticas. Objetivos. Comentar un caso clínico de adenocarcinoma de páncreas con metástasis hepáticas quísticas y los diagnósticos diferenciales planteados. Caso clínico. Paciente de 55 años que ingresa a la Unidad de Clínica Médica presentando cuadro epigastralgia intermitente y pérdida de peso de 6 kilogramos en los últimos 2 meses, a lo que se asocia ictericia, náuseas, vómitos y marcado deterioro del estado general en los últimos 15 días. Se realiza ecografía que evidencia hígado heterogéneo a expensas de lesiones quísticas difusas con vía biliar intra y extrahepática dilatada y colédoco de 16 mm, sin alteraciones pancreáticas. Se efectúa colangiorresonancia con protocolo pancreático que evidencia múltiples imágenes quísticas hepáticas diseminadas en todo el parénquima, se observa también formación sólida en cabeza de páncreas, vía biliar intra y extrahepática dilatada, colédoco de 16 mm, sin imágenes litiásicas en su interior. El paciente evoluciona tórpidamente, con cuadro de sepsis intrahospitalaria y posterior shock séptico. Fallece a las 72 horas de inicado el cuadro infeccioso, sin diagnóstico de su patología de base. Se decide realizar punción biopsia hepática postmortem, cuya anatomía patológica informa metástasis quísticas de adenocarcinoma pancreático. Comentario. Cuando se observan en el hígado múltiples lesiones quísticas, uno de los diagnósticos diferenciales a ser planteado son las metástasis quísticas, no tanto por su frecuencia, que es escasa, sino por su gravedad. Cuando se sospecha esta etiología, el tumor primario se debe buscar en colon, ovario, mama o riñón, sin olvidar la posibilidad de tumor carcinoide y melanoma. La naturaleza quística de las metástasis se debe al rápido crecimiento asociado a la insuficiente irrigación arterial de la lesión, llevando a necrosis central que simula un quiste en las imágenes. Existen otros diagnósticos diferenciales que deben sospecharse, como la enfermedad poliquística hepática y los múltiples abscesos hepáticos. La clínica asociada a la ecografía y la tomografía son útiles en diferenciar estas entidades. Existen pocas publicaciones sobre metástasis quísticas de origen pancreático.

CC/P - 54

SINDROME DE BUDD CHIARI: ¿POSIBLE CAUSA DE FALLA HEPÁTICA SUBFULMINANTE EN UN PACIENTE CON CETOACIDOSIS DIABÉTICA?

Czarnowski, A(1); Puente, M(1); Tonelli, E(2); Forden Jones, R(2)
(1)Hospital El Cruce (2)Hospital Mi Pueblo. Argentina.

Introducción. La presentación aguda de cetoacidosis diabética, hepatitis aguda severa y síndrome de Budd Chiari (SBC) constituye una asociación clínico patológica infrecuente. Objetivo. Describir un caso de asociación de estas tres patologías y plantear su posible relación fisiopatológica. Caso clínico. Varón de 23 años de edad que consulta en junio del 2009 por presentar vómitos, anorexia, pérdida de peso de 6 kg, coluria e ictericia, de 20 días de evolución. Ingresa con glucemia de 668 mg/dl, transaminasas por 30 veces su valor basal, fosfatasa alcalina de 433 UI/ml, hiperbilirrubinemia de 9 mg/dl a predominio directo y alteración del tiempo de protrombina de 27%. Se realiza diagnóstico inicial de Hepatitis Aguda Severa y debut de Diabetes Tipo I. No hay antecedentes cardiovasculares o ingesta de tóxicos. El paciente evoluciona lúcido, afebril, ictérico, con episodios transitorios de asterixis, alteración del sueño e irritabilidad del carácter. Luego de una mejoría bioquímica inicial presenta a los 10 días estancamiento de los valores de quick (42%) y factor V (inicial de 40% y luego 42%). Se realizó evaluación de serología de fase aguda y crónica para hepatitis virales, VIH, inmunológica, metabolismo del hierro, del cobre, alfa 1 antitripsina, y anticardiolipinas cuyos resultados fueron negativos. Es derivado a un Centro de Trasplante Hepático con impresión diagnóstica de falla hepática subfulminante de etiología desconocida. En la biopsia hepática del lóbulo izquierdo se halla necrosis del 100% de los hepatocitos con colapso focal de la trama reticular, infiltrados inflamatorios a predominio eosinofílico, leve proliferación ductular con infiltrado mononuclear leve, venas centrales con endotelitis focal vinculables a toxicidad por drogas. El paciente evoluciona favorablemente otorgándose el alta sin requerimiento de trasplante hepático. El 11/2009 se reinterna por cetoacidosis diabética el hallándose ascitis con GASA de hipertensión portal. La angioresonancia informa esplenomegalia, venas porta, esplénica, mesentérica superior y vena cava inferior en su segmento intrahepático, permeables. No se visualizaron las venas suprahepáticas. Presenta imagen de refuerzo hepático heterogéneo con predominio periférico subcapsular debido a probables shunt porto-sistémicos, menor vascularización de la región central hepática, con atrofia del lóbulo hepático derecho. Impresión diagnóstica: imágenes compatibles con SBC. Actualmente en evaluación hematológica. Conclusión. En este paciente que se presenta con hepatitis aguda subfulminante de causa inicialmente desconocida, se arriba más tarde al diagnóstico de SBC. Aunque no se descartaron otras causas, la presencia inicial de una descompensación diabética podría haber inducido un estado de hipercoagulabilidad que desencadenara en forma aguda todo este proceso.

CC/P - 55

TOXICIDAD MEDICAMENTOSA VS AUTOINMUNIDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO

Dolan, M(1); De Mingo, L(1); Scacchi, A(1); Rainero, G(1); Fernandez, R(1); Chaves, E(1); Romo, R(1); Copello, H(1); Etchart, C(1)
(1)Churruca-Visca. Argentina.

Introducción. La hepatoxicidad designa una lesión hepática causada por fármacos; estas lesiones se asocian a una amplia gama de síndromes clínicos, que simulan enfermedades hepáticas conocidas y a su vez, un solo agente pude provocar varios síndromes clínico-patológicos. La sibutramina, incorporada en el mercado en 1997, ha sido reportada en aisladas comunicaciones como posible causal de injuria hepática. Por otro lado la hepatitis autoinmune, es una causa de hepatopatia crónica de etiología desconocida; su forma de presentación puede ser muy diversa. Por esta heterogeneidad su diagnóstico puede ser difícil, requiriendo en ocasiones de la utilización de diferentes scores para su confirmación. Objetivo. Se presenta un caso de duda diagnóstica en una mujer de 57 años, que presenta una hepatitis ictérica, con consumo previo de sibutramina y sospecha de hepatopatía autoinmune. Caso clínico. Paciente mujer de 57 años de edad, diabetes tipo II, obesa (IMC 42 Kg/M2) fue derivada a nuestro centro por cuadro de astenia, fatiga, ictericia y coluria de 1 mes de evolución. Se encontraba en tratamiento con levotiroxina 75 mcg/día, metformina 500 Mg/día. Recibió sibutramina durante 1 mes, finalizando 15 días previos al inicio de los síntomas. La paciente no reportaba historia de enfermedad hepática, transfusiones sanguíneas y consumo de alcohol. Al examen físico lúcida, ictericia generalizada, sin evidencia de ascitis. Laboratorio: TGO x 23 TGP x 27 FAL x 1,2 BT 11Mg/dl BD 6 Mg/dl γgt x 4 Proteínas 7g % albúmina 3,6 g%, γglob x 1,15 IgG x 1,4 Quick 65%. Se descartó infección aguda por virus A, B y C como así también CMV, VHS y VEB. Perfil de auto-inmunidad (ANA, ASMA, AMA) negativo. Sus valores de función tiroidea y controles glucémicos estables. Ecografía abdominal, hígado hiperecogénico, resto sin particularidades. Ante la persistencia de la elevación de las transaminasas en una paciente con hígado graso no alcohólico, que agrega una probable toxicidad medicamentosa por sibutramina y la imposibilidad de descartar una etiología autoinmune en relación al aumento de IgG y al patrón de citólisis se decide realizar biopsia hepática. En la misma se observan espacios porta con marcada expansión fibrosa y septos fibrosos gruesos que conforman puentes porta-porta delimitando nódulos parenquimatosos. Tanto los espacios porta como los septos muestran moderado infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos, plasmocitos, aislados eosinófilos e histiocitos, con focal actividad de interfase. Se reconoce proliferación ductular a nivel septal y portal. El parénquima lobulillar muestran hepatocitos con degeneración plumosa periseptal con presencia de cuerpos de Mallory, degeneración balonizante, frecuentes cuerpos apoptoicos y formas sinciciales. Conclusión. Se presenta el caso para su discusión con expertos haciendo hincapié en las posibles etiologías y sus alternativas terapéuticas.

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 36

CC/P - 56

HEPATITS C CON MANIFESTACIONES EXTRAHEPATICAS "PRESENTACIÓN DE UN CASO"

Torrico Cuevas, J; Jeannot, J; Curvale, C; Haller, C; Brodersen, C; Segal, E

Introducción. Las infecciones por HCV presentan manifestaciones extrahepáticas en el 50% de los casos, pueden asociarse a crioglobulinemia tipo II generando afecciones renales principalmente Glomerulonefritis Membranoproliferativa tipo I, púrpuras en piel y neuropatía periférica. Objetivo. Presentar un caso clínico poco frecuente, de HCV con manifestaciones extrahepáticas, siendo la manifestación principal la glomerulopatía, resaltando la importancia de un tratamiento temprano tanto para la infección viral como las complicaciones. Caso clínico. Paciente de 39 años con diagnóstico de HCV en marzo de 2009, presenta púrpuras en piel, crioglobulinas mayores al 5%, hipocomplementemia, factor reumatoide positivo, sedimento urinario con hematuria, proteinuria. Se inicia el tratamiento antiviral con IFN y Ribavirina. La primera semana de tratamiento intercurre con edemas generalizados, púrpuras palpables en piel, deterioro de la función renal por laboratorio, aumento de proteinuria, alteración del clearence de creatinina y elevación de crioglobulinas. Motivo por el cual se decide suspender el tratamiento antiviral, tratando la crioglobulinemia con ciclofosfamida y pulsos de metilprednisolona con buena respuesta y postergando el tratamiento antiviral hasta la estabilización inmunológica de la paciente. Comentario. En ocasiones el tratamiento antiviral con Interferon y Ribavirina es insuficiente para controlar la respuesta inmunológica mediada por los depósitos de crioglobulinas en sangre y tejidos, o podría empeorar la glomerulopatía, contraindicando la continuación del tratamiento, como es el caso la paciente.

CC/P - 59

COLANGIOPATÍA PORTAL: UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE LA CAVERNOMATOSIS PORTAL

Milocco, M(1); Puma Choque, H(1); Spiazzi, R(1); Fassio, E(1); Landeira, G(1); Gutierrez, S(1); Zagalsky, D(2); Ianiccillo, H(2); Fucile, V(2); Valenzuela, M(3); Toselli, L(4); Lafage, M(4)
(1)Servicio de Gastroenterología. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. (2)Servicio de Endoscopía. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. (3)Servicio de Imágenes. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. (4)Unidad de Transplante. CRAI Norte. Argentina.

Introducción. La colangiopatía portal es una anormalidad de la vía biliar, que se presenta en pacientes con hipertensión portal secundaria a obstrucción de la vena porta. Los síntomas suelen presentarse en adultos, con una media de 9 años desde el diagnóstico de trombosis portal, con colestasis, colangitis o colecistitis. El diagnóstico se establece con los antecedentes clínicos y estudios no invasivos: ecografía, angio y colangio-resonancia (CRMN). Los tratamientos propuestos son el endoscópico de la vía biliar y el quirúrgico de la trombosis portal. Caso clínico. Paciente femenina de 24 años, con antecedentes de cavernoma de la vena porta secundario a canalización de vena umbilical en la infancia, internaciones por HDA variceal (primer episodio a los 13 años), tratamiento endoscópico con bandas. Se interna en Obstetricia en Mayo de 2009 con diagnóstico de embarazo de alto riesgo (semana 28) derivada de Catamarca; al ingreso abdomen con circulación colateral, hepatoesplenomegalia, ictericia, coluria e hipoacolia. Laboratorio: anemia, plaquetas 325000, Quick 83%, Bt 30.8, Bd 29.5, AST 33, ALT 34, FAL 6900, γGT 79, albúmina 3.3, función renal normal. Serología viral y autoanticuerpos negativos. Ecografía con doppler: hígado homogéneo; dilatación focal del conducto hepático izquierdo. Hepatocolédoco de calibre irregular y de paredes engrosadas. Microlitiasis vesicular. Trombosis y cavernomatosis portal. Vena esplénica de 20 mm. Esplenomegalia. Intercurre con rotura prematura de membranas por lo que se decide cesárea de urgencia; presentando en el postoperatorio ascitis, paracentesis: alb <1 GASA 1,5 GB 1200, 80% PMN. Tratamiento con ceftriaxona. CRMN: Hígado disminuido de tamaño, heterogéneo, con importante dilatación de la VBIH y VBEH normal. En la confluencia de los dos hepáticos tejido de intensidad de señal de partes blandas con realce tras inyección de gadolinio, que no permite descartar lesión en el carrefour. Se realiza CPRE, observándose gran dilatación de la VBIH a predominio de la izquierda. Estenosis del carrefour. Se coloca stents en hepático común y otro en dirección a hepático izquierdo. VEDA: Várices de techo gástrico. Gastropatía hipertensiva. Se observa extremo de stent en contacto con pared contralateral de duodeno. Por síndrome febril, se realiza CPRE observándose los stents saliendo del poro biliar, se retiran. Al ingresar se observa sangrado activo, hepático izquierdo marcadamente dilatado, con imagen de defecto de relleno (hemobilia?, coagulo?). Se coloca drenaje nasobiliar. Se deriva para cirugía de hipertensión portal donde se realiza derivación porto-sistémica (anastomosis termino lateral de vena mesentérica inferior y vena renal izquierda) y colecistectomía parcial, con drenaje transhepático de la vía biliar. Evolucionó con shunt permeable sin repetir HDA, ni colangitis. Último laboratorio control Abril 2010: Bt 1.58, FAL 1778, AST/ALT: 36/37.

CC/P - 60

HIPERTENSIÓN PORTAL NO CIRRÓTICA EN UNA PACIENTE CON HIV

Romo, R(1); Chaves, E(1); Fernandez, R(1); Rainero, G(1); De Mingo, L(1); Dolan, M(1); Scacchi, A(1); Zolorsa, S(1); Bordenave, A(1); Copello, H(1)
(1)Hospital Churruca. Argentina.

Introducción. La hiperplasia nodular regenerativa (HNR) del hígado es una condición poco frecuente caracterizada por la transformación difusa del parénquima hepático normal en pequeños nódulos de regeneración en ausencia de fibrosis significativa. La patogénesis no está completamente aclarada si bien el desarrollo de una venopatía portal obliterativa de sus ramas terminales es una de las hipótesis más aceptadas. Su prevalencia oscila entre un 0,6 y 2,6% en series de autopsias y afecta a hombres y mujeres por igual. Entre las condiciones asociadas a la HNR se encuentran enfermedades reumáticas, hematológicas, el uso de fármacos inmunosupresores, agentes tóxicos y más raramente se lo asociado al HIV y a ciertos fármacos empleados en el tratamiento de esta enfermedad. Caso clínico. Mujer de 38 años, que consultó en el servicio de gastroenterología del hospital Churruca en Septiembre del 2009 derivada para estudio de ascitis y esplenomegalia. Portadora de HIV desde el año 2000, medicada con Lamividina + Nevirapina + Didanosina (DDI). Al examen físico, discreta esplenomegalia sin otros hallazgos relevantes. Bioquímica normal. Ecografía abdominal con doppler espleno-portal: Ascitis leve y discreto aumento del tamaño del bazo. VEDA: Varices esofágicas grandes sin puntos rojos y gastropatía portal hipertensiva leve. Se descartaron hepatitis virales, autoinmunes, tóxicas y metabólicas. Se realizó manometría hepática más biopsia trans-yugular constatándose hipertensión portal clínicamente significativa (GPVH: 10mmHg) y la presencia de HNR en ausencia de fibrosis en la biopsia. (Metavir A0, F0). Comenzó tratamiento con dieta hipo sódica y beta bloqueantes. Evolucionó favorablemente, sin ascitis, con controles ambulatorios por gastronterología e infectología quien modificó el tratamiento anti-retroviral (TARV) por considerar a la DDI como el agente etiológico. Comentario. La HNR debe incluirse como diagnóstico diferencial en aquellos pacientes afectados por HIV con hipertensión portal. La exposición prolongada al TARV, especialmente DDI, puede desempeñar un papel esencial en este escenario. La hipertensión portal en estos pacientes tendría un principal componente pre-sinusoidal secundario a una venopatía portal obliterativa por lo que es frecuente la presencia de várices esofágicas, y un componente sinusoidal por compresión de las ramas portales intrahepáticas por parte de los nódulos de regeneración. La falta de una clara etiología para la HNR asociada al HIV hace que su tratamiento actual se base en modificaciones del TARV asociado a medidas sintomáticas dirigidas fundamentalmente al manejo de las complicaciones de la hipertensión portal.

CC/P - 61

HIPERTENSIÓN PORTAL SEGMENTARIA

Fainberg, M(1, 2); Romero, G(1, 2); Badenas, S(1, 2); Buscaglia, A(1, 2); Dimarco, M(1, 2)
(1)Servicio de Gastroenterología. C.E.T.U.S. (2)Hospital "San Martín" de La Plata. Argentina.

Caso clínico. Motivo de internación: Pac. de 53 años, masculino, ingresó por hematemesis y melena, con descompensación hemodinámica. Antec. personales:Seminoma hace 24 años, tratado con radioterapia, cirugía y quimioterapia; ACV e IAM hace 7 años; colecistectomía hace 7 años.Hábitos:200g alcohol/día. Enfermedad Actual: Ingresó el 28/11/2009 a otra institución por HDA, con descompensación hemodinámica, y laboratorio normal, excepto la anemia. VEDA: várices gástricas de techo aisladas, sin sangrado activo. VCC: hasta 20 cm de margen anal, siendo imposible progresar por compresión extrínseca. TAC abdomen y pelvis: derrame bilateral pleural a predominio izquierdo, hígado con esteatosis, esplenomegalia, adenomegalias retroperitoneales. Escasa cantidad de líquido interasas y Douglas. Adenomegaliade 4 cm en cadena ilíaca externa derecha y otra de 2,2 cm en la interna homolateral. Punción de líquido pleural: trasudado. Arteriografía tronco celíaco y mesentérica: sin evidencia de sitio de sangrado. Doppler portal: Estudio dificultoso por meteorismo. Hígado esteatosis grado II. Esplenomegalia moderada. Vena porta 10 mm, flujo hepatópeto, velocidad aumentada. Venas suprahepáticas, flujo trifásico, calibre 7.9 mm, arteria hepática no se pudo evaluar.-Hematológico: anemia microcítica hipocrómica, resto de las series normales. El 11/12 resangrado, VEDA: en techo gástrico, várices tortuosas, una de ellas con babeo y jet intermitente. Se inyectó 6 a 7 ml AET 1%, con stop del sangrado. Inició tto con terlipresina 2mg cada 4hs .Se solicitó derivación a nuestra unidad para tto con Histoacryl. Ingresó inestable, lúcido, afebril, melena y SNG con débito hemático. Hipertrofia parotídea, telangiectasias malares, ginecomastia, edemas generalizados, abdomen globoso por obesidad y ascitis, hipoventilación bibasal con roncus y sibilancias bilaterales, soplo sistólico aórtico 3/6, Hto 21%, se pancultivó, y PLA, con 421 PMN, inició cefotaxime 2 gr cada 12hs. Laboratorio de ingreso GB11.5, plaquetas327, protrombina 97%, urea y creat normales glucemia 1,19. Na141 y K3.53 y hepatograma normal, que se mantuvo durante toda internación.VEDA: IGV con sangrado activo, se inyectaron 2 amp. Histoacryl, con cese del sangrado. GHTP severa. Se realizó Angiorresonancia: esplenomegalia, adenopatias en hilio esplénico con compresión marcada de la vena esplénica. Laboratorio: subunidad beta >500 (normal < de 5), alfafetoproteinas 3.07 (normal hasta 8) CEA 2.2 (normal hasta 4), beta micro globulina 3223 (normal hasta 1700), lo que confirmaría el origen de las adenomegalias por recidiva de seminoma. Con este diagnóstico se transfiere a oncología falleciendo días mas tarde por hipercalcemia maligna.

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 37

CC/P - 62

INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA SOBRE HEPATOPATÍA CRÓNICA CON COMPROMISO PREDOMINANTEMENTE SISTÉMICO

Jorge, O(1); Solanes, M(1); Koll, L(1); Camus, G(1); Ferre, M(1); Toro, M(1); Ponce, G(1); Isaguirre, J(1)
(1)Unidad de Hepatología. Servicio de Gastroenterología. Hospital Español de Mendoza. Argentina.

Introducción. La insuficiencia hepática aguda sobre hepatopatía crónica se caracteriza por deterioro de la función hepática, en un periodo corto de tiempo (4 semanas), asociado a un factor precipitante, en un paciente con hepatopatía crónica previamente compensada. Muchos pacientes cursan con síndrome de respuesta inflamatoria multisistémica, sepsis y fallo multiorgánico. En este grupo de pacientes, los parámetros de función hepática, como el tiempo de protrombina, parte fundamental de sistemas de medición de función hepática (Child-Pugh y MELD), no predicen con tanta exactitud el pronóstico de estos pacientes como los parámetros de inflamación y fallo multisistémico que forman parte de los sistemas de medición utilizados en las unidades de cuidados intensivos (SOFA, APACHE II y III). Presentamos seis pacientes con insuficiencia hepática aguda sobre hepatopatía crónica, cuya evolución estuvo directamente relacionada al grado de respuesta inflamatoria multisistémica, sepsis y fallo multiorgánico. Casos clínicos. Presentamos seis pacientes masculinos, edades entre 48 y 84 años. Cuatro presentaban cirrosis post esteatohepatitis no alcohólica, uno cirrosis alcohólica y uno cirrosis C como enfermedad de base. La descompensación se debió a hemorragia digestiva variceal en tres casos, osteomielitis en uno, neumonía en uno y colecistitis gangrenosa en uno. En cuatro la descompensación coincidió con el debut de su hepatopatía. Los dos casos de hemorragia digestiva fueron controlados con terlipresina más banding. Los casos de osteomielitis y neumonía recibieron antibioticoterapia de acuerdo a cultivos. En la colecistitis gangrenosa se procedió a colecistectomía. Analítica: actividad protrombínica (Quick) entre 63% y 130%; creatinina entre 0.8 mg/dl y 3.3 mg/dl (en tres creatinina > 1.5 mg/dl); bilirrubina entre 0.8 mg/dl y 20 mg/dl (en dos bilirrubina > 5 mg/dl). Todos ingresaron a unidad de cuidados intensivos y todos presentaron síndrome de respuesta inflamatoria multisistémica, con requerimiento de noradrenalina en todos e intubación endotraqueal en cuatro. Cuatro presentaron sepsis. Cuatro presentaron fallo multiorgánico y muerte. Tres pacientes sobrevivieron (uno con hemorragia variceal y dos con sepsis). Comentario. La insuficiencia hepática aguda sobre hepatopatía crónica es un evento grave, que requiere ingreso a unidad de cuidados intensivos y tiene alta mortalidad (46%-88%). Puede ser reversible si se controla el factor precipitante. Parámetros que miden función hepática no siempre se correlacionan con evolución y pronóstico. El pronóstico está relacionado con respuesta inflamatoria multisistémica, sepsis y fallo multiorgánico. Esto puede deberse a un fallo en la depuración de endotoxinas y citoquinas por las células de Kupffer y las células endoteliales hepáticas. Los sistemas de medición de función hepática (MELD) pueden no dar un panorama real de la gravedad del paciente.

CC/P - 65

ANGIOSARCOMA HEPÁTICO Y HACRE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Videla, MG(1); Velez, S(1); Gomez Zanni, EO(1); Lujan, M(1); Retamosa, PM(1); Yapur, AS(1)
(1)Hospital Regional "Dr Ramón Carrillo". Argentina.

Introducción. El arsénico, es un elemento químico que existe en la naturaleza. En nuestro país aparecen áreas con niveles elevados de arsénico en el agua subterránea debido a concentraciones altas en las piedras subyacentes. El consumo de aguas con altos niveles de arsénico a través de los años produce daño en el organismo. Referido al efecto carcinógeno del arsénico, se sabe que no todos los individuos expuestos desarrollan intoxicación crónica, sólo se calcula entre un 20% y un 30% y de ellos sólo el 12% al 15% desarrollan cáncer. El angiosarcoma hepático es un tumor poco frecuente que se asocia a la intoxicación crónica con arsénico. Suele presentarse con síntomas inespecíficos, la supervivencia media es de 6 meses sin tratamiento y solo el 3% sobrevive más de 2 años. Caso clínico. Paciente de sexo masculino de 23 años de edad con antecedentes de HACRE (hidroarsenicismo crónico endémico) diagnosticado en la infancia, consulta por servicio de urgencias con dolor abdominal de un día de evolución tipo punzante, intensidad 8/10, sin irradiación y de inicio agudo, ictericia de piel y mucosas, tumoración en hemiabdomen superior, dura pétrea en hipocondrio derecho y epigastrio, dolorosa a la palpación superficial, inmóvil, de tres meses de evolución, RHA (+), catarsis conservada con lesiones hiperqueratósicas simétricas en palmas de las manos y plantas de los pies. Analítica sanguínea: Hto 35%, GB 9700/mm3, glucemia 0.66 g/l, urea 0.23 g/l, tiempo de coagulación 8 min, tiempo de sangría 2 min, TP 18,4 segundos, porcentaje de actividad 50%, RIN 1.74, proteínas totales 5,67 g/dl, albúmina 3.29 g/dl, GOT 98 U/l, GPT 109 U/l, FAL 655 U/l, bilirrubina total 29 mg/l, bilirrubina directa 13 mg/l, bilirrubina indirecta 16 mg/l, colesterol total 1.28 g/l. Durante la internación se confirma diagnóstico de HACRE. Se dosaron alfa feto proteína, CEA y CE 19-9 con resultados normales. Tomografía de abdomen: múltiples masas hepáticas heterogéneas. Biopsia hepática: angiosarcoma hepático. El paciente fallece a las 2 semanas por insuficiencia hepatica sin poder recibir tratamiento alguno. Conclusión. se presenta este caso por la infrecuencia del angiosarcoma hepatico y para dar más evidencia de su relación con la exposición a niveles tóxicos de arsénico.

CC/P - 66

SARCOIDOSIS HEPÁTICA

Calzetta, P(1); Fuentes, J(1); Aira, O(1); Suaya, G(1); Concetti, H(1); Martínez, A(1); Currás, A(1)
(1)Juan A. Fernández. Argentina.

Introducción. La sarcoidosis es consecuencia de una respuesta inmunitaria celular exagerada a un grupo variado de antígenos. El hígado es un órgano que favorece la formación de granulomas por su rico flujo sanguíneo y su gran número de células retículoendoteliales. El compromiso hepático es a menudo subclínico excepto en una minoría de pacientes que pueden presentar severa ictericia colestática, hipertensión portal, dolor abdominal o cirrosis establecida. Objetivo. Se presenta un paciente con sarcoidosis hepática en estadio cirrótico, de observación infrecuente en esta entidad, cuya orientación diagnóstica la proporcionó la biopsia hepática. Caso clínico. Sujeto de sexo masculino de 38 años que consultó en el 2002 por presentar astenia, hepatoesplenomegalia y alteraciones del hepatograma, con diagnóstico presuntivo de hepatitis autoinmune por ASMA débilmente positivo. Tenía antecedentes de hipotiroidismo e hipogonadismo hipofisario por tumor de quiasma óptico. En el año 2000 se le diagnosticaron nódulos pulmonares. Recibió tratamiento con corticoides y evolucionó favorablemente con desaparición del tumor del quiasma y los nódulos pulmonares. Se efectuó serología para VHC, VHB, HIV y marcadores autoinmunes que fueron negativos. Metabolismo del hierro y ceruloplasmina normales. ECA: Dos dosajes aumentados: 78 y 53 nmol x ml (VN: 28). VEDA: várices esofágicas grado I y antroduodenitis erosiva. Biopsia Hepática: Cirrosis hepática micronodular con escasa actividad necroinflamatoria y presencia de granulomas gigantocelulares. Zielh Nielsen negativo. RNM de cerebro sin lesiones focales; hipófisis y quiasma óptico normales. Cisterna supraselar libre. Se continuó con tratamiento corticoideo y se indicó propanolol. Evolucionó con Diabetes mellitus, compromiso miopático y vejiga neurogénica. La cirrosis hepática está en estadio Child A y se realizó control periódico por várices esofágicas. Conclusión. La granulomatosis hepática es una enfermedad crónica multisistémica que aparece en 2 al 10% de las biopsias hepáticas. La sarcoidosis y la tuberculosis son la causa del 50 a 60% de las granulomatosis hepáticas en la casuística mundial. Los granulomas se observan generalmente en el espacio porta y alrededor de los conductos biliares septales determinando inflamación crónica, colestasis, fibrosis y evolución a la cirrosis e hipertensión portal. Este paciente es un caso infrecuente de sarcoidosis en etapa cirrótica con várices de esófago. La biopsia hepática fue útil para el diagnóstico al mostrar la presencia de granulomas.

CC/P - 67

DIFICULTAD DIAGNOSTICA EN UN CASO DE TUMOR CARCINOIDE

Sassone, G(1); Alvarez, MS(2); Souto, L(2); Calima, J(2)
(1) Hospital Lucio Melendez (2)Hospital Lucio Melendez. Argentina.

Introducción. El 30% de los tumores carcinoides se localizan en intestino delgado. La presentacion clinica varia desde incidentalomas, cuadros inespecificos, suboclusivos o sindrome carcinoide. Al momento del diagnostico el 33% exhibe metastasis ganglionar y 31% metástasis hepáticas. Objetivos. Presentación de un caso de secundarismo hepático que deriva en el diagnostico de un tumor neuroendocrino. Caso clínico. Varón de 75 años con diarrea crónica y dolor abdominal de 6 meses de evolución asociado a pérdida de peso. Laboratorio: discreta anemia. Ecografía abdominal: 3 nódulos sólidos en segmento posterior del lóbulo derecho hepático de 2 cm, litiasis vesicular, efecto de masa sólida de 6,7 cm por encima de la aorta abdominal y ascitis. TC: 3 imágenes isodensas redondeadas en el segmento Vl hepático de 23 mm que impresiona secundarismo. El mesenterio presenta imagen heterogénea de 48 x 35 mm y otra paraaortica derecha. El recto presenta engrosamiento parietal difuso con alteración de la grasa periorganica. VEDA: normal y VCC: ciego con lesiones múltiples sesiles de 0.5 cm. Anatomía patológica: Adenoma velloso. Se realizo laparoscopia con toma de biopsia de las metástasis hepáticas y masa mesentérica. La anatomía patológica de las metástasis informo adenocarcinoma y la masa mediastinica tejido fibroconectivo hialinizado con reacción inflamatoria crónica inespecífica. Se realizo inmunohistoquímica del tejido metastasico en busca del tumor primario que arrojo infiltración por un carcinoma escasamente diferenciado con estructuración organoide de tipo neuroendocrino. Se solicito 5-AHIA siendo positivo (48.9). Los estudios contrastados no evidenciaron lesiones. Se repite TC: En segmento Vlll, IV y VI del lóbulo hepático derecho lesiones redondeadas heterogéneas, de 3 cm, compatible con secundarismo hepático. Sobre raíz de mesenterio y en contacto con asa de intestino delgado formación nodular de contorno irregular y alteración de planos grasos adyacentes, de aspecto neoformativo, de 5,5 cm, con retracción de la grasa mesentérica a este nivel. Adenomegalias portocavas. Engrosamiento del marco colonico derecho. Diagnostico diferencial: A) Tumor carcinoide B) Adenocarcinoma de intestino delgado. Comentario. Según la literatura el tumor carcinoide de intestino delgado es el más frecuente. En nuestro caso comprobamos un carcinoide secundario en hígado, siendo el primario sospechado en intestino delgado. Conclusión. Dado a la complejidad, heterogeneidad y rareza de los tumores carcinoides el diagnostico requiere de una alta sospecha clínica. Si bien en nuestro caso el paciente presentaba secundarismo hepático y síndrome carcinoide con una masa heterogénea en mesenterio, la condición del paciente y su deseo de no seguir siendo invadido limitaron la posibilidad de concretar el diagnostico primario, de por si dificultoso por la ubicación del proceso.

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:36 PM Página 38

CC/P - 68

HEPATOTOXICIDAD ASOCIADA A LA INGESTA DE UNCARIA TOMENTOSA (UÑA DE GATO)

Jorge, O(1); Koll, L(1); Solanes, M(1); Ferre, M(1); Camus, G(1); Ponce, G(1); Toro, M(1); Isaguirre, J(1)
(1)Unidad de Hepatología, Servicio de Gastroenterología, Hospital Español de Mendoza. Argentina.

Introducción. La hepatotoxicidad por hierbas medicinales es un evento cada vez más reconocido. La Uncaria Tomentosa (Uña de gato) es utilizada como antiinflamatorio, antineoplásico e inmunoestimulante. Presentamos un caso de hepatotoxicidad asociada a la ingesta de esta hierba medicinal. Caso clínico. Paciente femenina, 62 años, con antecedente de cirrosis por virus C compensada, no respondedora al tratamiento con interferón alfa más ribavirina, con valores de aminotransferasas y parámetros de función hepática dentro de valores normales. Es ingresada en nuestro hospital por presentar astenia severa, sindrome gripal y rash cutáneo de dos semanas de evolución. Laboratorio: AST 1245 U/l; ALT 853 U/l; FAL 208 U/l; GGT 70 U/l; bilirrubina total 1,9 mg/dl; actividad protrombínica 58%; hemoglobina 13 g/l; glóbulos blancos 6900/mm^3; plaquetas 179000/mm^3. HAV IgM (-); HBsAg (-); carga viral HCV 87000 copias/ml (estable); CMV IgM (-); EBV IgM (-); HSV tipos I y II IgM (-); ANA (-); ASMA (-); LKM (-); AMA (-). Ecografía hepatobiliopancreática: normal. En el interrogatorio la paciente refirió la ingesta de la hierba medicinal Uña de gato (Uncaria Tomentosa) a dosis de 3 cápsulas de 500 mg/día durante un período aproximado de 3 meses para su hepatitis C. No refirió ingesta de alcohol ni de fármacos. La paciente fue medicada con prednisona 40 mg/día, con descenso progresivo de la misma, con evolución favorable de su sintomatología, sensible mejoría de las aminotransferasas (AST 131 U/l; ALT 212 U/l) y mejoría de la función hepática (actividad protrombínica 81%) a las dos semanas. Comentario. La paciente que presentamos sufrió un severo incremento de aminotransferasas asociado a un compromiso de su función hepática después de la ingesta de la hierba medicinal Uncaria Tomentosa. Si bien no se pudo realizar biopsia hepática por compromiso de su hemostasia, clínicamente este caso siguió un patrón de tipo hepatítico. Se decidió la utilización de esteroides debido al compromiso de la función hepática sobreañadido a una cirrosis hepática y por no poder descartar un probable mecanismo inmunoalérgico como causa del daño hepático, evolucionando favorablemente. No hemos encontrado en la literatura ningún caso de hepatotoxicidad asociado a la ingesta de esta hierba medicinal. Creemos que la ingesta de hierbas medicinales (en este caso Uncaria Tomentosa) debe ser tomada en cuenta en el diagnóstico diferencial de descompensación de una enfermedad hepática crónica compensada.

CC/P - 69

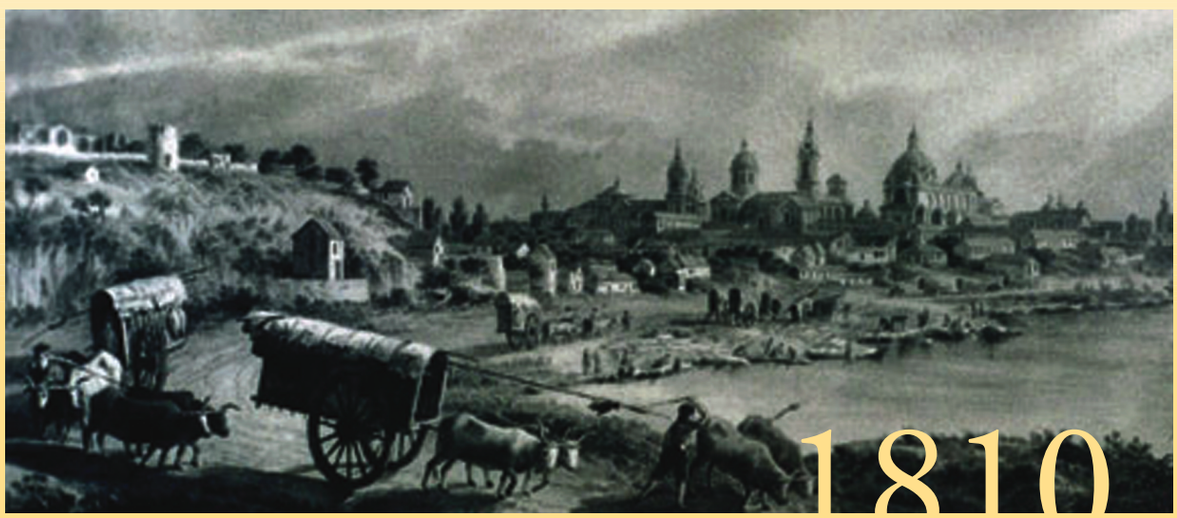
TERAPEUTICA LAPAROSCOPICA DE QUISTE HEPATICO HIDATIDICO

Caiña, D(1); Shneider, A(1); Millapel, M(1)
(1)Ambito Privado. Argentina.

Introducción. La equinococosis, infección larvaria de la tenia Echinococcus granulosus. Accidentalmente, el hombre puede resultar afectado por la ingestión de los huevos presentes en las heces de perros infectados por la tenia adulta. Las nuevas larvas (escólex) se desarrollan en gran número a partir de la capa germinal de las vesículas incubadas en el interior del quiste. Aproximadamente el 70% de los quistes hidatídicos se localizan en el hígado, y en una cuarta parte a un tercio de los casos, son múltiples. Por lo general son superficiales. El lóbulo derecho es el afectado en el 85% de los casos. Un 15% de los quistes hepáticos protruyen hacia el árbol biliar. Objetivo. Comunicar un caso de quiste hidatídico con compromiso de segmentos VI/VII, resuelto por abordaje laparoscópico. Caso clínico. Paciente de sexo femenino, 52 años de edad. Consulta por dolor abdominal difuso con predominio en hipocondrio derecho, de 2 meses de evolución, acompañado de nauseas e intolerancia a colecistoquineticos. Examen físico, abdomen discretamente doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio, sin defensa ni reacción peritoneal, ni masa palpable. Laboratorio: Leucocitosis 12500 mm^3 serie eosinofila de 35,6%. Arco V (+). Ecografía Abdominal: Hígado alterado, imagen quística de 102 por 107 mm. En segmento VI y VII, con tabicaciones y bandeletas internas, contenido homogéneo, clasificación Ghardbi III. Tac Abdomen: informa masa ocupante de espacio, que compromete segmentos VI y VII de aproximadamente 9x10 cm, evidenciando vesículas en su interior .Tratamiento médico preoperatorio, albendazol 10 mg/kg/día, en dos ciclos por 4 semanas y 2 semanas de descanso entre ciclos. Método: Se utilizaron 4 trocares. Por uno de los otros trocares de trabajo de 10 mm, se introducen gasas embebidas con solución salina hipertónica (NaCl 33%). Estas gasas de una longitud aproximada de 10 cm y se ubican concéntricamente de la zona elegida para la punción. Introducción percutánea de aguja de aspiración Nº 14 con mandril conectado a una llave de triple vía con succión permanente al vacío y a una jeringa con sustancia escolicída, que perfora la pared del quiste y aspira el contenido(inactivacion primaria). Por otro trocar se insertó aspirador de 10 mm, mediante punción. El contenido del quiste, fue aspirado utilizando el tubo de succión (inactivación secundaria). Se inspecciono bajo vision directa el interior de la cavidad, sin evidenciar vesiculas, ni comunicación con via biliar. Se procede a realizar la quistectomia con tijera y electrocauterio. Se coloco drenaje, el mismo se retira al 2 dia de internacion. Resultado: Buena evolución, egreso hospitalario al 4° día postoperatorio. Conclusión. La técnica laparoscópica, aplicada con criterio selectivo, puede ser una alternativa efectiva y segura para tratar a los pacientes con quistes hepáticos hidatídicos porque sus resultados son comparables a aquellos de la cirugía abierta.

De 9 a 38 + 2 de Solapa 7/22/10 10:37 PM Página 39

GASTRO 2010

RESÚMENES DE TRABAJOS DE

ENDOSCOPÍA DIGESTIVA