

TO/0-01

JÓVENES CON CÁNCER COLORRECTAL: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y MOLECULAR. ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LOS CASOS HEREDITARIOS Y LOS ESPORÁDICOS?

Antelo, M(1); Milito, D(1); Cabanne, A(2); Barugel, M(1); Arnold, M(3); Llor, X(4); Jover, R(5); Roca, E(1); Castells, A(6); Boland, R(3); Goel, A(3); Balaguer, F(6)
 (1)Sección Oncología, Hospital de Gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo", Bs. As., Argentina (2)Servicio de Patología, Hospital de Gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo, Bs. As., Argentina (3)Baylor University Medical Center, Dallas, EEUU (4)Department of Medicine and Cancer Center, University of Illinois, Chicago, EEUU (5)Unidad de Gastroenterología, Hospital General Universitario, Alicante, España (6)Departamento de Gastroenterología, Hospital Clínic, CIBERehd, IDIBAPS, Barcelona, España

Introducción: el 10% de los casos de cáncer colorrectal (CCR) ocurren antes de los 50a(CCR temprano); los CCR hereditarios no polipósicos representan solo el 10-15%. Los restantes 75-80% en este grupo representan una forma distintiva de CCR en la cual no se ha identificado una causa genética subyacente, y que suele asociarse a un peor pronóstico. Aunque se ha reconocido que niveles bajos de metilación de secuencias repetitivas del ADN (como los elementos LINE-1) representan un factor independiente de peor pronóstico en cáncer, los niveles de metilación (NM) de los LINE-1 no han sido específicamente analizados en casos de CCR temprano en búsqueda de características moleculares que justifiquen su peor pronóstico. Objetivos: caracterizar clínica, histológica y molecularmente una cohorte argentina de CCR temprano, evaluando la prevalencia de CCR asociado a síndrome de Lynch (mediante el estudio del sistema reparador del ADN - SRA) y al gen MYH, y los NM de los elementos de LINE-1 en esta cohorte y en casos de CCR esporádico. Material: reclutamos retrospectivamente 118 pacientes con CCR<50a, atendidos en la Sección Oncología del un Hospital Público en Argentina. Los grupos control fueron: pacientes con CCR<50 tratados en un Hospital español (n=70); pacientes con CCR esporádico (>50) de un estudio de cohorte poblacional español (n=135; estabilidad microsatelital-MSS: 89, inestabilidad microsatelital-MSI: 46); pacientes con CCR y s. de Lynch de la Universidad de Baylor (n=20), y mucosa colónica normal (n=32). Se evaluaron: la expresión inmunohistoquímica (IHQ) de las proteínas reparadoras del ADN, el estado de inestabilidad microsatelital (MSI), las mutaciones germinales del gen MYH, la mutación somática V600E del gen BRAF, y los NM de la proteína MLH1 y de los elementos LINE-1. Resultados: 27 (22.9%) tumores presentaron déficit del SRA; estos tuvieron mayor probabilidad de estar localizados en el colon proximal (59.3% vs. 19.8%, p=0.0001), tener patología sugestiva de MSI (81.5% vs. 47.2%, p=0.002), ser diagnosticados en estadios más tempranos (estadios I-II: 51.9% vs. 29.7%,p=0.03), y tener menor recaída o progresión tumoral (22.2% vs. 44%,p=0.042). Se identificó 1 caso con mutación del MYH sobre los 91 casos de SRA intacto (1.1%). Los NM promedio de los elementos LINE-1 (+SD) fueron: CCR temprano: 56.6% (8.6); CCR esporádico con MSS: 65.1% (6.3); CCR esporádico con MSI: 67.1% (5.5); CCR por síndrome de Lynch: 66.3% (4.5); y mucosa colónica normal: 76.5% (1.5). Ambas cohortes de CCR temprano tuvieron NM de LINE-1 significativamente menor que el resto de los grupos (p<0.0001). Además, en la cohorte argentina se evidenciaron menores NM en los tumores distales comparados con los tumores proximales (59.02% vs. 62.3%, p=0.015), y una supervivencia global significativamente superior (p=0.026, log rank test) en los casos de CCR con NM de LINE-1 >65%. Conclusiones: Los tumores con déficit del SRA representan 1 de cada 5 casos de CCR temprano. Se debe evaluar el SRA en todos los CCR temprano con IHQ y/o IMS para descartar un síndrome de Lynch. Además, los niveles bajos de metilación de LINE-1 constituyen una característica potencialmente importante de los CCR tempranos, sugiriendo un subtipo de tumores molecularmente distintos. Se necesitan más estudios para asesorar el uso potencial de los NM de LINE-1 como un biomarcador pronóstico para casos de CCR temprano, y para examinar si esta característica podría tener implicancias terapéuticas.

TO/0-03

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON DISPEPSIA

Argüero, M(1); Causada Calo, NS(1); Pogorelsky, V(1); Mahler, M(1); López Caballero, J(1); Madrid Blanco, C(1); González Sueyro, RC(1); Daffra, P(1); Macías Gómez, C(1); De Paula, JA(1)
 (1)Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

Introducción

La dispepsia es un motivo frecuente de consulta gastroenterológica y su prevalencia en la población general oscila entre 10 y 40%. El Consenso de Roma III la clasifica en dos síndromes: síndrome de distrés postprandial (SDP) y de dolor epigástrico (SDE). Las indicaciones de videoendoscopia digestiva alta (VEDA) en pacientes con dispepsia están bien establecidas. Las anomalías endoscópicas más frecuentes son la esofagitis y las úlceras gástricas y duodenales.

Objetivo

Evaluar la prevalencia de hallazgos patológicos en la VEDA en pacientes con diagnóstico de dispepsia. Los objetivos secundarios son evaluar la asociación entre el consumo de IBP y AINE y los hallazgos endoscópicos

Métodos

Estudio de corte transversal realizado en un hospital universitario de tercer nivel. Se revisaron las historias clínicas electrónicas de los pacientes con solicitud de VEDA por dispepsia, según criterio médico, durante el 2012. Se analizaron los hallazgos endoscópicos. Se calculó la asociación, mediante regresión logística, del consumo de AINE e IBP durante al menos un mes previo al estudio con los hallazgos endoscópicos.

Resultados

Se incluyeron 968 pacientes con dispepsia (edad media: 58±16,2 años) de los cuales 667 (68,9%) fueron mujeres. El porcentaje de VEDA patológicas fue 41,6% (n=403, edad media 61 ± 14,6 años). Los hallazgos más frecuentes fueron: esofagitis 24,8% (n=100), antritis 20,3% (n=82), pólipos cor-pofúndicos 20,3% (n=82), hernia hiatal 12,7% (n=51), gastropatía congestiva 9,2% (n=37), úlcera gástrica 4,2% (n=17) y duodenal 1,7% (n=7). Un paciente presentó un adenoma duodenal con displasia de alto grado y ninguno cáncer. La mayoría de las VEDAs fueron solicitadas por SDP (60,5%, n=657). Doscientos treinta y ocho pacientes (24,6%) eran consumidores de AINEs, lo cual se asoció a mayor riesgo de VEDA patológica (OR: 1,53 IC 95% 1,12-2,08, ajustado por sexo y edad) y a mayor riesgo de lesiones erosivas y congestivas (antritis, duodenitis, erosiones gástricas aisladas, gastropatías erosiva y congestiva) (OR de 1,56, IC 95% 1,09-2,23). El tratamiento con IBP durante el mes previo al estudio no se asoció significativamente con la ausencia de hallazgos patológicos en la VEDA (OR: 0.9 IC 95% 0,68-1,17, ajustado por sexo y edad).

Conclusión

La prevalencia de esofagitis fue similar a la reportada en otros trabajos, pero es de destacar la baja prevalencia úlceras gástricas, duodenales y cáncer en la población estudiada. El consumo de AINEs se asoció a mayor riesgo de VEDA patológica, independientemente de la edad y el sexo. El tratamiento con IBP no se asoció con la ausencia de hallazgos patológicos en la endoscopia.

TO/0-02

VARIABILIDAD TEMPORAL ENTRE APNEAS, AHOGOS Y EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN LOS EPISODIOS DE APARENTE AMENAZA DE LA VIDA.

Ussher, F(1); Cohen Sabban, J; Donato, G; Orsi, M
 (1)Departamento de Pediatría. Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Trasplante Hepatointestinal Pediátrico. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La asociación temporal del reflujo gastroesofágico (RGE) con los episodios de aparente amenaza de la vida (EAAV) sigue siendo un tema controvertido. Es de interés analizar si los episodios de reflujo ocurren antes, durante o después del evento. Dado que la Impedanciometría Intraluminal Multicanal con Phmetría de 24hs (IIM-pH24hs) aporta información acerca de múltiples variables del reflujo, puede ser de gran utilidad en el manejo de lactantes con esta presentación clínica.

Objetivo: Analizar con IIM-pH24hs la correlación sintomática temporal entre ahogos y/o apneas y los episodios de reflujo en pacientes con EAAV y sospecha de RGE.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, de lactantes < 9 meses de edad, con EAAV entre 2005 y 2011. Se realizó IIM-pH 24hs para determinar en ventana de 2 minutos si los ahogos y apneas ocurrían antes, durante o después del episodio de reflujo. De acuerdo a la presentación de síntomas (ahogos y/o apneas) durante el estudio, se dividieron los pacientes en: Grupo I (GI) con síntomas y Grupo II (GII) sin síntomas. Además se analizó, la composición del reflujo: ácido (pH<4), levemente ácido (pH 4-7) y no ácido (pH>7), clearance del bolo, score de pH, y el ascenso a canales proximales.

Resultados: Fueron evaluados 81 niños (42 niñas), X: 2.2 meses (r 1-9 meses). El 46,9% (38 niños) presentó síntomas, 25 ahogos y 13 apneas (GI). GII: 43/81 (53,1%) no presentaron síntomas. El score de phmetría fue normal en el 71% de los niños del GI y 72% del GII. Los episodios totales de reflujo fueron significativamente mayores en GI vs GII (p <0,05). No hubo diferencia significativa en ambos grupos con respecto al número total de episodios de reflujo que ascendieron a canales proximales.

En GI el Índice Sintomático fue positivo en 30,9% para ahogo y 16% para apneas, y la Probabilidad de Asociación Sintomática 28,3% y 16% respectivamente. Se observó que las apneas ocurrieron 29 % antes, 35,5% durante y 35,5% después del RGE (64,5% levemente ácidos). En cambio los ahogos ocurrieron 24,1% antes, 43,4% durante y 32,5% después del RGE (48% ácidos y 48% levemente ácidos).

Conclusión: Los hallazgos de la IIM-pH24hs confirman la variabilidad en la secuencia temporal de la asociación estudiada. La terapéutica existente no daría respuesta a las características físico-químicas del RGE observado en un grupo de estos pacientes. De haberse realizado exclusivamente phmetría convencional, se hubiese omitido el diagnóstico de RGE en un gran porcentaje de los niños estudiados.

TO/0-04

INSUFICIENCIA INTESTINAL SEVERA EN PACIENTES ADULTOS CON LONGITUD INTESTINAL CONSERVADA

Echevarría, C(1); Crivelli, A(1); Ramisch, D(1); Nachman, F(1); Bilder, C(1); Gondolesi, G(1); Solar, H(1)

(1)Unidad de Soporte Nutricional, Rehabilitación y Trasplante de Intestino. Hospital Universitario Fundación Favaloro. Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCION: La insuficiencia intestinal se define como la reducción de las funciones intestinales por debajo de las mínimas necesarias para la digestión y absorción de nutrientes y fluidos requeridos para mantener un adecuado estado nutricional, hidroelectrolítico y el crecimiento en niños. Se reconoce al síndrome de intestino corto como la causa más común de insuficiencia intestinal permanente. Sin embargo, existen otras etiologías posibles: anomalías estructurales del enterocito, alteraciones inflamatorias, vasculares, alergias alimentarias graves, enteropatías autoinmunes y desórdenes severos de la motilidad intestinal, entre otras.

OBJETIVO: reportar una serie de pacientes (p) adultos portadores de insuficiencia intestinal severa con longitud intestinal conservada.

MATERIALES Y METODOS: estudio descriptivo, retrospectivo de una serie de p adultos tratados en una unidad especializada en el período comprendido entre marzo de 2006 y mayo de 2013.

RESULTADOS: se evaluaron 215 pacientes con insuficiencia intestinal severa, 130 adultos (60,4%), 20 p (15,4%) con longitud intestinal conservada. De ellos, la edad promedio fue de 45,4 ± 22 años y el 75% (n=15) de sexo femenino. Todos requirieron inicialmente Nutrición Parenteral (NP) domiciliar en forma diaria. Con tratamiento multidisciplinario, el 60% de los p se benefició con la reducción o suspensión del soporte; en 45% (n=9) logró reducirla a 4-5 veces por semana y el 15% (n=3) logró suspenderla. La mediana del tiempo en NP de los p que no la pudieron discontinuar en forma parcial o total fue de 1256 días (rango: 181 a 6865) y la tasa de reinternaciones en este grupo por complicaciones asociadas a la NP en el período de estudio fue de 0.1/año (0 a 1.6).

CONCLUSION:

La insuficiencia intestinal severa puede presentarse en pacientes con longitud intestinal conservada. En ellos, el soporte nutricional parenteral es la principal indicación. El tratamiento por un equipo especializado permite disminuir la misma, suspenderla o permanecer con este tipo de soporte por tiempo prolongado y con muy baja tasa de complicaciones.

Etiologías y requerimiento de nutrición parenteral

Etiología	n	NP diaria	NP reducida	NP suspendida	Pérdida de seguimiento
Pseudo obstrucción	11	2	6	2	1
Enteritis actínica	4	2	1	0	1
Isquemia	2	1	1	0	0
Linfangiectasia	2	1	1	0	0
Displasia fibromuscular	1	0	0	1	0
Total	20	6	9 (45%)	3 (15%)	2

TO/0-05

ESTEATOSIS HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA EN PACIENTES DELGADOS

Dirchwolf, M(1); Bocassi, A(2); Zunino, M(1); Gomez, R(2); Bouzas, MB(2); Estepo, C(1); Fainboim, H(1)

(1)Unidad de Hepatopatías Infecciosas Hospital J.F.Muñiz (2)Unidad de Laboratorio Central Hospital J.F.Muñiz. Argentina.

Introducción: Existen numerosos estudios que describen la asociación de esteatosis hepática no alcohólica (EHNA) con sobrepeso y obesidad pero existe escasa información sobre esta condición en pacientes delgados.

Objetivos: describir la prevalencia y factores de riesgo asociados a EHNA en pacientes delgados. Pacientes y Métodos: Desde el 15 de Junio al 31 de Agosto del 2012 se realizó una campaña de detección de enfermedades hepáticas en la ciudad de Buenos Aires en residentes mayores de 14 años.

Se analizaron características demográficas y antropométricas. Se detectó esteatosis hepática, grasa subcutánea y visceral (medida en cara anterior del hígado, 1cm distal al diafragma en un corte longitudinal del lóbulo caudado) mediante ecografía abdominal. Se realizó glucemia en ayunas, insulinemia, índice HOMA, ALT, AST. Se evaluó rigidez hepática mediante elastografía. Se realizó análisis univariado, multivariado y regresión logística para identificar factores asociados con EHNA en un subgrupo de pacientes delgados (BMI<25 y circunferencia abdominal <88cm en mujeres/<102cm en hombres). Se consideró como punto de corte para HOMA 1,44 en esta cohorte. Se excluyeron pacientes con hepatitis C,B, consumo alcohol (más de 140gr/mujeres y 210gr/hombres) o con datos incompletos.

Resultados: Fueron entrevistados 960 pacientes desde Julio hasta Agosto 2012; finalmente 626 fueron incluidos para posterior análisis.

En este grupo, 149 pacientes (23,8%) reunían criterios de pacientes delgados; n=102 (68,4%) eran mujeres. La edad media fue 40±16 años.

Se detectó EHNA en n=10 (6,7%) pacientes. Cuatro pacientes tenían diagnóstico de hipertensión arterial, ninguno era diabético. Las características de los pacientes delgados con y sin EHNA se detallan en la tabla. El único predictor independiente para EHNA en pacientes delgados fue un índice de HOMA mayor 1,44 (OR 13,1 IC95% 3,13-54,7 p<-0,0001)

Conclusiones La insulinoresistencia impresionó ser el factor clave involucrado en la presencia de EHNA en pacientes delgados, independiente de otras variables de síndrome metabólico estudiadas.

Características de los pacientes delgados con y sin EHNA

	Delgados con EHNA n=10	Delgados sin EHNA n=139	Valor de p
Edad (años)	45±19	40±16	0,53
Sexo (femenino)	5 (50%)	97 (69,7%)	0,19
TGF (UI/L)	29±15	20±10	0,008
TGO (UI/L)	25±7	23±7	0,45
Índice HOMA	1,81±0,8	1,02±0,5	0,005
Glucemia (mg/dl)	96±10	90±8	0,049
Elastografía (Kpa)	5,5±1,6	5±2,2	0,07
Grasa visceral (mm)	11,3±5	6,2±3	0,001
Grasa subcutánea (mm)	8,1±4	6,6±4	0,08

TO/0-07

SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN DE TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA (ENFERMEDAD DE RENDU-OSLER-WEBER) Y POLIPOSIS JUVENIL: SERIE DE CASOS

Argüero, MJ(1, 2); Causada Calo, NS(1, 2); Gonzalez, ML(1, 2); Carrillo, P(1, 2); Macias, C(1); De Paula, JA(3); Serra, M(2, 4)

(1)Hospital Italiano de Buenos Aires, Servicio de Gastroenterología (2)ARG: Argentine Rendu Study Group (3)Hospital Italiano de Buenos Aires, Jefe de Servicio de Gastroenterología (4)Hospital Italiano de Buenos Aires, Jefe de la Unidad de Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria. Argentina.

Introducción; La telangiectasia hemorrágica hereditaria (THH), se caracteriza por la presencia de telangiectasias cutaneomucosas y malformaciones arteriovenosas (MAV) en órganos sólidos y tubo digestivo. Para el diagnóstico, se emplean los criterios de Curaçao y/o la detección de las mutaciones de ALK1, ENG y SMAD4. La poliposis juvenil (PJ), se define conforme a la cantidad y ubicación de los pólipos juveniles y los antecedentes familiares. Ambas entidades son de baja prevalencia y pueden conformar el síndrome de superposición THH-PJ asociado a la mutación del SMAD4. La penetrancia de MAV en pacientes con PJ que presentan esta mutación, es cercana al 100%. En este grupo, distintos autores proponen la pesquisa de THH. Objetivo: Describir una serie de casos de síndrome de superposición THH-PJ.

Métodos: Serie de casos de pacientes que integran el registro institucional de la Unidad de THH del Hospital Italiano de Buenos Aires, que cumplen los criterios diagnósticos del síndrome de superposición de THH-PJ. Casos clínicos: Ver tabla.

Conclusiones: En jóvenes con THH, los estudios endoscópicos se solicitan ante una hemorragia digestiva o anemia ferropénica no relacionada con la severidad de la epistaxis. La búsqueda de pólipos juveniles mediante estudios endoscópicos, en pacientes con THH sin antecedentes familiares de PJ, no está sistematizada. Si bien la prevalencia del síndrome de superposición es del 1-3% de los casos de THH, es importante el reconocimiento por su asociación con mayor riesgo de hemorragia digestiva, neoplasia del tracto gastrointestinal y necesidad de cirugía a edades tempranas, como se observa en nuestra serie de casos. Se necesitan estudios prospectivos que evalúen las características de esta entidad.

Casos clínicos

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Edad (años)	23	38	38	60	16
Sexo	F	F	F	F	F
Edad de presentación (años)	10	15	8	10	12
Modo de presentación	Epistaxis	Epistaxis	Epistaxis	Epistaxis	Epistaxis
Telangiectasias GI ¹	Si	No	Si	Si	Si
MAV ² en órganos sólidos	Si (pulmonares, hepáticas)	Si (pulmonares)	Si (pulmonares, hepáticas)	Si (hepáticas)	Si (pulmonares)
Acropogonia	Si	No	Si	No	Si
Hemorragia digestiva	Si	Si	Si	Si	Si
Curaçao	4/4	4/4	4/4	4/4	3/4
Malformación cardiaca	No	Si (CIA ³)	No	No	No
Criterios de Poliposis Juvenil ⁴	1,2	1,2,3*	1,2	1,2,3*	2
Neoplasias asociadas	No	No	No	Si (lesión DAG ⁵)	No
Estudios Genéticos	NR ⁶	NR	NR	NR	Si
Tratamiento de lesiones en tubo digestivo					
Médico	No	No	No	Si	No
Endoscópico	Si (PA ⁷ ; P ⁸)	Si (P)	Si (P)	Si (PA, P)	Si (P)
Quirúrgico	Si (colectomía total; resección de intestino delgado)	Si (gastroctomía total)	No	Si (gastroctomía)	No
EuroQol	8	8	8	6	6

¹GI: gastrointestinal; ²MAV: malformación arteriovenosa; ³CIA: comunicación interauricular; ⁴Criterios de poliposis juvenil: 1: ≥ 5 PJ colorrectales; 2: PJ en cualquier sitio del tubo digestivo; 3: ≥ 1 PJ y antecedentes familiares; ⁵DAG: displasia de alto grado; ⁶NR: no realizado; ⁷PA: plasma argón; ⁸P: polipectomía. (*): Familiares de primer grado.

TO/0-06

NIVELES DE VITAMINA D SERICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

González Sueyro, RC(1); Etchevers, MJ(1); Sobrero, MJ(1); Daffra, PR(1); Argüero, MJ(1); Madrid Blanco, DC(1); Galich, AM(1); De Paula, JA(1)

(1)Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

INTRODUCCION. Recientemente se ha propuesto que el déficit de vitamina D (VD) podría tener un rol en la patogénesis y evolución de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), el cual podría estar vinculado al grado de exposición solar. Teniendo en cuenta la variabilidad geográfica de su déficit, proponemos evaluar la prevalencia de hipovitaminosis D en pacientes con diagnóstico de EII en Buenos Aires.

OBJETIVOS. Evaluar la prevalencia del déficit de VD en una cohorte de pacientes con EII en un hospital universitario de alta complejidad.

MATERIALES Y METODOS. Se incluyeron en forma prospectiva adultos (≥18 años) con diagnóstico de colitis ulcerosa (CU) o enfermedad de Crohn (EC) según criterios de Lennard-Johnes, desde marzo de 2013 hasta mayo de 2013. Se valoró la variedad de EII, duración, clasificación fenotípica, grado de actividad inflamatoria, hábito tabáquico, lugar de residencia, tipo de vivienda, co-morbilidades y otras variables modificadoras de los niveles de VD. Se tomó una muestra de sangre en donde se determinaron: niveles de VD, B12, ácido fólico, paratohormona, calcio, fósforo, magnesio, hierro y zinc. Se estimó el estado nutricional a través de la talla, peso y BMI. Se compararon las variables utilizando el sistema estadístico SPSS 17.0.

RESULTADOS. Se incluyeron 31 pacientes (23 CU, 8 EC) con una media de edad de 36,8 años y una media de duración de la enfermedad de 8,7 años. La deficiencia más prevalente de los elementos considerados fue la de VD. La prevalencia de hipovitaminosis D (entre 20-40 ng/ml) fue de 58,1% y de insuficiencia de VD (entre 10-20 ng/ml) de 32,2%. Siendo en mujeres de 64,7% y 29,4%; y en hombres 50% y 35,7% respectivamente. Ninguno de los pacientes presentó valores menores a 10 ng/ml (deficiencia). Cuando se evaluaron estas variables de acuerdo al tipo de enfermedad se observaron valores de 60,9% y 26,1% para el caso de la CU; mientras que en la EC los valores fueron de 50%, y 50%. De los 8 pacientes con EC sólo uno presentaba enfermedad moderada y el resto se encontraban en remisión clínica. De los pacientes con CU: 17 pacientes tenían enfermedad leve, 5 moderada y un paciente severa. Ningún paciente presentó BMI bajo pero el 52% tenía sobrepeso.

CONCLUSIÓN. En esta cohorte de pacientes con EII evaluados luego de los meses de mayor exposición solar, se observaron niveles por debajo de lo deseable en un 90,3% de los pacientes, independientemente de su estado nutricional, sexo, tipo y actividad de la enfermedad. Se requieren nuevos estudios con mayor número de pacientes a largo plazo para determinar el rol de este hallazgo en la evolución de la enfermedad y la utilidad de la suplementación de esta vitamina en el tratamiento.

TO/0-08

TRASTORNOS DE LA MOTILIDAD EN LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA.

Ramos, R; Dutack, A; Villarroel, M; Dova, G; Zubiaurre, I; Colombato, L; Salis, G

La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad inflamatoria crónica de la pared esofágica, secundaria a infiltración por eosinófilos, que puede presentarse más frecuentemente con disfagia o impactación alimentaria. Diversas teorías intentan explicar el nexo entre la infiltración eosinofílica y las manifestaciones clínicas aunque ninguna ha sido confirmada. Además, la interacción entre EoE y ERGE (Enfermedad por reflujo) es compleja. Ambas entidades podrían coexistir o asociarse. Por ultimo, la descripción reciente de una nueva entidad "Eosinofilia respondedora a Inhibidores de la Bomba de protones (IBP)" contribuye a la dificultad en la distinción.

Objetivos: a) Investigar la prevalencia de trastornos motores en la EoE. b) Co-relacionar clínica de presentación con hallazgos manométricos. c) Evaluar la prevalencia de RGE en la EoE. Pacientes y métodos: Se estudiaron en forma consecutiva, pacientes con criterios clínico-endoscópico-histológicos (>15 eosinófilos/HPF) de EoE. En ellos se realizó manometría, pHmetría (o pH-impedancia de 24h) después de confirmado el diagnóstico histológico. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de ERGE, o respondedores a IBP en la biopsia de control. Resultados: Se incluyen 17 pacientes, 94% varones (media 34 a, r:19-77 años). La clínica incluyó disfagia (47%) y atascamiento alimentario (64%). De los casos con disfagia, 50% tuvo manometría normal, 25% ondas de baja amplitud, 12% aperistalsis, 12 % esófago "nut-cracker". En el 53% de población sin disfagia, no hubo hallazgos manométricos anormales. Por ende, la prevalencia de anomalías manométricas al comparar pacientes con/sin disfagia fue estadísticamente significativa (p<0.02). En cambio la prevalencia de EEI hipotensivo fue comparable (25 y 22%) en ambos grupos. Solo 1/5 de los casos con atascamiento alimentario presentó alteración manométrica (i.e., 81% tuvo manometría normal). No hubo diferencias en la prevalencia de hallazgos manométricos entre pacientes con/sin atascamiento (p: 0.6, NS). El subgrupo con disfagia presentó pHmetría patológica (55%) mas frecuentemente que el grupo sin disfagia (25%) (p0.07 NS).

Conclusiones: 1. En EoE el subgrupo de pacientes que se presenta con disfagia tiene mayor prevalencia de trastornos manométricos que el subgrupo con clínica de atascamiento alimentario. 2. Los cambios manométricos no configuran una patente específica. 3) La pHmetría patológica se relacionó más con la EoE con disfagia que con los pacientes sin disfagia.

TO/0-09

EVALUACIÓN DEL REGISTRO DE EPIDEMIOLOGÍA-MOLECULAR DE CÁNCER DE COLON EN UN HOSPITAL DE LA COMUNIDAD

Gonzalez, ML(1); Peralta, N(2); Vicens, J(3); Santino, J(4); Ferro, A(5); Arias, A(6); Redal, MA(7); Gomez Saldaño, A(3); Vaccaro, C(2)
(1)Servicio de Gastroenterología. Hospital Italiano de Buenos Aires (2)Sección de Coloproctología. Servicio de Cirugía General. Hospital Italiano de Buenos Aires (3)Sección de Epidemiología. Servicio de Clínica Médica. Hospital Italiano de Buenos Aires (4)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Italiano de Buenos Aires (5) Programa para el Manejo de enfermedades crónicas. Gerencia médica de Plan de Salud. Hospital Italiano de Buenos Aires (6)Servicio de Informática Médica. Hospital Italiano de Buenos Aires (7)Instituto De Ciencias Básicas y Medicina Experimental. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Actualmente, en la Argentina, no están reportados registros activos de cáncer colorrectal (CCR) con banco de muestras biológicas y tumorales que integren la información epidemiológica con la molecular. Esto limita el estudio de esta patología en nuestro país. Con este fin, en el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) se implementó el Registro de Epidemiología Molecular de cáncer colorrectal (REM-CCR). Para comprender y mejorar los circuitos de captura y la calidad de los datos registrados es necesario una evaluación continua.

Objetivo: Presentar la implementación y evaluación del REM-CCR y la calidad en el registro de los datos a través de indicadores.

Materiales y métodos: El registro está conformado por 278 variables organizadas en 5 sets de datos: epidemiológicos (E), clínico-quirúrgicos (Q), anatomopatológicos (A), moleculares (M), oncológicos y de seguimiento (S). En esta primera etapa de evaluación (desde 1/7/2011 a 20/05/2013) se incluyeron, previo consentimiento informado, pacientes con sospecha de CCR con indicación quirúrgica y se recolectaron prospectiva y sistemáticamente datos epidemiológicos, muestras biológicas y tumorales. Se definió caso confirmado a aquel con histopatología de CCR primario o metacrónico incidente asistido en el HIBA. La captura de los pacientes se realiza mediante una alerta informática generada a partir del parte quirúrgico con control terminológico (SNOMED) controlada con un listado de pacientes operados. Los datos son recolectados en una ficha específica en la Historia Clínica Electrónica. Se calcularon indicadores: de Procesos (Tasa de confirmados en REM-CCR, % de confirmados por histología) y de Calidad del registro de completitud (% datos completos por set de datos, excluyendo molecular y seguimiento no evaluados en esta fase).

Resultados: Se incluyeron 241 pacientes (sospecha o confirmación de CCR). La tasa de confirmación de CCR fue de 83,5% hasta el momento. La tasa de confirmados por variable histológica fue de 100%. El % de datos completos por dominio fue de E 95%; Q 96,7%; A 99%. La completitud global de los 3 dominios mencionados fue cercana al 100%.

Conclusión: El registro de una patología compleja de asistencia interdisciplinaria requiere coordinación y control de calidad continuo. En esta etapa se evidenció que la implementación fue factible. Se observó un alto porcentaje de completitud en los 3 sets evaluados, esto evidencia una alta motivación del grupo y asegura la confiabilidad, validez, calidad y completitud del registro para su uso en investigación clínica y epidemiológica. La incorporación de pacientes no quirúrgicos al registro implicará la definición de nuevos indicadores que acompañen el proceso de crecimiento e incorporación de otros dominios del REM-CCR.

TO/0-11

“PREVALENCIA DE ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN UN HOSPITAL GENERAL POLIVALENTE EN EL AÑO 2011”

Martín, M(1); Bertola, S; Higa, M; Camps, D; Benavidez, A
(1)Hospital Privado Centro Médico de Córdoba. Argentina.

Introducción: la esofagitis eosinofílica (EEO) es una enfermedad esofágica crónica, inmune, mediada por antígenos, caracterizada clínicamente por síntomas relacionados con disfunción esofágica, e histológicamente por una inflamación predominantemente eosinofílica. La prevalencia no ha sido bien estudiada en el mundo, y los autores realizaron una revisión en PubMed sin encontrar datos epidemiológicos en la Argentina, por lo que se decide realizar un estudio de prevalencia en la institución del estudio.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo de prevalencia. Entre el 29/06 y el 5/12 del 2011 se incluyeron prospectivamente todos los pacientes a los que se les realizó una videoendoscopia alta (VEDA) en la institución del estudio, finalizando con el paciente número 300. A estos pacientes se los dividió en 2 grupos: el primer grupo (grupo en riesgo) eran aquellos con factores de riesgo para desarrollar EEO: síntomas compatibles con reflujo (pirosis, regurgitación de alimentos, regurgitaciones ácidas o dolor retroesternal), impactación de alimentos y disfagia progresiva o intermitente. Se incluyeron también los pacientes con los siguientes hallazgos endoscópicos: surcos lineales, líneas verticales, exudados, granulado o moteado blanco, nódulos, anillos, felineización, mucosa papel crepe, estenosis, cizallamiento lineal, lengüetas de mucosa gástrica, y signos de esofagitis. Todos los otros pacientes fueron incluidos en el grupo de no riesgo. Se tomaron datos epidemiológicos y se registró la historia de atopía de los pacientes, y a cada uno se lo tomaron 10 biopsias esofágicas (5 del tercio inferior y 5 del tercio medio). Las muestras fueron analizadas por patólogos que no conocían a qué grupo pertenecía cada paciente. Se consideró que el paciente tenía EEO si en la biopsia tenía 15 o más eosinófilos intrapiteliales en campo de gran aumento. El objetivo primario del estudio fue determinar la prevalencia de la EEO en el hospital en donde se realizó el estudio. Los objetivos secundarios fueron determinar la prevalencia de la EEO en el grupo en riesgo para EEO y en el grupo sin riesgo para esta enfermedad.

Resultados: 148/300 pacientes en el grupo de riesgo. Edad media: 48.94 años (18-87), sin diferencias significativas en ambos grupos. El 63.33% eran mujeres. En el grupo en riesgo el 85.13% tenían algunos de los síntomas considerados, y el resto sólo hallazgos en VEDA. El 30% de los pacientes tenían historia de atopía, sin diferencias significativas en ambos grupos. Se diagnosticó esofagitis eosinofílica en 2 pacientes en cada uno de los grupos, lo que arroja una prevalencia en la población estudiada del 1.33% (1.31% en el grupo sin riesgo y 1.35% en el grupo de riesgo, sin diferencia significativa).

Conclusión: la prevalencia de la EEO en la población estudiada fue del 1.33%, sin diferencias entre los pacientes con y sin síntomas o hallazgos endoscópicos sospechosos de la enfermedad.

TO/0-10

LINFOMAS GÁSTRICOS: NUESTRA EXPERIENCIA

Agüero, MF(1, 2, 3, 4); Tevez, A(1, 2, 3, 4); Zerbo, O(2, 3, 4, 5); Cabanne, A(2, 3, 4, 6); Kutja, N(2, 3, 4, 7); Vazquez, H(2, 3, 4, 8); Amendola, R(2, 3, 4, 9); Corti, R(2, 3, 4, 10)
(1)Residente de Gastroenterología (2)Hospital Bonorino Udaondo (3)Buenos Aires (4)Argentina (5)Jefe del Servicio de Endoscopia Digestiva Alta (6)Jefa del Servicio de Anatomía Patológica (7)Medica del Servicio de Hematología (8)Medico del Servicio de Intestino Delgado (9)Medico del Servicio de Esofago y Estomago (10)Jefe del Servicio de Esofago y Estomago

Introducción: Los linfomas extranodales (LEN) primarios corresponden a los linfomas que se presentan en cualquier órgano o tejido fuera de los nódulos linfáticos o el bazo. El estómago es el sitio más común de los linfomas no Hodgkin extranodales del tracto gastrointestinal (50-60% de los LEN), seguido por el intestino delgado, ileon, ciego, colon y recto. Los dos subtipos histológicos principales (>90% de los casos) son tejido linfóide asociado a mucosa (MALT) y el difuso de células B grandes (LDCBG).

Objetivo: Describir las características clínicas, histológicas, endoscópicas de los linfomas gástricos primarios y la respuesta al tratamiento oncológico en nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de una serie de 36 casos atendidos y/o diagnosticados como Linfomas gástricos primarios durante el período comprendido entre Junio de 2008 a Mayo 2013. Se incluyeron todos aquellos casos que tengan confirmación histológica de Linfoma gástrico primario. Se evaluaron variables clínicas, de laboratorio, anatomopatológicas y de tratamiento. sResultados Del total de 36 pacientes con LGP, 25 fueron LDCBG (69.45%), 11 MALT (30.55%). La mediana de los LDCBG fue de 59 años (28-85) y en MALT 65 (43-76). El 80% (20/25) de los LDCBG presento síntomas B, siendo el más frecuente la pérdida de peso, mientras que en el 70% de los MALT estuvieron ausentes. El síntoma más frecuente que motivo la consulta fue la epigastralgia en 72,22% (25/36) En los LDCBG 18 pacientes (81,82%) se encontraba en PS 0-II al momento de la consulta, mientras que 4 (18,18%) en PS III-IV, en cambio en los MALT la totalidad de los pacientes (100%) fueron clasificados en PS 0-I. El estudio se analizo en 27 pacientes, 20 con LDCBG (74,07%) y 7 con MALT (25,93%), el 65% de los LDCBG estaban en estadio II, 25% en estadio I y 10% en estadio IV. En los MALT, el más frecuente fue el estadio I (57,1%), seguido por estadio IV (28,5%) y estadio II (14,2%). En el 68,18% de los LDCBG la LDH se encontraba dentro de valores normales, en el 31,81% estaba elevada. En los MALT el 75% era normal y el 25% estaba elevada. La Γ_2 microglobulina en los LDCBG estaba elevada en el 61,53% de los pacientes mientras que en los MALT el 100% eran normales. El Ki67 en los LDCBG fue > al 40% en el 85%. El status de Helicobacter pylori fue positivo en 9/22 de los LDCBG y en los MALT 6/10 fueron positivos. HIV positivos 3/21 de los LDCBG y 0/11 en MALT.

De los LDCBG 19/25 recibieron tratamiento oncológico de los cuales 6 fallecieron (solo 4 por progresión de enfermedad). De los Linfoma MALT 2 respondieron a la erradicación, 2 realizaron radioterapia, 2 quimioterapia y 2 quimio y radioterapia.

Conclusiones: en nuestra experiencia en un seguimiento de 59 meses de los LDCBG fallecieron 6/25 pacientes mientras que no hubo muertes en los linfomas MALT, lo cual indica la buena respuesta al tratamiento instituido

TO/0-12

RIGIDEZ ARTERIAL Y DISFUNCION ENDOTELIAL EN ENFERMEDAD HEPATICA GRASA NO ALCOHOLICA

Alonso, MI(1); Gonzalez Ballera, E(1); Daruich, J(1); Sorda, JA(1); Duarte, M(1); Vasquez Blanco, M(1); Becerra, C(1)
(1)Hospital de Clinicas Jose de San Martín. Argentina.

Introducción. La Enfermedad Hepática Grasa no Alcohólica (NAFLD) es una de las enfermedades hepáticas crónicas más frecuentes y se estima que su incidencia incrementará de manera significativa en los próximos años. La primera causa de muerte en estos enfermos es la cardiovascular. La Velocidad de Onda de Pulso (VOP) es una prueba sencilla, no invasiva y reproducible que mide la elasticidad arterial. La variación de la VOP pre y posisquemia inducida en la arteria braquial ha sido validada para evaluar disfunción endotelial (DE). Se ha utilizado en estudios epidemiológicos demostrando el valor de la elasticidad aórtica como factor predictivo de eventos cardiovasculares. La hipótesis del trabajo es que la NAFLD determina una inflamación subclínica sistémica con compromiso estructural y funcional arterial

Objetivo. Evaluar en pacientes con NAFLD la elasticidad arterial y la disfunción endotelial empleando la medición de la VOP carótido-femoral (CF) y la variación de la VOP carótido-braquial (CB) posisquemia comparado con un grupo control sano (GC).

Material y Métodos. Se incluyeron 125 portadores de NAFLD documentada por biopsia hepática, con una media de 56.9±14.6 años, 44 (35.2%) de sexo masculino, comparados con 47 controles sanos (CG) con una edad media de 56.8±16.4 años/16 varones (34.2%). Se excluyeron aquellos con otras enfermedades hepáticas agudas o crónicas, portadores de diabetes mellitus y/o neoplasias. Se registró edad, sexo, tensión arterial, frecuencia cardíaca, peso, altura, índice de masa corporal, circunferencia de cintura, glucemia, insulinemia, HOMA y colesterolemia. Se evaluó la VOP-CF para medir la elasticidad arterial (evaluación del impacto estructural) y VOP-CB con variación pre y posisquemia inducida para analizar la disfunción endotelial (evaluación del componente funcional). La VOP se midió con el equipo Complior System (Artech-Medical, Francia®).

Resultados. En los pacientes con NAFLD se comprobó una VOP-CF de 8.6±1.6 m/s vs 7.2±0.9 m/s en el CG (p<0.001) y una variación de la VOP-CB de 3.6% y 6.1%, respectivamente (p<0.005).

Conclusión. Los pacientes con NAFLD muestran cambios arteriales estructurales y funcionales. Estos hallazgos podrían vincularse con la mayor probabilidad que tienen estos enfermos de presentar eventos cardiovasculares.

TO/O-13

ALTERACIONES TIROIDEAS Y DE LA RESISTENCIA A LA INSULINA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA NO ALCOHOLICA

Alonso, M(1); Gonzalez Ballera, E(1); Daruich, J(1); Duarte, M(1); Yaryour, C(1); Becerra, C(1); Sorda, J(1)
(1)Hospital de Clínicas Jose de San Martín. Argentina.

Introducción. La Enfermedad Hepática Grasa No Alcohólica (NAFLD) se considera la expresión hepática del Síndrome Metabólico (SM), habitualmente asociada a un incremento de la Insulino-Resistencia (IR). Sus variantes, Esteatosis Simple (ES) y Esteatohepatitis No Alcohólica (NASH), son indistinguibles sin la biopsia hepática (BH). La insulina es una proteína que estimula la proliferación celular, la angiogénesis y el crecimiento de los tejidos. En estudios realizados en pacientes eutiroides con IR se observó un aumento de la presencia de bocio y/o nódulos tiroideos. No se sabe hasta el momento si la enfermedad tiroidea se asocia con la presencia de NASH o ES.

Objetivo. Evaluar la existencia de una asociación entre la presencia de ES y NASH con alteraciones tiroideas y su relación con la IR.

Materiales y Método. Estudio prospectivo, en el que analizaron 432 pacientes que concurrirían derivados con 2 de 3 de los siguientes criterios: hiperecogenicidad hepática en la ecografía abdominal, 2 o más de los componentes del SM, y/o hipertransaminasemia. Se excluyeron aquellos con hepatitis virales, autoinmunes (HAI), metabopatías congénitas, NAFLD secundario, tiroideopatías autoinmunes y neoplasias.

En 163 casos con diagnóstico presuntivo de NAFLD se les realizó BH. Se excluyeron 4 por muestra insuficiente, 4 por HAI y 28 por alteraciones inespecíficas. De 127 pacientes con NAFLD, se estudiaron 68 con función tiroidea normal y autoanticuerpos tiroideos negativos a los que se les realizó ecografía tiroidea y determinación de la IR mediante el HOMA (Homeostasis Model Assessment Index).

Resultados. Pertenecían al sexo femenino 48 (72.1%). La histología hepática mostró ES en 20 (23.5%) y NASH en 48 (56.5%). La presencia de bocio y/o nódulo tiroideo se observó en el grupo con ES en 8/20 (40%) y en aquellos con EHNA en 24/48 (50%) (p=NS). IR >2.5 se observó ES en 10 (50%) y en NASH en 34 (70.8%) (p=NS).

Conclusiones. Las alteraciones tiroideas y del HOMA son frecuentes en los pacientes con NAFLD. Estas alteraciones no permiten diferenciar ES o NASH.

TO/O-15

¿LA IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL - PH DE 24 HS ES SUPERIOR A LA PH-METRÍA CONVENCIONAL EN LA EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES CON TOS CRÓNICA PROBABLEMENTE RELACIONADA A REFLUJO GASTROESOFÁGICO?

Pogorelsky, V(1); Cariello, M(1); Herrera, LA(1); De Paula, JA(1)
(1)Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La impedanciometría intraluminal multicanal - pH de 24 hs (IIM-pH) es un estudio de utilidad para la detección de todo tipo de reflujo, tanto ácido como no ácido, su extensión proximal y su asociación sintomática, superando así a la pHmetría que sólo detecta episodios de reflujo ácido. Se encuentra especialmente indicada en aquellos pacientes con síntomas persistentes (típicos y atípicos) a pesar de estar bajo tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP).

OBJETIVO: Determinar si el rédito diagnóstico de la impedanciometría intraluminal multicanal - pH de 24 hs (IIM-pH) es superior al de la pHmetría convencional en la evaluación de los pacientes con tos crónica refractaria al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP).

SUJETOS Y MÉTODOS: Fueron incluidos en forma consecutiva todos aquellos pacientes con tos crónica refractaria al tratamiento con IBP derivados para la realización de la IIM-pH desde agosto del 2008 hasta abril del 2013. Se consideró pHmetría positiva aquella que presentara un pH <4 en más del 4% del tiempo total del estudio. Se consideró impedanciometría positiva aquella que presentara ≥ 73 episodios de reflujo distales y/o ≥ 31 episodios de reflujo proximales. Se consideró un índice sintomático (IS) positivo cuando al menos la mitad de los episodios sintomáticos estuvieran relacionados con episodios de reflujo.

RESULTADOS: Se incluyeron en forma consecutiva 47 pacientes, 36 (77%) mujeres, edad media 56 años (rango 20-91 años). El tiempo de duración medio del estudio fue de 22.3 hs. Cinco (11%) realizaron el estudio intratratamiento con doble dosis de IBP y se excluyeron del análisis. En el grupo de pacientes con pHmetría positiva (n=20) la IIM fue positiva en 6 (30%) pacientes: 5 (25%) pacientes a predominio de reflujo ácido y 1 (5%) paciente a reflujo no ácido. En el grupo de pacientes con pHmetría negativa (n=22) la IIM-pH fue positiva en 5 (23%) pacientes: 4 (18%) a predominio de reflujo ácido y 1 (5%) paciente a reflujo no ácido. Once pacientes presentaron una impedanciometría positiva a reflujo proximal, de los cuales 4 no presentaban un número elevado de episodios de reflujo distales. La totalidad de los pacientes presentó síntomas durante el estudio, de los cuales 21 (48%) pacientes presentaron un IS positivo.

CONCLUSIONES: En nuestra serie de pacientes la IIM-pH permitió detectar pacientes con reflujo que no fueron detectados por la pHmetría convencional, algunos de los cuales sólo presentaban reflujo proximal, de allí la importancia de tener en cuenta este método a la hora de evaluar los pacientes con tos crónica probablemente relacionada a RGE.

TO/O-14

EL BIFIDOBACTERIUM INFANTIS NLS SUPER STRAIN REDUCE LA EXPRESIÓN DE ALFA-DEFENSINA-5, UN MARCADOR DE LA INMUNIDAD INNATA, EN LA MUCOSA DE PACIENTES CELÍACOS NO TRATADOS.

Smecuol, E(1); Hwang, HJ(1); Sugai, E(1); Corzo, L(2); González, A(2); Pinto-Sanchez, MI(3, 4); Moreno, ML(1); Vázquez, H(1); Niveloni, S(1); Mazure, RM(1); Mauriño, E(1); Verdú, EF(4); Bai, JC(1, 5)

(1)Sección Intestino Delgado, Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo, Buenos Aires, Argentina (2)Departamento de Alimentación, Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo, Buenos Aires, Argentina. (3)Sección Intestino Delgado, Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo, Buenos Aires, Argentina. Farncombe Family Digestive Health Research Institute, Universidad McMaster, Canadá. (4)Farncombe Family Digestive Health Research Institute, Universidad McMaster, Canadá. (5)Departamento de Medicina, Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Recientemente hemos reportado que la administración oral por 3 semanas de Bifidobacterium (B.) infantis NLS super strain a pacientes con enfermedad celíaca (EC) no tratada redujo significativamente los síntomas en comparación con el placebo. Sin embargo, dicha mejoría sintomática no se asoció con cambios significativos en los niveles séricos de citoquinas, quemoquinas o factores de crecimiento ni con cambios en la permeabilidad intestinal (Smecuol E, et al. JCG 2013).

Objetivo: explorar el efecto de la administración oral de B. infantis NLS super strain en la expresión de los marcadores de inmunidad innata en la mucosa de pacientes celíacos no tratados al momento del diagnóstico.

Métodos: Enrolamos 22 pacientes adultos (18 mujeres) con serología positiva altamente sugestiva de EC. El diseño fue prospectivo de 3 semanas de duración, aleatorizado, controlado al azar, doble ciego, administrando dos cápsulas de B. infantis NLS super strain (Naren Lifestart® 2) (2 x 10⁹ UFC por cápsula) o placebo tres veces al día antes de comidas. Las biopsias duodenales realizadas al finalizar el ensayo confirmaron la EC en todos los casos. Durante el estudio, los pacientes consumieron una dieta con gluten (≥ 12 g de gluten/día) controlada por nutricionistas. Se evaluó la expresión de alfa-defensina-5 (DF5), macrófagos y mastocitos en secciones de parafina de las biopsias duodenales mediante inmunohistoquímica (I^H). La I^H y la semi-cuantificación se realizaron de forma ciega analizando tres campos (200X) en las zonas de mayor tinción positiva (software Image J). Los resultados se expresaron en % de las zonas con tinción positiva sobre el área total analizada.

Resultados: Doce y diez pacientes fueron randomizados a recibir B. infantis o placebo, respectivamente. En comparación con los pacientes que recibieron placebo, los tratados con el B. infantis tuvieron una expresión significativamente reducida de DF5 (p<0.04). No hubo diferencias significativas en el % de tinción de macrófagos y mastocitos entre los pacientes que recibieron probiótico y placebo.

Conclusiones: Nuestros resultados confirman las observaciones descriptas anteriormente sobre el aumento de la expresión del factor anti-microbiano DF5 en la EC activa (Forsberg G, Am J Gastroenterol 2004). Este incremento podría ser una consecuencia de la disbiosis en el intestino delgado como ha sido descrito en la EC activa (Sanz Y, BMC Microbiology, 2010). La administración de B. infantis NLS super strain produjo una expresión significativamente menor de DF5 en la mucosa con valores similares a los reportados previamente en biopsias de pacientes tratados con dietas libres de gluten. Sugerimos que el efecto sobre la sintomatología de la EC activa observado por la administración de B. infantis NLS super strain podría ser consecuencia de la normalización de la disbiosis intestinal inducida por el probiótico.

TO/O-16

ERRADICACIÓN DEL HELICOBACTER PYLORI EN LESIONES AGUDAS DE LA MUCOSA GASTRODUODENAL: COMPARACIÓN ENTRE DOS ESQUEMAS DE PRIMERA LINEA.

Stupnik, S(1); Vitúez, P(1); Osorio Gonzalez, G(1); Rafaelli, C(1); Golub, M(1); Gerlach, R(1)
(1)Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Argentina.

Introducción: La infección por Helicobacter Pylori en un factor importante de riesgo implicado en varias enfermedades gastrointestinales. Distintos consensos recomiendan para su tratamiento la utilización de un triple esquema consistente en un Inhibidor de la bomba de protones a doble dosis más Claritromicina 1000mg/día más Amoxicilina 2gr/día; sin embargo este esquema pierde eficacia en distintas áreas geográficas del planeta, atribuyendo el fracaso a varios factores, de los cuales el más trascendente es la resistencia a los antibióticos, principalmente a la claritromicina. Por estos motivos, los distintos ensayos deben propender a tratamientos eficaces, de buena aceptación, con baja tasa de efectos adversos.

Objetivos: Evaluar y comparar la eficacia en la erradicación en pacientes con lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal de dos esquemas de 1ª línea: Grupo I: Omeprazol + Claritromicina + Amoxicilina Vs. Grupo II: Omeprazol + Amoxicilina + Levofloxacina por 7 días

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, randomizado entre septiembre del 2007 y diciembre del 2012 con una muestra de 101 pacientes con lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal diagnosticadas por Videoesofagogastroduodenoscopia; la presencia de infección por Helicobacter Pylori se determinó por Histología y test de ureasa rápido en las muestras de biopsia. La erradicación se estableció por el test del aire espirado con C13 o 14

Resultados: 96 de 101 pacientes completaron el tratamiento y 5 abandonaron el mismo por efectos adversos; 42/52 pacientes (82.3%) del grupo I y 35/45 pacientes del grupo II (77.7%) alcanzaron la erradicación.

Conclusiones: La erradicación del Helicobacter Pylori modifica la historia natural de varias patologías como las gastritis, la úlcera gastroduodenal, el adenocarcinoma gástrico, el linfoma Malt de bajo grado, por lo cual es importante lograr tasas de erradicación superiores al 80-90%; nuestros resultados muestran que no existen diferencias significativas entre ambos grupos.

TO/O-17

HISTOLOGÍA DUODENAL VS. SEROLOGÍA ESPECÍFICA DE ENFERMEDAD CELÍACA. ¿CUÁL DE ellas ES LA MEJOR HERRAMIENTA PARA EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LA DIETA LIBRE DE GLUTEN AL AÑO DEL DIAGNÓSTICO?

Hwang, HJ(1); Nachman, F(1); Sugai, E(1); Cabanne, A(2); Smecul, E(1); Vázquez, H(1); Moreno, ML(1); Mazure, RM(1); Niveloni, S(1); Corzo, L(3); González, A(3); Mauriño, E(1); Bai, JC(1)

(1)Sección Intestino Delgado, Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo, Buenos Aires, Argentina (2)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo (3)Departamento de Alimentación, Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La dieta libre de gluten (DLG) es el tratamiento específico de la enfermedad celíaca (EC). Su cumplimiento permite reducir el riesgo de complicaciones. La biopsia duodenal, la serología y la evaluación clínica y alimentaria son consideradas esenciales en el seguimiento de los pacientes pero, la importancia relativa de los mismos es muy controvertida. En la actualidad, algunas guías internacionales recomiendan reiterar la biopsia al año de tratamiento. Sin embargo, esta postura no cuenta con evidencias científicas que la apoyen.

Objetivo: Comparar la utilidad de la histología duodenal y la serología de EC para estimar el grado de adherencia a la DLG al año de tratamiento.

Pacientes y Métodos: Enrolamos prospectivamente a una cohorte de 26 pacientes adultos con diagnóstico reciente de EC en quienes se realizó biopsia duodenal y serología específica al diagnóstico y al año de DLG. La histología fue evaluada y categorizada por un patólogo experto según criterios modificados de Marsh. Arbitrariamente se consideró mejoría del daño histológico cuando el mayor grado de lesión reportado en la biopsia final se redujo en ≥ 2 grados (Marsh) respecto al inicial. Los estudios serológicos fueron: IgA tTG, IgA EmA, IgA e IgG DGP y se expresaron según sus concentraciones o como positivos o negativos (valor de corte: 20 U/ml). El grado de adherencia a la DLG fue establecida en forma ciega por nutricionistas expertos mediante un cuestionario estandarizado categorizándolos como cumplimiento estricto (n=13) o parcial (n=13).

Resultados: Al año de seguimiento, 54% de los pacientes con cumplimiento parcial y 69% con DLG estricta mejoraron el daño histológico (pNS). El 38% de los casos persistieron algún grado de atrofia vellositaria (Marsh $\geq 3a$). Las concentraciones séricas basal de todos los anticuerpos disminuyeron significativamente al año de seguimiento (p<0.05) sin diferencias entre los cumplidores estrictos y parciales. Al año, el anticuerpo IgA EmA fue negativo en 19 de 25 (76%) de los casos (p<0.000001), mientras que, 42%, 36% y 40% de las muestras fueron negativas para IgA tTG, IgA e IgG DGP, respectivamente. La mejoría histológica al año se correlacionó significativamente con la negativización de IgA EmA (p<0.0001) y el cambio en las concentraciones (delta) de IgADGP (p<0.014) e IgG DGP (p<0.016). Nila histología y serología fueron capaces de categorizar adecuadamente a los pacientes según adherencia a la DLG.

Conclusiones: Aún cuando la histología duodenal y serología específicas realizadas al año de DLG permitieron apreciar la favorable evolución inducida por el tratamiento, ninguna de ellas fue capaz de discriminar pacientes de acuerdo al grado de adherencia a la DLG. En este contexto, y dado que la histología y la serología parecen proporcionar similar información, sugerimos que la biopsia duodenal al año puede ser sustituida por la serología específica con el objeto de evaluar la evolución de estos pacientes.

TO/O-19

COLESTASIS INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO E INHIBIDOR LÚPICO. ¿UNA ASOCIACIÓN FRECUENTE?

Arteaga Oviedo, A(1); Cavadas, A(2); Fernández, C(2); Yamasato, F(1); González Ballerga, E(1); Sordá, J(1); Sarto, A(1); Daruich, J(1); Ruda Vega, H(2)

(1)Sección Heparología, División Gastroenterología, Hospital de Clínicas José de San Martín, UBA, Argentina (2)División Obstetricia, Hospital de Clínicas José de San Martín, UBA, Argentina

Introducción: La colestasis intrahepática del embarazo (CIE) es una forma reversible de colestasis caracterizada por prurito (generalmente comienza en el tercer trimestre), elevación sérica de alanino aminotransferasa (ALT) y ácidos biliares (AB) y resolución de los signos y síntomas después del parto. Se estima una prevalencia global de alrededor del 0.7% de los embarazos y su frecuencia es variable en los distintos países dependiendo del origen étnico. El síndrome antifosfolípido es una enfermedad autoinmune sistémica, caracterizada por complicaciones asociadas a trombosis arterial y/o venosa, abortos recurrentes, muerte fetal, parto prematuro y otros síntomas inespecíficos como cefalea, caída de cabello y trombocitopenia con títulos de anticuerpos antifosfolípidos (entre ellos el Inhibidor lúpico) persistentemente elevados. **Objetivo:** Describir la frecuencia de Inhibidor Lúpico positivo (IL+) en pacientes con CIE. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal con revisión de historias clínicas del consultorio de embarazos de alto riesgo de nuestro hospital, desde enero/2009 a enero/2012. De 533 historias clínicas se incluyeron 19 pacientes con CIE (3.5%). De éstas, 14/19 tenían IL+ (73.7%) (IC95 48.7-90.8) y 5 IL- (26.3%). Tenían antecedentes de abortos previos 6/14 (42.8%) IL+ y 2/5 (40% con IL- (p=NS). La media del nivel de AB al momento del diagnóstico de la CIE fue 25.9 \pm 15.5 μ g/ml y al momento del parto fue 30.7 \pm 16.4 μ g/ml. La elevación de AB se presentó a las 32.7 \pm 3.6 semanas. Fueron tratadas con Ácido Ursodesoxicólico 10 pacientes (dosis promedio: 13 mg/Kg) y se comprobó disminución de los AB, del prurito y normalización de ALT en 2 (20%). Recibieron heparina de bajo peso molecular asociada o no a aspirina las 14 pacientes con IL+. En 18/19 (94.7%) el parto fue por cesárea. La mediana de peso al nacimiento fue 2.550 g (min 1.330 - max 3.855), debido a la edad gestacional y no por retardo del crecimiento. No hubo complicaciones maternas durante la gestación y el parto. En 6/19 de los recién nacidos se presentaron complicaciones derivadas de la prematuridad asociadas con la permanencia en la unidad de neonatología, sin mortalidad perinatal. **Análisis estadístico.** Media y desvío estándar para variables numéricas y porcentajes en las categorías. IC 95% para las variables en estudio. Los datos fueron analizados empleando el paquete VCCstat 2.0. **Conclusiones.** En esta serie de pacientes con CIE se encontró una elevada prevalencia de IL+. No existen publicaciones que describan esta asociación y su búsqueda permitiría detectar y tratar la presencia del IL evitando la aparición de complicaciones mayores. Estos hallazgos justifican realizar estudios prospectivos que permitan determinar si esta asociación es frecuente o no, como así su relación patogénica.

TO/O-18

ESTIMANDO EL PERFIL FERMENTATIVO EN EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Lasa, JS(1); Senderovsky, M(1); Arguello, M(1); Peralta, D(1); Dima, G(1); Soifer, L(1)

(1)Centro de Educación Médica e Investigación Clínica (CEMIC), Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCION: El compromiso de la microbiota intestinal y la respuesta fermentativa de la misma, ha sido considerada actualmente como uno de los posibles mecanismos involucrados en la fisiopatología y en la severidad sintomática del síndrome del intestino irritable (SII). Definimos al perfil fermentativo como el acumulado de hidrógeno excretado en el aire espirado, en un lapso determinado, independientemente del sitio en el que fue generado (Delgado o colon) y expresado en ppm/min. El test del hidrógeno en aire espirado con lactulosa (THAEL) fue utilizado como herramienta para la valoración del perfil fermentativo mediante la medición del área bajo la curva (ABC).

OBJETIVOS: Comparar los perfiles fermentativos entre sujetos con o sin SII. Determinar los valores de corte normales y definir la sensibilidad y especificidad del método como un posible biomarcador del intestino irritable.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se diseñó un estudio de tipo caso-control. Se incluyeron sujetos con SII de acuerdo a criterios de Roma III y que además presentaban un score sintomático superior a 150 puntos (medido mediante el SII-SSS). Fueron considerados como controles sujetos sanos de la comunidad y/o institucionales pero que presentaban un score sintomático considerado como normal (Menor de 70 puntos). Controles y pacientes fueron apareados por edad y sexo, en una relación 1:2. Pacientes y controles efectuaron un THAEL (Lactulosa, 10Mg) con muestreo cada 20 minutos y por un lapso total de 180 minutos. Entre ambos grupos fue comparado el valor del ABC de la curva concentración de hidrógeno (H2)/tiempo del THAEL utilizando el test de Mann-Whitney. Se consideró como significativo un valor de p menor a 0.05. Se confeccionó finalmente una curva ROC para estimar el valor normal de corte y poder finalmente calcular los valores de sensibilidad y especificidad del método.

RESULTADOS: Fueron incluidos 72 sujetos con SII y 38 controles. La edad media de los sujetos fue de 56 \pm 12 años y 65% fueron mujeres. Sin diferencias entre ambos grupos. La mediana del ABC de sujetos con SII fue 3546 ppm/min (2610-8390) mientras que en controles fue de 2384 ppm/min (1435-3435); p 0.02. El cálculo del ABC de la curva ROC estimó el valor de corte en 4000 ppm/min; la sensibilidad y especificidad estimada para SII fue de 41% y 49%, respectivamente.

CONCLUSIONES: Se encontró una diferencia significativa en el valor del ABC del THAEL entre sujetos con y sin SII. Es decir que la actividad fermentativa se encuentra incrementada en muchos pacientes con SII, no obstante y dada la baja sensibilidad y especificidad del método, la medición del perfil fermentativo no puede ser considerada como un biomarcador para el diagnóstico del SII. Sin embargo entendemos que la estimación del perfil fermentativo puede ser de utilidad en la selección de sujetos con SII y en los que se obtengan beneficios sintomáticos mediante la terapéutica encaminada a reducir la actividad fermentativa.

TO/O-20

ROL DEL CONTENIDO CALÓRICO EN LA SACIEDAD.

Bolino, MC(1); Furia, M(1); Facio, L(1); Adami, P(2); Espinoza, F(3); Delli Quadri, I(1); Vera, F(1); Lien, YY(1); Vazquez, H(1); Iantorno, G(1)

(1)Laboratorio de Motilidad, Hospital de Gastroenterología Dr Carlos Bonorino Udaondo, Buenos Aires, Argentina (2)Sanatorio Modelo de Quilmes, Buenos Aires, Argentina. (3)Centro de Gastroenterología Quilmes, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La dispepsia funcional (DF) se clasifica según Roma III en síndrome de dolor epigástrico (SDE) y síndrome de distres postprandial (SDP). Alteraciones en la regulación del eje cerebro-intestino, hipersensibilidad visceral y desordenes motores gastroduodenales, específicamente, retardo en el vaciamiento gástrico, son los principales mecanismos responsables de los síntomas. La activación de los mecanorreceptores, mediados por reflejo del nervio vago y de los quimiorreceptores, mediados por la vía neurohumoral, juegan un rol en la acomodación gástrica y la saciedad. Cambios significativos en el contenido calórico están involucrados en la génesis de los síntomas dispépticos. El Test de saciedad (TS) es una exploración funcional utilizada en investigación en el estudio de los trastornos funcionales gástricos. **Objetivos:** 1. Evaluar si existen diferencias en el TS con dos formulaciones de diferente valor calórico de un suplemento nutricional en pacientes dispépticos. 2. Evaluar si existen diferencias en el TS entre dos subtipos de dispepsia con ambas formulaciones. **Materiales y métodos:** Se incluyeron en forma consecutiva adultos > 18 años de ambos sexos con diagnóstico de DF. Uso de prokinéticos ó antiespasmódicos, cirujías del tracto digestivo superior, embarazo, demencia y abuso de alcohol o drogas ilícitas fueron criterios de exclusión. El estudio se realizó en el htal de gastroenterología y dos centros médicos de Buenos Aires entre Agosto 2011 y Noviembre 2012. **Diseño:** experimental, comparativo y trasversal. Se utilizó un suplemento nutricional (Nutricia Bagó) con formulación líquida (1.5 Kcal/ml) y polvo (1 Kcal/ml). El TS consistió en la ingesta del suplemento a una velocidad constante (15ml/min). Los pacientes calificaron la saciedad a intervalos de 5 minutos con una escala de Likert y la ingesta se suspendió cuando la saciedad fue reportada como intolerable (puntuaje máximo: 5). El TS se registró como el volumen y calorías totales ingeridas. **Ética:** el protocolo fue aprobado por el comité institucional. **Análisis estadístico:** Medcalc 11.21.1.0. Mann-Whitney test. **Resultados:** Se incluyeron 69 pacientes; 37 utilizaron la formulación líquida (GL) y 32 polvo (GP). Las características de la muestra se describen en la tabla. No hubo diferencias en edad, IMC y sexo entre ambas (p=ns). 1. GL toleró mayor contenido calórico que GP (p = 0.01) aunque no hubo diferencias en el volumen. 2. Se observó una tendencia a diferenciar los subtipos de dispepsia con GP; específicamente los pacientes con SDE toleraron menos calorías que aquellos con SDP (p = 0.09). **Conclusiones:** El TS fue diferente con ambas formulaciones respecto al consumo de calorías pero no al volumen ingerido. Asimismo el polvo permitió diferenciar ambos subtipos de DF: los pacientes con SDE toleraron menos calorías. Esta observación debería ser confirmada antes de establecer recomendaciones dietéticas a los pacientes.

Características de la muestra:

Característica	GL	GP	p
N pacientes	37	32	
Edad promedio (años)	39.4 (19-68)	42.9(24-82)	ns
Género F/M	5/1	5.5/1	ns
IMC KG/M2	24.3 \pm 3.55	24.9 \pm 2.77	ns
SDP n(%)	22 (59.5)	13(40.7)	ns
SDE n(%)	12(32)	11(34.3)	ns
S mixto n(%)	3(8.5)	8(25)	ns

PREVALENCIA DE SANGRADO DIGESTIVO EVIDENTE Y OCULTO EN PACIENTES CON TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA

Causada Calo, NS(1, 2); Argüero, MJ(1, 2); González, ML(1, 2); Carrillo, P(1, 2); De Paula, JA(3); Macías, C(1); Serra, M(2, 4)
(1)Hospital Italiano de Buenos Aires, Servicio de Gastroenterología (2)ARG: Argentine Rendu Study Group (3)Hospital Italiano de Buenos Aires, Jefe de Servicio de Gastroenterología (4)Hospital Italiano de Buenos Aires, Jefe de la Unidad de Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria, Argentina.

Introducción: La telangiectasia hemorrágica hereditaria (THH) es una enfermedad autosómica dominante cuya prevalencia se estima en 1:500, si bien es desconocida en nuestro medio. Se caracteriza por la presencia de múltiples malformaciones arterio-venosas (MAV) y telangiectasias que pueden afectar el tubo digestivo y provocar hemorragia digestiva (HD). Cerca del 80% de los pacientes presentan telangiectasias gastrointestinales y el 25% manifiesta HD evidente (HDE). En los casos de anemia ferropénica no explicada por la severidad de la epistaxis, se plantea la necesidad de realizar estudios endoscópicos.

Objetivo: El objetivo principal, es describir la prevalencia de HD oculta (HDO) y HDE en pacientes con THH. Los objetivos secundarios, son describir las lesiones endoscópicas y la asociación entre la anemia no relacionada con la severidad de la epistaxis y la HDE.

Métodos: Estudio de corte transversal. Se analizó la población del registro institucional de la Unidad de THH del Hospital Italiano de Buenos Aires. Se estimó la prevalencia de HDE (melena, hematemesis, proctorragia, hematoquecia) y HDO (anemia ferropénica asociada a epistaxis grado 1 de la clasificación de Sadick). Se describieron las lesiones endoscópicas. Se calculó la asociación entre anemia ferropénica no relacionada con la severidad de la epistaxis y HDE.

Resultados: El registro institucional de THH está integrado actualmente por 146 pacientes. La prevalencia de HD fue 40,4% (n=59), 43 mujeres (72,9%) y la edad media fue 54 ± 14,5 años. La prevalencia de HDE fue 24,7% (n=36) y la de HDO 15,8% (n=23). Todos los casos de HD fueron explicados por lesiones vasculares ubicadas en: estómago (54,2%), duodeno (40,7%) y colon derecho (25,4%). Los pacientes con HD que requirieron al menos una internación fueron 14 (n=12, 20,3% en sala general y n=2, 6,8% en terapia intensiva). La media del puntaje EuroQol fue 6,4 (DE 2,01). La prevalencia de HDE fue significativamente mayor en quienes presentaron anemia ferropénica no relacionada con la severidad de la epistaxis: n=18 (44%) vs. n=18 (17%), p= 0,001; se estimó un OR de 3,78 (IC del 95% 1,7-8,4).

Conclusión: La prevalencia de HDE en pacientes con THH fue similar a la de otras publicaciones y fue mayor en mujeres. Se observó que la anemia no relacionada con la severidad de la epistaxis se asocia significativamente a HDE. Este hallazgo, refuerza la conducta de estudiar el tubo digestivo en estos casos, en primera instancia con endoscopia digestiva alta, ya que hemos observado que la mayoría de las lesiones se ubican a este nivel. Se necesitan estudios prospectivos que analicen la incidencia de HD en pacientes con anemia no justificada por la severidad de la epistaxis.

LA TOMOGRAFÍA CUANTITATIVA PERIFÉRICA DE ALTA RESOLUCIÓN PERMITE DETECTAR ALTERACIONES ESTRUCTURALES ASOCIADAS A LA FRAGILIDAD ÓSEA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELIACA.

Zanchetta, MB(1); Costa, AF(2); Longobardi, V(1); Longarini, G(2); Mazure, R(2); Vazquez, H(2); Niveloni, S(2); Smeucol, E(2); Moreno, ML(2); Hwang, HJ(2); Mauriño, E(2); Bai, JC(2)
(1)Instituto de Investigación de Enfermedades Metabólicas (2)Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad celíaca (EC) se asocia con osteopenia y osteoporosis y un riesgo elevado de fracturas óseas. Las guías de EC recomiendan la valoración del riesgo de padecer enfermedad ósea utilizando la medición de la densitometría ósea (DMO) areal. Sin embargo, dicha determinación no es un indicador preciso de daño ni un predictor confiable del riesgo de fracturas. La tomografía periférica cuantitativa tridimensional de alta resolución (HR-pQCT) es una novedosa técnica que evalúa la microarquitectura tanto del hueso cortical como trabecular que, por su alta resolución, es considerada como una biopsia ósea virtual que podría identificar factores estructurales asociados al riesgo de fracturas.

OBJETIVO: determinar las características de la estructura ósea mediante HR-pQCT en una serie consecutiva de pacientes femeninas pre-menopáusicas al momento del diagnóstico de EC.

MÉTODOS: se enrolaron 30 mujeres pre-menopáusicas consecutivas con reciente diagnóstico de EC. Los parámetros de las pacientes se compararon con 17 mujeres sanas de edad equiparable y valores normales de DMO. Las características estructurales óseas fueron determinadas mediante HR-pQCT tanto en el radio ultradistal no dominante como en la tibia distal.

RESULTADOS: La edad, el índice de masa corporal, la talla y el peso corporal de ambos grupos fueron equiparables. La DMO de columna lumbar y el radio ultradistal fueron significativamente más bajos en las pacientes con EC que en controles (p<0.01 y p<0.001; respectivamente). En cambio, no observamos diferencias a nivel del cuello femoral. Mientras que la media de los z-scores de DMO de columna lumbar y cuello femoral de las pacientes con EC estuvieron dentro del rango normal, el radio ultradistal de las pacientes presentó valores en el límite inferior esperado para la edad (-1.9±1.3). El daño estructural medido por HR-pQCT fue considerablemente mayor en el radio ultradistal comparado con la tibia. Comparado con los controles, los pacientes con EC presentaron una reducción significativa de parámetros estructurales del radio [densidad volumétrica total (p<0.006), densidad trabecular (p<0.001), relación del volumen óseo/trabecular (p<0.001), número de trabéculas/mm (p<0.001) y grosor trabecular (p<0.004)]. Se observó deterioro del hueso cortical del radio ultradistal (p<0.04 a p<0.006) pero no en la tibia.

CONCLUSIONES: La HR-pQCT permitió identificar un deterioro significativo en los compartimientos cortical y trabecular del radio ultradistal de mujeres pre-menopáusicas con EC activa. En la tibia, la alteración trabecular fue de menor intensidad que en el radio y la afectación del hueso cortical fue mínima. El compromiso de hueso trabecular se caracterizó por una disminución del número y grosor de las trabéculas. Estos hallazgos sugieren que el riesgo incrementado de fracturas a nivel del radio distal de los pacientes con EC estaría relacionado con la fragilidad resultante del deterioro estructural observado.

PRUEBA PILOTO PARA LA DETECCIÓN DE HELICOBACTER PYLORI CON TEST DE AMONÍACO EN AIRE ESPIRADO

Daino, DF(1); Soifer, L(2); Podestá, J(3); Contreras, M(1); Carrillero, M(1); Siri, C(1); Rome, J(1)

(1)Hospital San Roque de Gonnnet. Buenos Aires, Argentina (2)Hospital San Roque de Gonnnet. Buenos Aires, Argentina, CEMIC. Buenos Aires. Argentina. (3)Asociación Argentina de Hidrógeno – CONICET.

Introducción. En Argentina contamos con poca accesibilidad a los métodos diagnósticos no invasivos más sensibles y específicos para la detección de Helicobacter Pylori (HP) como el test del aliento urea-C13. Por esto mismo proponemos el desarrollo de un nuevo método para la medición de la concentración de amoníaco (NH3) espirado, con el fin de lograr un diagnóstico rápido, preciso, accesible y de bajo costo.

Objetivo. Determinar la utilidad de un método no invasivo para la detección de HP, a través de la medición de amoníaco en la respiración.

Materiales y métodos. Se evaluaron un 23 pacientes, mayores de 21 años, que acudieron al consultorio de Gastroenterología. A todos se les practicó videoendoscopia digestiva alta con biopsias gástricas (antro, cuerpo e incisura). Las muestras fueron remitidas para estudio histopatológico y prueba de ureasa. Los sujetos en quienes tuvieron ambas pruebas negativas (no infectado) o positivas (infectados) fueron seleccionados para la medición del amoníaco en aire espirado.

Resultado. Se estableció una prevalencia de HP en catorce pacientes (60,9%), de los cuales diez tuvieron diferencias significativas entre la medición de amoníaco basal y posterior de la ingestión de urea, arrojando una especificidad 88,9% y sensibilidad 71,43%, pero con un índice de Jouden mayor al 50%.

Conclusión. Aunque se debe seguir desarrollando experiencia, los resultados de este estudio piloto sugiere que la medición de amoníaco en aire espirado tras la ingestión de urea no marca da sería aplicable como prueba diagnóstica de Helicobacter pylori, teniendo en cuenta su bajo costo y simple manejo, comparado con los métodos no invasivos tradicionales.

COLCHICINA PARA EL MANEJO DE LESIONES DE PIEL INDUCIDAS POR FARMACOS BIOLÓGICOS. SERIE DE CASOS.

Mella, JM(1); González, R(1); Vizcaíno, B(1); Hadad, A(1); Casas, G(2); Larralde, M(3); Cimmino, DG(1); Pedreira, SC(1); Boerr, LA(1)

(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina. (2)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina. (3)Servicio de Dermatología, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (infliximab y adalimumab) representan la principal terapia biológica para la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). En los últimos años ha aumentado el uso de estas drogas y se ha comenzado a reportar efectos adversos asociados a las mismas. Nuestro objetivo es reportar una serie de casos de pacientes con lesiones de piel inducidos por fármacos biológicos utilizados como tratamiento de la EII y enfatizar la utilidad de una droga noble y de bajo costo como la colchicina para el manejo de los efectos adversos dermatológicos.

Materiales y métodos: Se incluyeron aquellos pacientes con EII bajo terapia biológica que consultaron al Servicio de Gastroenterología desde enero de 2010 a enero de 2013 y que presentaban lesiones de piel como efecto adverso al uso de biológicos. Todos los pacientes fueron evaluados por Dermatología.

Resultados: Durante este periodo 46 pacientes con EII fueron tratados con fármacos biológicos (29 pacientes con infliximab y 17 con adalimumab). Presentaron lesiones de piel seis pacientes (incidencia del 13%), los cuales respondieron favorablemente al tratamiento con colchicina. Las características de los pacientes bajo terapia biológica se muestran en la Tabla 1. Todos los pacientes presentaron lesiones de tipo psoriasisiformes. El estudio histopatológico de las biopsias de piel evidencian lesiones compatibles con farmacodermia, lesiones psoriasisiformes en los pacientes #1, #2 y #3. Los pacientes #4, #5 y #6 no tenían biopsias, pero sí clínica compatible.

La dosis administrada de colchicina fue de 1 mg por día. Las lesiones de piel desaparecieron gradualmente sin secuela luego 3 a 6 meses de tratamiento. El seguimiento fue de 5 a 18 meses, no evidenciándose recurrencia de las lesiones de piel.

Conclusión: La colchicina es una droga de bajo costo y que podría ser útil para mejorar las lesiones de piel inducidas por drogas de elevado costo, como los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa.

Tabla 1

Casos	#1	#2	#3	#4	#5	#6
Sexo	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino
Edad	68	40	42	20	56	59
Tipo de EII	Enfermedad de Crohn	Enfermedad de Crohn	Enfermedad de Crohn	Enfermedad de Crohn	Enfermedad de Crohn	Colitis ulcerosa
Fármaco biológico	Adalimumab	Infliximab	Adalimumab	Adalimumab	Adalimumab	Adalimumab
Motivo para terapia biológica	Enfermedad de Crohn refractaria	Artritis seronegativa	Artritis seronegativa espondilitis anquilosante	Enfermedad de Crohn refractaria	Enfermedad de Crohn refractaria	Colitis ulcerosa refractaria
Duración de la terapia biológica (meses)	2	1,5	1	10	11	6
Tipo de lesión de piel	Lesiones psoriasisiformes					
Manejo de los efectos adversos	Suspensión de terapia biológica Corticoides orales sin respuesta					
Colchicina (dosis y duración del tratamiento)	1 mg/día por 4 meses	1mg/día por 6 meses	1 mg/día por 3 meses	1 mg/día por 3 meses	1 mg/día por 4 meses	1 mg/día por 3 meses
Seguimiento (meses)	18	12	12	7	6	5

TO/PD-04

PARTICIPACIÓN DE LA PROTEÍNA ANEXINA A1 Y DEL RECEPTOR DE TNF-ALFA EN EL DESARROLLO DE UN MODELO ANIMAL DE COLITIS ULCEROSA SENA, AAS(1); Pedrotti, LP(1); Barrios, B(1); Prindeville, T(2); Sankaran-Walters, S(3); Goullart, LR(3); Correa, SG(1)

(1)Centro de Investigación en Bioquímica Clínica e Inmunología – CONICET – UNC, Córdoba, Argentina (2)Department of Internal Medicine, University of California, Davis, USA (3)Department of Medical Microbiology and Immunology, University of California, Davis, USA

Introducción: La proteína anexina-a1 (ANXA1) está presente en células de la inmunidad innata y adaptativa y tiene diversas funciones en las fases aguda y crónica de la inflamación. **Objetivos:** Como las perturbaciones en la inmunidad intestinal y la producción de TNF-alfa son cruciales para el desarrollo de enfermedades inflamatorias intestinales (EII), investigamos la expresión y actividad de ANXA1 en pacientes con EII y en un modelo de colitis ulcerosa en ratones deficientes para la señal de TNF-alfa (TNFR1-/-). **Pacientes, materiales y métodos:** En tejidos de colon de pacientes con EII (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn) y controles sanos se investigó la expresión de ANXA1 por inmunofluorescencia. La colitis ulcerosa se desarrolló en ratones B6 normales o TNFR1-/- mediante administración oral de sulfato de dextrano sódico al 3% durante 18 días. Algunos ratones se trataron con anticuerpo anti-ANXA1. Durante el experimento estudiamos los datos clínicos (peso, largo del colon, consistencia y sangre en las heces) y los días 0 y 18 evaluamos los aspectos histopatológicos del colon, la expresión de ANXA1 en linfocitos T y fagocitos purificados de lámina propia (citometría de flujo) y la producción de IL-6 y IL-10 en sobrenadantes de explantos de colon (ELISA). El análisis estadístico de los datos incluyó ANOVA y Student's T test. **Resultados:** En tejidos de colon humano con EII, la expresión de ANXA1 fue indetectable en las células epiteliales y en el infiltrado inflamatorio, a diferencia de los controles. Los ratones TNFR1-/- presentaron menor pérdida de peso, menor severidad de la colitis y mayor integridad tisular, en comparación con los B6. Las células T CD4 y CD8 de ratones B6 presentaron mayor expresión de ANXA1 con el curso de la inflamación, mientras que ANXA1 se mantuvo inalterada en linfocitos de ratones TNFR1-/-. En contraste, células mieloides CD11b+ en los TNFR1-/- presentaron una intensa expresión de ANXA1 antes de la colitis, que se redujo en la fase más severa y se restableció en la fase de resolución. El bloqueo de la ANXA1 endógena exacerbó la producción de IL-6 en explantos de colon de animales B6 y TNFR1-/- mientras estimuló menor expresión de IL-10 en los TNFR1-/- y en los animales B6. **Discusión y conclusiones:** Los datos sugieren la participación de ANXA1 en la homeostasis intestinal, ya que su expresión se perdería en tejidos dañados por la EII. Ante el bloqueo de la vía de señalización del TNF-alfa, imitando el tratamiento con infliximab, la colitis es moderada y ANXA1 muestra una expresión selectiva en distintos tipos celulares. Además, esta proteína participa en la regulación de citoquinas claves en el balance inflamatorio (IL-6)/anti-inflamatorio (IL-10). Caracterizar la actividad biológica de ANXA1 en modelos que reproducen los efectos de tratamientos con biológicos permitirá avances en la comprensión de los mecanismos inmunopatógenéticos y en el desarrollo de nuevas terapias de EII.

TO/PD-06

INFECCIÓN NOSOCOMIAL POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE: UN DESAFÍO PARA LA SALUD PÚBLICA

Basso, DL(1); Malvarez, RN(1); Idoeta, AA(1); Leoni, AF(1); Defagó, MR(1)
(1)División de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Hospital San Roque. Córdoba, Argentina.

Introducción: La infección por Clostridium difficile (ICD) es responsable del 15 a 25 % de los casos de diarrea asociada a antibióticos en pacientes hospitalizados, siendo una causa infravalorada de enfermedad grave y mortalidad.

El uso de antibióticos, edad mayor a 65, internación prolongada, administración de inmunosupresores e inhibidores de bomba de protones son los principales factores de riesgo asociados.

Actualmente la ICD representa un desafío para la salud pública, por el aumento global de su incidencia y la existencia de brotes epidémicos debido a la emergencia de cepas resistentes, que conducen a formas severas y mayor mortalidad.

Objetivos: determinar el número de casos de ICD en nuestro hospital durante un período de 22 meses, y establecer características epidemiológicas y clínicas de los pacientes afectados.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años internados entre el 1 de junio de 2011 y 30 de abril de 2013 que desarrollaron diarrea 48 horas posteriores a la internación y de al menos 24 horas de evolución. Se realizó detección de toxinas A y B en materia fecal acuosa por ensayo inmunoenzimático y/o colonoscopia.

Resultados: De 151 casos de diarrea aguda, 25 (16.55%) desarrollaron ICD, cuyo diagnóstico se estableció en 21 casos (84%) a través de detección de toxinas A y B y en 4 (16%) por colonoscopia. El 68% fueron varones.

Se asoció a comorbilidades en el 100% de los casos, encontrándose hipertensión arterial (44%), cardiopatías (44%), accidente cerebrovascular (24%), obesidad (20%), diabetes (20%), entre otras. Los factores de riesgo para ICD fueron: uso de antibióticos (100%), comorbilidades (100%), inmunocompromiso (36%), edad igual o mayor a 65 (36%), uso de inhibidores de bomba de protones (24%) y cirugía intestinal (4%).

Sólo 4% presentó tratamiento previo con un antibiótico, mientras que 76% recibió 3 o más. En el 64% la duración del tratamiento fue mayor a 15 días. Los antimicrobianos más utilizados fueron vancomicina (48%), piperacilina-tazobactam (32%), ciprofloxacina (32%), clindamicina (32%), ampicilina-sulbactam (24%), amikacina (24%) y trimetoprima-sulfametoxazol (24%).

El 100% presentó diarrea, dolor abdominal (72%), moco en heces (72%), fiebre (64%), distensión abdominal (44%), pujo (4%) y sangre en heces (4%). El laboratorio mostró leucocitosis (68%), eritrosedimentación acelerada (60%), hipopotasemia (52%), hiponatremia (32%) y creatinina en sangre mayor a 1.5 mg/dl (16%).

Diez pacientes desarrollaron variantes severas; 3 de ellos con shock séptico y muerte por ICD. La tasa de letalidad fue de 12%.

Conclusión: La ICD es un desafío para la salud pública. Se requieren para el control de la infección programas que promuevan el uso racional de antibióticos, aplicación de medidas de higiene y bioseguridad para el personal de salud en contacto con pacientes y reducción de la estadia hospitalaria.

TO/PD-05

ADENOMAS SERRATOS SÉSILES COMO VÍA ALTERNATIVA HACIA EL CÁNCER COLORRECTAL; ¿CUALES SON LOS FACTORES DE RIESGO?

Pereyra, L(1); Gómez, EJ(1); González, RA(1); Panigadi, GN(1); Mella, JM(1); Torres, A(1); Babot, G(1); Correa, L(1); Luna, P(1); Mohaidle, A(1); Bun, M(1); Cimmino, DG(1); Pedreira, SC(1); Boerr, LA(1)

(1)Hospital Alemán, Argentina.

Introducción: Los adenomas serratos sésiles (ASS) son precursores del cáncer colorrectal (CCR) por una vía alternativa a la conocida secuencia adenoma-carcinoma. En la actualidad se desconocen los factores de riesgo para ASS.

Objetivos: Determinar la prevalencia y los factores de riesgo para ASS.

Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal. Pacientes referidos para realización de colonoscopia fueron entrevistados a cerca de factores conductuales (dieta, ejercicio, tabaquismo), antecedentes patológicos (diabetes, obesidad, dislipemia, hipertensión), fármacos habituales (estatinas, antihipertensivos, antiinflamatorios no esteroideos) e historia familiar de CCR. Fueron excluidos aquellos pacientes con diagnóstico previo de CCR o síndrome de poliposis colónica. Las lesiones aserradas de colon fueron clasificadas, en forma ciega, por un patólogo experimentado que se basó en los criterios diagnósticos propuestos por Snover y colaboradores. Lesiones con displasia y mayores a 10mm fueron clasificadas como ASS de alto riesgo. Se determinó la prevalencia de ASS y a través de análisis univariado y multivariado de regresión logística se identificaron factores de riesgo para estas lesiones. Los resultados fueron expresados en porcentajes y odds ratios (OR) con sus correspondientes intervalos de confianza (IC) del 95%. Un valor de P < 0.05 fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados: Se analizaron 1318 pacientes; 52% fueron hombres y presentaron una edad promedio de 58 años (17-90). Al menos un ASS estuvo presente en 49/1318 (3.7%) y al menos un adenoma serrato tradicional en 10/1318 (0.7%) de los pacientes analizados. Presentaron 11/49 (22.5%) ASS de alto riesgo. En el análisis univariado: edad >65 años (OR:4.60, IC95% 1.99-6.34, p:0.001), tabaquismo actual (OR:3.21, IC95% 1.60-6.70, p:0.003), ex tabaquista (OR:1.78, IC95% 1.01-3.34, p:0.045), hipertensión arterial (OR:2.56, IC95% 1.38-7.71, p:0.001), presencia de al menos un adenoma convencional (OR:2.18, IC95% 1.15-4.10, p:0.013) o al menos una lesión neoplásica avanzada (LNA) en la misma colonoscopia (OR:2.65, IC95% 1.02-6.87, p:0.03) se asociaron en forma significativa con ASS. El análisis multivariado reveló que: edad >65 años (OR: 3.98, IC95% 1.82-8.70, p: 0.001), tabaquismo actual (OR: 2.94, IC95% 1.46-5.94, p: 0.012) y la presencia de al menos una LNA en la misma colonoscopia (OR: 2.05, IC95% 1.02- 2.87, p: 0.011) fueron predictores independientes de ASS. No se encontraron predictores independientes de ASS de alto riesgo. **Conclusión:** Edad, tabaquismo actual y presencia de LNA en la misma colonoscopia son factores de riesgo para ASS. Esta información podría tener implicancias en el desarrollo de programas de pesquisa de CCR.

TO/PD-07

FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLO DE ADENOMAS Y/ O CÁNCER COLORRECTAL.

Bolino, MC(1); Rodríguez, PF(1); Piñeyro, C(1); Canseco, S(1); Cádiz, C(1); Sánchez, CA(1); Bancho, I(1); Cerisoli, C(1); Caro, LE(1)

(1)Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica (GEDyT), Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El diagnóstico precoz del cáncer colorrectal (CCR) mejora la sobrevida. El impacto de la prevención primaria de adenomas colónicos ha sido estudiado pero hasta el momento no existen recomendaciones sólidas. **Objetivo:** Evaluar si existe relación entre medicación concomitante, estilo de vida y medidas higiénico dietéticas y la presencia de pólipos y/o adenomas del colon. **Materiales y método:** Se incluyeron en forma consecutiva adultos \geq 18 años que realizaron videocolonoscopia (VCC). Se excluyeron pacientes con riesgo aumentado para CCR, VCC incompletas y falta de consentimiento informado. El estudio se realizó en un centro de gastroenterología en Buenos Aires, entre febrero y agosto de 2012. **Diseño:** observacional, prospectivo, transversal y comparativo. Se recolectaron datos demográficos, antecedentes familiares y personales, medicación y hábitos mediante un cuestionario auto administrado. Las VCC se realizaron bajo sedación, con equipos Olympus y por operadores entrenados. La limpieza colónica se realizó con polietilenglicol (PEG) ó fosfatos, con o sin bisacodilo. Se evaluó si existió asociación entre las lesiones y AINES, hipolipemiantes, antihipertensivos; AAS, calcio/vitamina D, ácido fólico, tabaquismo, sobrepeso (\geq 25 Kg/m²), fibra dietaria (>20 gr/día), actividad física (150 min/sem; intensidad moderada o severa); alcohol (>10 g/sem) y DM. Se registraron las características endoscópicas (París) e histológicas (Viena) de los pólipos. **Reparos Éticos:** el protocolo fue aprobado por el Comité de Bioética local. **Análisis estadístico:** SPSS; IC 95 %, Chi cuadrado, Fisher, Student, ANOVA, Regresión lineal y logística; $\square = 0.05$. **Resultados:** Se estudiaron 571 pacientes; se excluyeron 233 y se analizaron 338. 59% (199/338) eran mujeres; edad promedio fue 55,8 años (rango 19-92). Presentaron pólipos 24.3 % (82/338). Tenían adenomas 17.8%(60/338) y 76.6%(259/338) no tenían lesiones. Los pacientes con adenomas eran mayores que los pacientes sin pólipos (60.7 vs 53,8 años; p = 0.001) y eran predominantemente varones (OR: 1.72; IC95% 0.98 – 3.03). Se observó asociación entre el tabaco y adenomas (OR: 1.8; IC95% 1.001- 3.2492) y el sobrepeso (OR: 2.9; IC 95% 1.4 – 6.02) y estas lesiones. El calcio/vitamina D fue un factor protector para el desarrollo de adenomas (OR para adenomas en no consumidores: 6.58; IC95% 0.88 – 49.5.). No se observó relación entre la presencia de pólipos y/o adenomas y el resto de los factores estudiados. Los pólipos más prevalentes fueron sésiles, < a 10 mm y localizados en recto-sigma. La histología correspondió a adenomas en 71.8% y pólipos no adenomatosos en, 28.2 %. **Conclusiones:** La prevalencia de pólipos y adenomas en nuestra serie es coincidente con lo reportado en la literatura; según los factores evaluados observamos que la presencia de adenomas se asocia al sexo masculino, edad avanzada, consumo de tabaco y sobrepeso. El calcio/vitamina D es un factor protector para el desarrollo de esas lesiones.

OBESIDAD Y SOBREPESO ¿ SON FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE NEOPLASIAS COLORECTALES EN NUESTRA POBLACION ?

Gandara, S(1); Cadiz, C(1); Buenavida, C(1); Spallone, L(1); Chaar, E(1); Gallo, N(1); Beriman, S(1); Zagalsky, D(2)

(1)Instituto Quirúrgico del Callao (2)Instituto Quirúrgico del Callao

INTRODUCCION Es contradictoria la literatura a cerca de la relación entre el IMC (índice de masa corporal) y el riesgo de desarrollo de neoplasia colorectal. La relación esta fundamentada en la fisiopatología de la insulino resistencia. **OBJETIVO** Determinar si la obesidad, obesidad mórbida, sobrepeso son factores de riesgo para el desarrollo de neoplasia colorectal en adultos con indicación de VCC. **DISEÑO, MATERIAL Y METODO** Se trata de un estudio prospectivo, comparativo, observacional, transversal donde se analizaron los datos clínicos, de laboratorio de 100 pacientes con indicación de VCC. En el período comprendido de junio 2012 a marzo 2013 en el Servicio de Endoscopia del Instituto Quirúrgico del Callao. Se realizó un análisis univariado y multivariado con 9 variables independientes (en estudio y co-variables). Se utilizó para demostrar significancia Chi cuadrado, Mann-Whitney test, Student test. El nivel de significación establecido fue alfa 0.05. Para el análisis multivariado se aplicó la técnica de regresión logística binaria. Para el modelo final se contrastaron los supuestos de colinealidad de ajuste de modelo. Se determinó como variable dependiente la presencia o ausencia de neoplasia colorectal y como variable independiente el sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida según el calculo el IMC. Como co-variables: genero, edad, alcohol, tabaco, estilo de vida, perímetro abdominal, HOMA, DBT. **RESULTADOS** En el análisis bivariado, de la prevalencia de neoplasia colorectal se hallaron diferencias estadísticamente significativas con: la mediana de HOMA, el estilo de vida y el consumo tabaquico, mientras que no se halló asociación estadísticamente significativa con: el estado nutricional (IMC), perímetro abdominal, consumo de alcohol, género y DBT. En el análisis multivariado el estilo de vida no saludable resultó ser el predictor significativo de mayor peso que en el resto de las variables. **CONCLUSION** Al observar las tres variables estadísticamente significativas (tabaco, HOMA y estilo de vida) que se tratan de hábitos evitables para el riesgo de neoplasia colorectal, tomamos conciencia de la importancia que un cambio de hábito tendrá el efecto en una buena prevención. Resaltamos la trascendencia en el estilo de vida no saludable que demostró ser la variable de mayor peso para el desarrollo de la neoplasia colorectal

IMPACTO EN LA TASA DE DETECCION DE ADENOMAS ASERRADOS CUANDO SE TRABAJA EN CONJUNTO CON ANATOMOPATÓLOGOS

Maccarrone, V(1); Nieves, H(1); Malaga, I(1); De Maria, J(1); Ragone, F(1); Promenzio, E(1); Guidi, M(1); Matano, R(1)

(1)Servicio de Gastroenterología .Hospital Alta Complejidad El Cruce, Florencio Varela, Argentina

INTRODUCCIÓN: en el pasado los pólipos hiperplásicos del colon representaban entidades benignas con poca o nula progresión a la malignidad. En la actualidad se sabe que forman parte de una familia de lesiones llamadas lesiones aserradas. Estas lesiones son endoscópicamente similares a la mucosa normal o presentan un patrón glandular ligeramente distinto (Pit pattern II), logrando diferenciarse histológicamente. Algunas presentan células displásicas y conllevan, a través de la vía aserrada, riesgo de transformación maligna. Son responsables de un tercio de los carcinomas colorectales. Según la Organización Mundial de la Salud se las clasifica en: pólipos hiperplásicos (PH), adenoma aserrado sénil (ASS), adenoma aserrado tradicional (TSA). **OBJETIVO:** evaluar la tasa de detección de adenoma aserrado cuando se enfatiza la búsqueda trabajando en conjunto con los anatomopatólogos. **MATERIALES Y MÉTODOS:** se incluyeron todas las lesiones colónicas con patrón glandular redondeado o estrellado, según clasificación de Kudo, durante un periodo de diez meses (junio 2012/ abril2013). Se solicitó por escrito la búsqueda de adenomas aserrados en las muestras enviadas al patólogo. Se excluyeron todas las lesiones de aspecto adenomatoso. **RESULTADOS:** durante el periodo estudiado se hallaron 71 pólipos hiperplásicos de los cuales 10 fueron informados como adenomas aserrados. Estos hallazgos fueron comparados con datos de 2 años previos, durante enero 2010 a enero 2012 donde se informan 145 PH y de ellos solo 3 eran adenomas aserrados. Los 10 adenomas aserrados hallados en el estudio actual se encontraron en 8 pacientes, no se diferenció si eran sénales o tradicionales. 2 hombres, 6 mujeres. Relación H/M: 1/3, 6 se localizaron en colon proximal, el tamaño promedio fue de 8.5 mm (rango entre 5-15 mm). 3 fueron lesiones no polipoides (0-IIa de la clasificación de Paris) y el resto lesiones sénales (0Is). **CONCLUSIÓN:** consideramos importante la sospecha diagnóstica por parte del gastroenterólogo y el trabajo en conjunto con los anatomopatólogos para la mayor detección de este tipo de lesiones, pudiendo así realizar un seguimiento endoscópico de vigilancia en pos de prevenir el cáncer colorectal desarrollado a través de la vía aserrada

FACTORES DE RIESGO PARA NEOPLASIA COLORECTAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELIACA: ESTUDIO MULTICENTRICO.

González, R(1); Pereyra, L(1); Mohaidle, A(1); Fischer, C(1); Mella, JM(1); Panigadi, GN(1); Matoso, MD(2); Manazzoni, D(2); Lasa, JS(3); Novillo, A(3); De Paula, JA(2); Soifer, LO(3); Nadales, A(4); Cimmino, DG(1); Pedreira, SC(1); Boerr, LA(1)

(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina. (2)Servicio de Gastroenterología, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina. (3) Servicio de Gastroenterología, Hospital CEMIC, Buenos Aires, Argentina. (4)Servicio de Gastroenterología, Hospital Austral, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Los factores de riesgo para cáncer colorectal (CCR) están bien establecidos en la población general, pero no en pacientes con enfermedad celíaca (EC).

Objetivo: Determinar los factores de riesgo para neoplasia colorectal en pacientes con enfermedad celíaca.

Materiales y Métodos: Se diseñó un estudio multicéntrico retrospectivo utilizando la base de datos electrónica de los Servicios de Gastroenterología y Endoscopia de cuatro hospitales de comunidad. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años con EC confirmada por biopsia y que se habían realizado una colonoscopia. Se recopilaron los siguientes datos de las historias clínicas: edad, sexo, motivo de colonoscopia y diagnóstico endoscópico e histológico de los pólipos de colon. A través de llamadas telefónicas se interrogó a los pacientes acerca de los factores de riesgo (diabetes, tabaquismo, y antecedentes familiares de primer y segundo grado de pólipos de colon y de CCR) y de la historia de su enfermedad (tiempo de evolución y adherencia a la dieta libre de gluten [DLG]). La adherencia a la DLG fue evaluada utilizando el cuestionario validado de Biagi que se basa en cuatro preguntas simples y que agrupa a los pacientes en tres niveles clínicos. Realizamos un análisis univariado y multivariado de regresión logística para poder identificar aquellas variables independientes asociadas a la presencia de neoplasia colorectal. Un valor de $p < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados: Se identificaron 118 pacientes con EC mayores de 18 años y que tenían colonoscopia. La edad promedio fue de 56 años (22-87), y el 84% fueron mujeres. La indicación de colonoscopia fue pesquisa de CCR en el 53 % y anemia en el 15 %. El 65% cumplía con una adherencia estricta a la DLG (niveles III – IV de la escala de Biagi). En el análisis multivariado, la edad mayor a 75 años y el antecedente familiar de primer grado para CCR se asoció en forma independiente a la presencia de adenomas (OR 2.68, IC 1.03-6.98, OR 6.68, IC 1.03-47.98 respectivamente) y de lesiones neoplásicas avanzadas (15.03 IC 2.88-78.3, OR 6.46, IC 1.23-33.79). La baja adherencia a la DLG (niveles 0 – I de la escala de Biagi) también fue un predictor independiente para la presencia de adenomas (OR 6.78, IC 1.39-33.20), pero no encontramos asociación entre el tiempo de evolución de la EC y la adherencia a la DLG.

Conclusión: Los factores de riesgo para neoplasia colorectal en esta cohorte de pacientes con EC fue similar a lo reportado en la población general. Ciertas características, como la baja adherencia a la DLG, podrían asociarse a la presencia de adenomas y esto podría tener una importante implicancia en la pesquisa de CCR.

ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES DE ENFERMEDAD COLELITIÁSICA Y CONSUMO ALIMENTARIO DE GRASAS Y COLESTEROL.

Bertola Compagnucci, A(1, 2); Perroud, H(1); Battalés, SM(3); Brasca, A(3, 4); Villavicencio, R(3); Berli, DE(3, 4); Pezzotto, SM(1, 2)

(1)Instituto de Inmunología. Facultad de Ciencias Médicas, UNR. Rosario, Argentina (2) Consejo de Investigaciones, UNR. Rosario, Argentina (3)Fundación Dr. J.R.Villavicencio, Rosario, Argentina (4)Cátedra de Gastroenterología de la Facultad de Ciencias Médicas, UNR. Rosario, Argentina

INTRODUCCION: Aún no es clara la asociación entre la enfermedad coleditiásica (EC) y los factores alimentarios, ya que no está totalmente dilucidado cuáles son los alimentos o nutrientes que podrían ejercer un rol protector y cuales podrían comportarse como factores de riesgo.

OBJETIVO: Determinar la influencia de las grasas totales, de los diversos ácidos grasos y del colesterol en el riesgo de desarrollar EC.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio de casos y controles anidado a un estudio previo de prevalencia realizado en la ciudad de Rosario. Los casos son personas a quien se les diagnosticó EC en el estudio inicial o bien desarrollaron la patología durante los años transcurridos desde dicho estudio. Los controles son personas que en el estudio de prevalencia no presentaban EC, a los que se les efectuó una nueva ecografía abdominal para descartar la presencia de cálculos asintomáticos. A ambos grupos se les realizó una entrevista sobre sus condiciones socioeconómicas, culturales y personales, y una anamnesis alimentaria a través de un cuestionario de frecuencia de consumo (FFQ) para consignar calidad y cantidad de alimentos consumidos 5 años o más antes del diagnóstico en los casos y habitualmente en los controles. Para cuantificar el tamaño de las porciones de alimentos ingeridas se utilizó un Atlas fotográfico de porciones estandarizadas asociado al FFQ y a través de un software específico se obtuvieron las cantidades de macro y micronutrientes ingeridas por los participantes. Aplicando modelos lineales generales se calcularon las diferencias de consumo entre casos y controles ajustando por Kcal totales y por medio de regresión logística se obtuvieron los Odds ratios (OR) de los diversos factores de riesgo y sus intervalos de confianza del 95% (IC95%).

RESULTADOS: Se estudiaron 49 casos y 65 controles. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos respecto del sexo, índice de masa corporal, nivel socioeconómico ni etnicidad. Al comparar entre casos y controles el consumo de los nutrientes estudiados ajustando por la energía total consumida, se hallaron diferencias en las grasas totales, en los ácidos grasos monoinsaturados y en los ácidos grasos saturados. Al realizar el estudio de riesgos se encontró que a mayor consumo energético fue mayor el riesgo de desarrollar EC (OR=1,0006; IC95%=1,0002-1,0011; $p=0,006$). Al estratificar la ingesta por encima y por debajo de la mediana, la energía total consumida también se comportó como factor de riesgo (OR= 2,22; IC95%= 1,04-4,74; $p=0,039$). En el análisis multivariado, al ajustar por posibles variables confundidoras, se obtuvieron los resultados que se muestran en la Tabla.

CONCLUSION: Según los resultados obtenidos, tanto las altas ingestas de grasas totales alimentarias, de ácidos grasos saturados y monoinsaturados como la de energía total consumida actuarían como factores de riesgo en el desarrollo de la EC.

Estimación del riesgo de EC. Odds ratios ajustados.

	OR ajustados por energía total consumida			OR ajustados por energía total consumida, sexo e IMC		
	OR	P	IC (95%)	OR	P	IC (95%)
Colesterol	1,984	0,149	0,782-5,036	1,989	0,156	0,769-5,147
Grasas totales	4,447	0,006	1,527-12,954	4,947	0,006	1,566-15,633
Ácidos grasos monoinsaturados	4,410	0,006	1,524-12,765	4,432	0,010	1,429-13,748
Ácidos Grasos polinsaturados	1,982	0,151	0,779-5,041	1,905	0,191	0,725-5,008
Ácidos Grasos saturados	4,313	0,006	1,519-12,247	4,913	0,005	1,606-15,03

TO/PD-12

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO RETROSPECTIVO DE PANCREATITIS AGUDA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Montero, JE(1); Poles, N(1); Parodi, R(2); Tanno, H(1)

(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Argentina (2) Servicio de Clínica Médica, Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Argentina

INTRODUCCIÓN: La pancreatitis aguda (PA) es una patología frecuente, generalmente secundaria a coledocolitiasis. Posee un amplio espectro de presentación. Muchos scores han sido desarrollados para predecir su evolución, con resultados dispares. La mortalidad causada por PA ha disminuido, aunque sigue siendo del alta en las PA graves. **OBJETIVOS:** Conocer la prevalencia, estudios, uso de antibióticos y evolución de pacientes con PA durante el año 2009 en un Hospital de alta complejidad. **PACIENTES Y METODO:** Estudio retrospectivo. Los datos fueron analizados por SPSS 11.5. Los métodos estadísticos fueron: media +/- desvío estándar, frecuencias absolutas y relativas, prueba de Kolmogorov-Smirnov, prueba Chi-Cuadrado de Pearson y prueba de Fisher. Los valores de p menores a 0,05 son considerados estadísticamente significativos. **RESULTADOS:** Del total de 59 pacientes con PA, 31 (52,5%) fueron hombres. La edad media fue 41 +/- 15 años. El 81,4% fueron biliares. Los antecedentes más frecuentes eran Colelitiasis (25,4%) y PA previa (8,5%). El valor medio del score de Ranson fue de 1,7 y en el 71,7% el valor fue <3. Presentaron fiebre 11 pacientes (18,6%) y usaron antibióticos 25 (42,4%). Hubo 5 complicaciones en 4 pacientes (6,77%). Se realizaron radiografías de tórax al 49,2% de los pacientes. 13,8% resultaron patológicas. Se realizaron 26 Tomografías Computadas (TAC) de abdomen a 19 pacientes (32,2%). De 58 ecografías realizadas 48 (82,8%) resultaron patológicas. El valor medio del índice de Balthazar en la primera TAC fue de 1,4. A 68,75% de las PA litíicas, se les realizó colecistectomía. El promedio de días de internación fue de 10,5 + 6 días. El desenlace más frecuente, 56 (94,9%) fue el alta. 2 pacientes requirieron internación en UTI, 1 falleció. El número de días de internación no presentó diferencias entre los pacientes con Ranson menor a 3 y mayor o igual a 3 (p=0,313). El porcentaje de pacientes con hemoconcentración y aquellos a los que se les realizó TAC fue mayor en grupo de Ranson mayor o igual a 3 (p=0,049 y 0,018). Pero el porcentaje de TAC patológicas no difirió. Los pacientes que utilizaron antibióticos (ATB) (p=0,003), en los que se realizó TAC (p=0,014), los que presentaron fiebre (p=0,044), los que presentaron complicaciones y los que tuvieron hiperglicemias permanecieron más días internados. La colecistectomía no prolongó la internación (p=0,191). El 42,4% del total de pacientes requirieron ATB. La presencia de fiebre estuvo asociada con la realización de TAC (p=0,028). **CONCLUSIONES:** Las pancreatitis graves no son frecuentes en nuestro hospital. Existen múltiples parámetros para predecir evolución, ninguno altamente fidedigno. Es importante un trabajo interdisciplinario. Las mayores limitaciones fueron la recolección retrospectiva y el bajo número de pacientes

TO/PD-14

BIOPSIA Y HCV RNA EN TEJIDO HEPÁTICO EN PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA C CON RVS MAYOR DE 5 AÑOS

Yamasato, F(1); González Ballerga, E(1); Castro, M(1); Avagnina, A(1); Sordá, J(1); Rey, J(1); Daruich, J(1)

(1)Sección Hepatología, División Gastroenterología, Hospital de Clínicas San Martín, UBA, Argentina

Introducción. El objetivo del terapéutico en hepatitis crónica C es la curación, evaluada mediante la erradicación del virus a través del HCV RNA en plasma 24 semanas luego de finalizado el tratamiento (Respuesta viral sostenida - RVS). El seguimiento a largo plazo muestra que aquellos que alcanzan una RVS disminuyen el riesgo de progresión a cirrosis y sus complicaciones con aumento de la sobrevida. Sin embargo, en pacientes no incluidos en ensayos terapéuticos no es habitual el estudio del HCV RNA en plasma y tejido hepático ni la evaluación histológica a largo plazo.

Objetivo. Evaluar en pacientes con RVS mayor de 5 años, la presencia de HCV RNA en plasma y tejido hepático así como la actividad necroinflamatoria (AI) y fibrosis (F) en tejido hepático y comparar con la observada en la fase preterapéutica.

Material y métodos. Se incluyeron 17 pacientes con hepatitis crónica C con RVS >60 meses, con biopsia hepática pretratamiento y al finalizar el periodo de seguimiento, de ambos sexos. Se utilizó la clasificación de METAVIR para comparar la A y la F entre la primera y segunda biopsia. En 11 se estudió el HCV RNA en tejido hepático y plasma al momento de la biopsia hepática. Para la detección del HCV RNA en plasma se utilizó una PCR en tiempo real de uso diagnóstico. Para la detección de HCV RNA en tejido hepático se desarrolló un método de extracción-purificación de HCV RNA homogeneizando el tejido hepático en buffer Tris-EDTA en presencia de proteinasa K y posterior extracción-purificación con Trizol LS (Invitrogen) para ser detectado por PCR en tiempo real y nested RT-PCR cualitativas en forma conjunta. Resultados. El genotipo viral fue HCV-1 en 10 (58,8%), HCV-2 en 4 (23,5%) y HCV-3 en 3 (17,7%) de los casos. En la primera biopsia hepática la AI estaba presente en todos los casos (METAVIR A1: 17,6% (3), A2: 11,8% y A3: 70,6%) así como la fibrosis (METAVIR F1: 11,8%, F2: 23,5%, F3: 41,2% y F4: 23,5%). En 10/17 (58,8%) la segunda biopsia hepática mostró ausencia de AI, en 3 (17,7%) una disminución de 2 puntos y en 4 (23,5%) descenso de 1 punto. En todos se comprobó una mejoría de la fibrosis, con desaparición en 5/17 (29,4%), disminución de al menos 1 punto en 12 (70,6%). El HCV RNA en tejido hepático resultó negativo en 11/11.

Conclusiones. La RVS en los pacientes seguidos durante un periodo mayor de 5 años se asocia a mejoría de la actividad necroinflamatoria y de la fibrosis, así como con HCV RNA negativo en tejido hepático, independientemente del genotipo viral.

TO/PD-13

EVALUACION NUTRICIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. ESTUDIO PRELIMINAR

de Barrio, S(1); Baistrocchi, A(1); Viola, M(1); Caniggia, ME(1); La Motta Casco, G(1); Sliwinski, L(1); Gotti, D(1); Maffei, E(1); Estevez, S(2); Yantorno, M(2); Chopita, N(2); Crivelli, A(1)

(1)Sala de Soporte Nutricional. HIGA San Martín. La Plata. Argentina (2)Servicio de Gastroenterología. HIGA San Martín. La Plata

INTRODUCCIÓN. La desnutrición en pacientes (ptes) con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) está bien documentada en la literatura (25-80%) con causas multifactoriales: disminución de ingesta, malabsorción y actividad de la enfermedad. Aun no se ha podido definir un método gold estándar para la evaluación nutricional.

OBJETIVO: describir el estado nutricional de ptes con EII y evaluar herramientas disponibles para su evaluación.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo de ptes con EII derivados del consultorio de EII.

Para la evaluación nutricional se utilizó: peso, talla, índice de masa corporal (IMC), evaluación global subjetiva del estado nutricional (EGS), recordatorio de ingesta de 7 días. Las variables categóricas se expresan como porcentajes, y las numéricas como media ± desvío estándar o mediana. Cuando fue necesario se utilizó el test de chi cuadrado y el de Man-Whitney.

RESULTADOS: se evaluaron 60 ptes, 34 mujeres (57%), edad media 42 ± 17 años (16-77). 45% con obra social. Tabla 1

48 ptes con CU: 22 presentaban CU extensa y 26 CU distal.

12 ptes con EC: 1 ileal y 11 ileocolónica.

Tres ptes con CU tenían además diagnóstico de enfermedad celíaca.

Promedio de años de diagnóstico 7.25 ± 4.5 y mediana 4.5 años.

Hubo diferencia significativa (p 0.006) en la pérdida de peso de ptes con CU extensa vs. aquellos con CU distal (10.15 ± 5.66 kg vs. 5.84 ± 4.4 kg).

13 ptes requirieron nutrición enteral, 2 nutrición parenteral y 12 Suplementos orales. A todos se les realizó indicación dietoterapéutica individualizada

DISCUSIÓN: La prevalencia de desnutrición fue muy alta en este grupo de ptes (60%). El uso del IMC no fue una herramienta útil para su diagnóstico ya que solo 8.3% de ptes presentaban IMC menor a 18.5 kg/m². La EGS categorizó mejor el estado nutricional ya que 60% de los pacientes presentaban desnutrición moderada-severa con una pérdida de peso promedio de 13.4 ± 8.4 kg. El compromiso de la ingesta por restricción (autoimpuesta o por prescripción médica) tiene un rol en el compromiso nutricional además del proceso inflamatorio que acompaña a la enfermedad de base. El 25% de los ptes requirió soporte nutricional debido a la severidad de la desnutrición. Este estudio preliminar nos permitió dimensionar un problema (identificar pacientes desnutridos o en riesgo y plantear una intervención) y establecer de rutina la evaluación alimentario-nutricional en la consulta ambulatoria de ptes con EII.

Resultados generales

	Total	Colitis ulcerosa	Enf. de Crohn	
Nº pacientes	60	48 (80%)	12 (20%)	
Enfermedad activa	49 (82%)	39 (81%)	10 (83%)	
IMC	23.54 kg/m ² ± 5.79	24.20 kg/m ² ± 5.93*	20.88 kg/m ² ± 4.48*	*p 0.03
EGS A	24 (40%)	22 (46%)	2 (17%)	
EGS B	13 (22%)	9 (19%)	4 (33%)	
EGS C	23 (38%)	17 (35%)	6 (50%)	
EGS B + C	36 (60%)	26 (54%)	10 (83%)	NS
Pérdida de peso	39 (65%)	30 (62.5%)	9 (75%)	NS
Kg de pérdida de peso	13.4 ± 8.4 kg	7.99 ± 5.46 kg	13.20 ± 10.16 kg	NS

EGS A: bien nutrido.

EGS B: desnutrición moderada o en riesgo.

EGS C: desnutrición severa.

TO/PD-15

RIGIDEZ ARTERIAL Y DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA.

Alonso, MI(1); Gonzalez Balerga, E(1); Daruich, J(1); Sorda, J(1); Duarte, M(1); Vasquez Blanco, M(1); Schaab, S(1); Yamasato, F(1)

(1)Hospital de Clínicas José de San Martín. Argentina.

Introducción. La Hemocromatosis Hereditaria (HH) es una enfermedad autosómica recesiva, que provoca sobrecarga de hierro en diferentes tejidos del organismo e induce injuria tisular, fibrosis y fallo orgánico. Recientemente, se reportó un incremento del riesgo cardiovascular con datos controversiales en enfermos con sobrecarga férrica. La Velocidad de Onda de Pulso (VOP) es una prueba sencilla, no invasiva y reproducible que mide la elasticidad arterial. La variación de la VOP pre y posisquemia inducida de la arteria braquial ha sido validada para evaluar disfunción endotelial (DE). Se ha utilizado en estudios epidemiológicos demostrando el valor de la elasticidad aórtica como factor predictivo de eventos cardiovasculares. La hipótesis del trabajo es que el hierro induce fibrosis vascular y disminuye la vasodilatación mediada por óxido nítrico (ON) determinando una disminución de la elasticidad arterial y aumento de la DE.

Objetivo. Evaluar en pacientes con HH la elasticidad arterial y la disfunción endotelial empleando la medición de la VOP carótido-femoral (CF) y la variación de la VOP carótido-braquial (CB) posisquemia comparado con un grupo control sano (GC).

Material y Métodos. Se incluyeron 22 portadores de HH con ferritina elevada y biopsia hepática diagnóstica de HH, con una edad media de 48.22 ± 15.7 años y se compararon con 30 controles sanos. Se excluyeron aquellos con otras enfermedades hepáticas agudas o crónicas, neoplasias, portadores de diabetes mellitus y/o esteatosis hepática. Se registró edad, sexo, tensión arterial, frecuencia cardíaca, peso, altura, índice de masa corporal (IMC) y circunferencia de cintura (CC). Se evaluó la VOP-CF para medir la elasticidad arterial (evaluación del impacto estructural) y VOP-CB con variación pre y posisquemia inducida para analizar la disfunción endotelial (evaluación del componente funcional). La VOP se midió con un equipo Complior System (Artech-Medical, Francia®).

Resultados. En los pacientes con HH se comprobó una VOP-CF de 8.3 ± 1.6 m/s vs. 6.4 ± 0.8 m/s en el CG (p < 0.001) y una variación de la VOP-CB de 0.3% y 8.2%, respectivamente (p < 0.001). No hubo diferencias significativas en edad, sexo, talla, IMC, CC, frecuencia cardíaca ni tensión arterial al comparar los pacientes con HH con los controles sanos.

Conclusión. Los pacientes con HH muestran cambios arteriales estructurales y funcionales. Estos hallazgos incrementarían la probabilidad de padecer eventos cardiovasculares y justifican una evaluación y seguimiento cardiovascular para detectar y tratar la presencia de factores de riesgo asociados. Estos resultados argumentan la realización de estudios con un mayor número de pacientes para confirmar estos datos.

TO/PD-16

TOS CRÓNICA POR REFLUJO: JERARQUIZANDO EL ÍNDICE SINTOMÁTICO...

Cariello, M(1); Pogorelsky, V(1); Herrera, LA(1); De Paula, JA(1)
(1)Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) puede presentarse con síntomas atípicos, entre ellos la tos crónica. La prueba terapéutica con inhibidores de la bomba de protones (IBP) es reconocida como el primer paso tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, reservando los estudios complementarios para aquellos pacientes que no responden. La impedanciometría intraluminal multicanal con pHmetría de 24 hs es una herramienta útil en el diagnóstico de la ERGE. Si bien permite determinar si el reflujo de un paciente es patológico o se encuentra dentro de límites considerados fisiológicos, es fundamental su rol en la correlación de los síntomas referidos por el paciente con episodios de reflujo.

OBJETIVO: Determinar la utilidad del índice sintomático en pacientes con tos crónica probablemente relacionada a reflujo gastroesofágico refractaria al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, independientemente del resultado global de la impedanciometría intraluminal multicanal – pH de 24 hs (IIM-pH).

SUJETOS Y MÉTODOS: Estudio de cohorte retrospectiva de pacientes con tos crónica probablemente relacionada a reflujo gastroesofágico refractaria al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones derivados para la realización de la IIM-pH desde agosto del 2008 hasta abril del 2013. Todos ellos realizaron previamente manometría esofágica. Se excluyeron del análisis aquellos pacientes que hicieron el estudio intratratamiento con IBP. Se consideró impedanciometría positiva aquella que presentara ≥ 73 episodios de reflujo distales o ≥ 31 episodios de reflujo proximales. Se consideró un índice sintomático positivo cuando al menos la mitad de los episodios sintomáticos estuvieran relacionados con episodios de reflujo (IS $\geq 50\%$).

RESULTADOS: Se incluyeron en forma consecutiva 47 pacientes, cinco (11%) realizaron el estudio intratratamiento con doble dosis de IBP por lo que se excluyeron del análisis. De los 42 pacientes que fueron considerados para el análisis, 32 (76%) fueron mujeres, edad media 56 años (rango 20-91 años). El tiempo de duración medio del estudio fue de 22.3 hs. El 100% de los pacientes presentó síntomas durante el estudio, de los cuales 21 (50%) presentaron un índice sintomático positivo. De estos últimos 7 (33%) tuvieron una impedanciometría positiva. Los 14 (67%) pacientes restantes tuvieron impedanciometría negativa a pesar de presentar un índice sintomático positivo. De ellos 8 (38%) con pHmetría positiva y 6 (29%) con ambos estudios negativos.

CONCLUSIONES: En nuestra serie de pacientes la cuidadosa evaluación del índice sintomático permitió fortalecer la sospecha de la probable relación entre tos crónica y reflujo gastroesofágico a pesar de presentar un número considerado fisiológico de episodios de reflujo y tiempo de exposición al ácido dentro de valores normales.

TO/PD-18

USO DE UN DISPOSITIVO DE NEUROELECTROESTIMULACIÓN CUTÁNEA (VOCASTIM) EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARÍNGEA

Robledo, FD(1); Larrea, H(1)

(1)CEDISFO (Centro de Tratamiento de la Disfagia y la Fonación). Argentina.

Introducción: El 20% de los pacientes en rehabilitación tienen trastornos deglutorios. La actual terapia para el tratamiento de disfagia generalmente emplea técnicas de estrategia compensatoria ej; cambios de dieta, posicionamiento de la cabeza y modificación del tamaño del bolo. Se emplea también técnicas específicas destinadas a mejorar la coordinación y fuerza de los músculos tragando mediante la estimulación térmica, Biofeedback, maniobra de Mendelsohn o elevación supraglótica. La Electroestimulación deglutoria son estrategias utilizadas recientemente con el propósito de favorecer el restablecimiento de las propiedades contráctiles y metabólicas de una unidad motora y su eventual recuperación funcional.

Objetivo: Se pretende evaluar la efectividad de la Neuro Electroestimulación cutánea con el uso del vocASTIM® en la eliminación o corrección de los trastornos de la deglución. Diseño experimental: Su diseño encaja en un tipo de estudio comparativo descriptivo.

Intervención: Desde marzo del 2011 hasta mayo del 2012 se realizaron 26 tratamientos. Solo 23 completaron la totalidad del tratamiento (los tres restantes abandonaron o no completaron por razones socio/familiares). Se incluyeron 23 pacientes (14 varones 9 mujeres) edad promedio entre 32 a 78 años. En su gran parte disfagia por secuelas neurológicas (ACV, Parálisis de recurrenente, TCE, Secuelas postcirugías neurológicas: Meningiomas, aneurisma etc.) otra causas fueron (globos esofágico, espasmo cricofaríngeo, paresia del laríngeo, esclerosis lateral amiotrófica, distrofia oculofaríngea). Se realizaron entre 8-14 sesiones de 20 minutos promedio 2 veces a la semana. Mediciones: Para establecer las comparaciones a todos se le realizó una VDG inicial y de control además de un Electrodiagnóstico de inicio y a su finalización para valorar objetivamente el grado de denervación y radiografía de tórax y videoesofagoscopia (10) Fibroendoscopia nasal (FEES), (7) Manometría esofágica y en 2 se realizó impedanciometría y en 6 casos pH metría. Resultados: La respuesta fue valorada según grado de evolución clínica y escala de la disfagia además del Electrodiagnóstico correspondiente. Se evaluaron los siguientes score para determinar las respuestas de los pacientes. Grado de satisfacción del paciente /Valores de Electrodiagnóstico (finales)/Score de evaluación fonoaudiológica /grado de disfagia Se observó un grado de respuesta positiva (Grado de satisfacción) en más del 80% de los pacientes así como una respuesta superior al 90% del Electrodiagnóstico, la evaluación fonoaudiológica se consideró de buena a muy buena en más del 80% de los pacientes. Se observó alto grado de respuesta en las enfermedades con lesiones neurológicas (ACV, Seculares a neurocirugías, TCE, etc) En las enfermedades neurodegenerativas (ELA, Parkinson) la respuesta se consideró pobre (regular/buena) a excepción de la distonía neurofaringea cuya evaluación fue muy buena y mala en las disfagias de causa esofágica (espasmo del cricofaríngeo, globo esofágico) Se observó disparidad entre la evolución clínica y la video deglución El Electrodiagnóstico acompañaba generalmente la respuesta clínica.

Conclusiones: El vocASTIM® puede producir una respuesta funcional de diverso grado de satisfacción. Como parámetros a seguir evaluando en el futuro observamos que el mejor resultado de vocASTIM® se observa en las mejoras de la contractibilidad de los músculos supra (l) e infrahioides (2).

TO/PD-17

PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA DE LA DISFUNCIÓN CRICOFARÍNGEA PRIMARIA.

Alach, JE(1, 2); Carrilero, M(1); Daino, D(1); García, A(1, 2); Ventura, AV(1); Romé, JC(1)
(1)Hospital San Roque de Gonnet, La Plata (2)Hospital Italiano de La Plata. Argentina.

Introducción: La disfunción cricofaríngea primaria (DCP) es una patología orgánica que afecta la zona de alta presión faringoesofágica, caracterizada por la presencia de una miopatía restrictiva del músculo cricofaríngeo, de etiología desconocida hasta la fecha, que disminuye su compliance durante la apertura y genera una disfagia orofaríngea de gravedad variable. Se propone una estadiación clínico-radiológica basada en síntomas clínicos y principalmente en la imagen de la videodeglución, que permite conocer con más exactitud el tipo de paciente que se presenta y que separa cuatro grupos de severidad creciente.

Objetivo: proponer la utilización de una clasificación en la disfunción DCP que ha demostrado utilidad para establecer el grado de severidad de los pacientes afectados por esta patología, utilizando simples parámetros clínico-radiológicos.

Material y método: desde Diciembre 2007 hasta Marzo 2013 se ha utilizado en 56 pacientes portadores de DCP un método sencillo, que establece una clasificación simple del grado de severidad de la enfermedad. Se presentan cinco grados: El "grado 0" corresponde a una imagen de barra, que aparece como hallazgo en la realización de otro procedimiento diagnóstico, durante la radioscopia (habitualmente seriada esófago-gastro-duodenal) Suele ocupar menos del 50% de la luz, sin residuo post deglutorio y es una condición asintomática. Este grado es útil para expresar los hallazgos que frecuentemente se ven en el paciente asintomático post dilatación de DCP de otros grados y en el cual se halla una barra cricofaríngea típica. El "grado 1" de DCP corresponde a la presencia de una imagen en barra, que no suele ocupar más del 50% de la luz en el momento de la deglución y que se expresa clínicamente como una típica disfagia orofaríngea. No se observa aquí dilatación de la faringe. El "grado 2" presenta una barra que suele ocupar más del 50% de la luz, hay residuo postdeglutorio en senos piriformes y valculas y sin dilatación visible de la faringe. El "grado 3" muestra una disfunción mayor, con dilatación de la faringe, residuo sólido post deglutorio y una barra cricofaríngea con fuerte estenosis, en forma de dedo de guante; clínicamente se encuentra severa disfagia orofaríngea que puede comprometer la vida del paciente. El "grado 4" se refiere a una estenosis concéntrica de aspecto orgánico, con mínima distensibilidad, dilatación diverticular de la faringe habitualmente hacia los lados y residuo faríngeo positivo. Resultados: Esta clasificación ha demostrado en el tiempo una gran utilidad clínica ya que permite rotular en el inicio del diagnóstico, el grado de severidad de la DCP. Puede además evidenciar la evolución espontánea o los cambios luego de la terapéutica adecuada.

Conclusiones: Se propone una clasificación clínico-radiológica de la DCP cuya principal utilidad es la de establecer el grado de gravedad de la enfermedad, evaluar la evolución espontánea o bien, luego de realizar terapéutica endoscópica o quirúrgica con mayor objetividad

Clasificación clínico-radiológica de la DCP

Grado	Disfagia	Residuo	Dilatación	Barra
Grado 0	No	No	No	Si
Grado 1	Si	No	No	Si Menor al 50% de la luz
Grado 2	Si	Si	No	Si Mayor al 50% de la luz
Grado 3	Si	Si	Si	Si. Típica y Mayor al 50%
Grado 4	Si	Si	Si	Estenosis concéntrica F-E

TO/PD-19

SISTEMATIZACIÓN EN LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN DE VIDEO DEGLUCIÓN EN ADULTOS, DE ACUERDO AL GRADO DE DISFAGIA Y SEGÚN PREDICTORES CLÍNICOS DE ASPIRACIÓN.

Alach, JE(1, 2); Gallego, S(1); García, A(1); Daino, D(1); Contreras, M(1); Siri, C(1)

(1)Hospital San Roque de Gonnet, La Plata (2)Hospital Italiano de La Plata. Argentina.

Introducción: En el Área de motilidad digestiva, se ha diseñado un protocolo de trabajo en la realización de Videodeglución de acuerdo a predictores clínicos de aspiración que ha mostrado su utilidad en la estandarización y en lograr un procedimiento más seguro, recomendando diferentes volúmenes y consistencias en la orientación inicial del estudio de la disfagia orofaríngea (DOF). **Objetivo:** presentar un método estandarizado en la realización del examen de videodeglución, utilizado por el grupo de trabajo del Área de Motilidad digestiva, que ha demostrado ser seguro y eficiente en el diagnóstico de los trastornos deglutorios de diferente etiología y severidad, y también disminuir el tiempo de exposición a los rayos tanto el paciente como el grupo médico. **Material y Métodos:** Desde Junio 2007 hasta Abril 2013, se realizaron 648 exámenes de videodeglución dinámica, utilizando 8 predictores clínicos de aspiración, y que se resumen de la siguiente manera: 1. Voz húmeda o cambios en la calidad de la voz después de la deglución. 2. Tos con la deglución, especialmente de líquidos. Test del agua positivo. 3. DOF con sensación no sofocante de ahogos con alimentos líquidos, semilíquidos y/o sólidos. 4. DOF con neumopatía actual o antecedentes de neumonía reciente (menos de 6 meses) 5. Presencia de ahogos y tos sofocante con la deglución de líquidos especialmente. 6. Paciente traqueostomizado que después de la deglución, expulsa alimentos y/o líquidos deglutidos por el tubo y/o peritubo. 7. DOF con imposibilidad de manejar la saliva por la presencia de tos y ahogos sofocantes repetitivos. 8 Sospecha clínica de fístula traqueo-esofágica. En base a estos parámetros se implementaron técnicas diferentes en la realización de la videodeglución, categorizando la disfagia como DISFAGIA LEVE: No presenta ninguno de los predictores clínicos de aspiración. DISFAGIA MODERADA: Presencia de cualquiera de los cuatro primeros predictores. DISFAGIA SEVERA: Presencia de alguno de los 4 últimos predictores de severidad; siendo el paciente no vigíl, no apto para realizar video deglución. De acuerdo a la Categoría en la que entra cada paciente el procedimiento de Videodeglución es diferente, de manera que la DOF leve comienza con trago libre de líquidos, La DOF Moderada con Pudding y la DOF Severa con contraste Hidrosoluble. Los exámenes son grabados por capturadora de imágenes marca EMTV que logra 30 cuadros por segundo. Resultados: con la metodología antes descrita se disminuye la posibilidad de complicación aspirativa ya que no se presentó ninguna complicación pulmonar en los pacientes estudiados con este método y se logra disminuir el tiempo de radiación en aproximadamente 1/3, sin dificultar el diagnóstico radiológico. **Conclusiones:** En 6 años de trabajo en el laboratorio de motilidad del Servicio de Gastroenterología de un Hospital Interzonal, se realizaron siguiendo estas normas protocolizadas de trabajo 648 exámenes de videodeglución sin haber asistido a ninguna complicación mayor por aspiración atribuible al procedimiento. Se destaca además, la disminución del tiempo de exposición a los rayos, tanto para el paciente como para los profesionales y técnicos que intervienen en el procedimiento, cuando se emplea el método propuesto.

TO/PD-20

¿CUÁL ES LA TÉCNICA PARA MEDIR LA PRESIÓN DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR QUE SE CORRESPONDE MEJOR CON LOS SÍNTOMAS ESOFÁGICOS?

Delli Quadri, I(1); Fazio, L(1); Furia, M(1); Bolino, MC(1); Lien, YY(1); Espinoza, F(1); Vera, F(1); Vazquez, H(1); Iantorno, G(1)

(1) Laboratorio de Motilidad, Hospital de Gastroenterología Dr Carlos Bonorino Udaondo, Argentina.

Introducción: Los patrones motores registrados en la manometría esofágica (ME) se definen de acuerdo a criterios pre establecidos para la deglución. Sin embargo, no hay estándar de comparación internacionalmente aceptados para analizar las variables y los métodos para evaluar la presión del esfínter esofágico inferior (EEI) siguen siendo controversiales. **Objetivos:** 1. Comparar cinco técnicas para medir la presión del EEI. 2. Evaluar si alguno de ellos es más útil para explicar los síntomas. **Materiales y métodos:** Se incluyeron adultos, de ambos sexos, que realizaron manometría esofágica (ME) para estudio de disfagia y / o pirosis en el laboratorio de motilidad del Hospital de Gastroenterología de Buenos Aires entre junio de 2011 y enero de 2012. Se excluyeron los pacientes con estudios incompletos y / o antecedentes de cirugía del tracto gastrointestinal superior. **Diseño:** Estudio retrospectivo, observacional, comparativo y transversal. Se evaluaron las indicaciones "disfagia y pirosis". La ME se realizó con un sistema de perfusión hidroneumocapilar. Los trazados manométricos se evaluaron de la siguiente manera: Mediciones fijas (M) durante 10 degluciones: M1: promedio de las presiones de las degluciones y el intervalo inter deglutorio, M 2: promedio de presiones de los intervalos inter deglutorios. Mediciones durante el retiro lento: M 3: presión media de 4 canales. M 4: promedio de presiones 1 + 3; M 5: promedio de presiones 2 + 3. **Análisis estadístico:** Medcalc 11.21.1.0, test ANOVA. **Resultados:** Se revisaron 120 estudios y finalmente se incluyeron los correspondientes a 104 pacientes; edad promedio: 51 años (rango: 18-81), 67% (n: 81) eran varones. Los síntomas registrados fueron: disfagia: 25% (n: 26), pirosis 33% (n: 34) y ambos 42% (n: 44). Se evaluaron los pacientes con un solo síntoma. Los diagnósticos manométricos se registran en la tabla 1. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las cinco técnicas para la medición de la presión del esfínter esofágico en pacientes con disfagia (p=ms). Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las cinco técnicas en pacientes evaluados por pirosis (<0,0001). 2. M 1 fue más preciso y útil para explicar los síntomas de pirosis. **Conclusiones:** En nuestro estudio se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las cinco técnicas para medir la presión del EEI en pacientes con pirosis. La técnica denominada "M 1" por nuestro equipo fue la que presentó una relación más adecuada con los síntomas. Esta evidencia podría ayudar a mejorar la precisión diagnóstica en nuestros pacientes. **Limitación:** la presión al final de la espiración no se midió de acuerdo con la práctica estándar en nuestro laboratorio pues consideramos que no tiene relevancia clínica en la fisiología de las condiciones estudiadas.

Síntomas esofágicos y diagnóstico manométrico

Síntomas esofágicos	Diagnóstico manométrico		Total n:104
	Normal n:38 (%)	Anormal n:56 (%)	
Disfagia	5(19)	Acalasia 10 (38,4)	26
		Desórdenes motores inefectivos 10 (38,4)	
		Espasmo difuso 1 (3,8)	
		Desórdenes motores inefectivos 10 (29,4)	
Pirosis	19(56)	Desórdenes motores secundarios (esclerodermia) 2 (6)	34
		EI hipotensivo 2 (6)	
		Acalasia 1 (3)	
		Acalasia 14 (32)	
Disfagia y pirosis	14(32)	Desórdenes motores inefectivos 12 (27)	44
		Espasmo difuso 2 (4,5)	
		Desórdenes motores secundarios (esclerodermia) 2 (4,5)	

TO/PD-22

LESIONES PEPTICAS EN DUODENO: PREVALENCIA Y SIGNIFICADO.

Jaroslavsky, MJ(1); de Elizalde, S(1); Caro, L(2); Cerisoli, C(2); Donatelli, M(3); Parquet, R(3); Cortés, M(3); Cingolani, C(3); Smith, K(3); Barco, JC(4); Almar, E(3); Saa, EC(4)

(1) Laboratorio de Patología, San Isidro, Argentina (2) GEDYT (3) Sanatorio Las Lomas (4) Centro Privado, C.A.B.A.

INTRODUCCION: Según la bibliografía reciente, el espectro de lesiones duodenales clásicamente consideradas como "pépticas" (metaplasia foveolar, pseudopilórica o antral y heterotopía gástrica, con o sin inflamación activa) comprendería por un lado patología posiblemente relacionada con la infección por Helicobacter Pylori (HP) ("duodenitis péptica"), y por otro lesiones probablemente congénitas ("heterotopía gástrica") sin relación con la infección. **OBJETIVO:** Evaluar si estos enunciados se verifican en nuestros pacientes provenientes de centros privados de C.A.B.A. y provincia de Buenos Aires. **MATERIAL Y METODOS:** Se revisaron las biopsias de duodeno y bulbo recibidas para estudio anatomopatológico entre enero de 2011 y mayo de 2013, procesadas por inclusión en parafina y coloreadas con Hematoxilina - Eosina. Se evaluó la presencia de lesiones "pépticas" (según la definición clásica). Se comparó la prevalencia de infección por HP (evaluada mediante histología con coloración de Giemsa) en estos pacientes, con la del total de pacientes que se realizaron biopsia gástrica durante el mismo periodo. **RESULTADOS:** Sobre un total de 9916 pacientes con biopsia gástrica, 6275 mostraron gastritis (63%) y 2662 HP (26%). Sobre 3366 pacientes con biopsia duodenal, 2039 tenían además biopsia gástrica simultánea; de estos, 1289 (63%) padecían gastritis, 560 (27%) con HP. Sobre el total de biopsias duodenales, se diagnosticó duodenitis en 184 casos. En 101 casos el diagnóstico correspondió a lesiones "pépticas" (46 casos duodenitis péptica, 55 casos heterotopía gástrica). Las edades variaron entre 24 y 73 años (media 45,5). Sexo: 43% mujeres y 57% varones. En 17 casos de duodenitis péptica y 47 de heterotopía se contó con biopsia gástrica simultánea; de los casos de duodenitis péptica, 14 presentaban HP en la biopsia gástrica, y en un caso sin biopsia gástrica se pudo hallar HP en la biopsia duodenal (15 casos: 88 %). Considerando los 55 casos de heterotopía gástrica, se contó con biopsia gástrica simultánea en 38 casos; de estos, solo en uno se halló HP (2,63%); es decir que los pacientes con "duodenitis péptica" mostraron elevada prevalencia de infección con HP; en cambio los pacientes con heterotopía tuvieron una prevalencia de infección significativamente menor a la general (p<0,001). **CONCLUSION:** Los hallazgos en nuestros pacientes se hallan en concordancia con la bibliografía. El patólogo y el gastroenterólogo deben familiarizarse con las diferencias mencionadas, que implicarán seguramente un diverso enfoque clínico y terapéutico.

TO/PD-21

DETECCIÓN DE HELICOBACTER PYLORI: COMPARACIÓN DE DOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Romagnoli, N(1); Torrico, O(1); Quijano, N(1); Pinasco, R(1); Balasini, C(1); Garbaiz, C(1); Jarovslasky, MJ(1); Regnasco, S(1); Saa, E(1)

(1) Pirovano, Argentina.

Introducción: El Helicobacter Pylori (HP) es un bacilo Gram negativo que coloniza la mucosa gástrica, causando gastritis crónica, úlcera gastroduodenal; asociado con carcinoma gástrico y linfoma gástrico tipo MALT. Para su diagnóstico se utilizan diferentes métodos, invasivos y no invasivos. Entre ellos la prueba rápida de ureasa (PRU) y la toma de biopsia de mucosa gastro duodenal. **Objetivo:** Comparar la exactitud de la PRU casera comparado con el estudio histológico para el diagnóstico de HP en pacientes con dispepsia funcional. **Materiales y métodos:** El diseño de estudio es comparación de test diagnóstico. Se seleccionaron 40 pacientes (pac) consecutivos desde 1/01/12 a 31/12/13 a los cuales se le realizaron videoendoscopia por síntomas dispépticos. Los criterios de exclusión fueron: Uso de inhibidores de la bomba de protones, bloqueantes H2, simeticona y/o terapia antibiótica en las seis semanas previas. Se obtuvieron biopsias endoscópicas de antro y cuerpo gástrico. Para determinar la presencia de HP en estudio histológico (EH) la muestra fue fijada con formol al 10% y para la PRU se utilizó un agar urea de Christensen compuesto por triptefina, glucosa, cloruro de sodio, fosfato monopotásico, rojo de fenol, agar y solución de urea al 40% preparada por Microbiología. **Estadística:** Se evaluó media, DS y %. Se calculó: sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo (VPP), negativo (VPN), coeficiente de probabilidad positivo (LR+) y coeficiente de probabilidad negativo (LR-) con IC95%. Se analizó con STATA 11.

Resultados: Fueron incluidos 40 pac con una edad media de 46,4 años. El diagnóstico de H. pylori por anatomía patológica fue realizado en 14 (35%) pacientes. Cuando se lo comparó con el EH se observó en el PRU 12 positivos, de los cuales 7 (58%) fueron verdaderos positivos y 28 negativos de los cuales 21 fueron verdaderos negativos, con una sensibilidad de 50% (IC 95% 24-76), especificidad 81% (IC 95% 66-96), valor predictivo positivo 58% (IC 95% 30-86), valor predictivo negativo 75% (IC 95% 59-91), coeficiente de probabilidad positivo 2.63 (IC95% 1.01-6.7) y coeficiente de probabilidad negativa 0.62 (IC95% 0.35-1.08). **Conclusión:** Esta PRU mostró una sensibilidad del 50% y una especificidad del 81%. Los coeficientes de probabilidad no nos sirven para confirmar ni descartar un diagnóstico. Su utilización para el diagnóstico de HP en pac con dispepsia no permitiría tomar conductas de inicio adecuadas, por lo que no debería utilizarse con ese fin en reemplazo del estudio histológico, aunque podría ser útil a modo de complemento. Los casos en los cuales la PRU fue positiva y la biopsia negativa podrían beneficiarse con la realización de un tercer método, como Test del aire espirado.

TO/PD-23

RÉBITO DIAGNÓSTICO DE LA SEROLOGÍA, ENDOSCOPÍA E HISTOLOGÍA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD CELIACA EN UN SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

Pérez Martínez, SY(1); Iriarte, M(1); López Gastón, RA(1); Sánchez Alvarenga, OF(1); Andrush, A(1); Catoungo, P(1); Syriani, C(1); Lotero Polesel, J(1); Mallea-Gil, S(2)

(1) Servicio de Gastroenterología, Hospital Militar Central, Buenos Aires, Argentina (2) Servicio de Endocrinología, Hospital Militar Central, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCION: La Enfermedad Celíaca (EC), es un trastorno autoinmune inducido por la ingesta de gluten en individuos genéticamente susceptibles, presentando una lesión característica, pero inespecífica de la mucosa del intestino delgado. Afectando del 0,7 al 1,5% de la población general. Su prevalencia exacta es desconocida por la variabilidad en la clínica y por la carencia de método de diagnóstico absoluto. Los anticuerpos antitransglutaminasa IgA son los marcadores más sensibles, necesitando la biopsia intestinal para el diagnóstico. La sensibilidad de este método para evidenciar atrofia vellositaria es variable, oscilando entre 44 a 87%. La EC no tratada se asocia con una alta morbilidad y mortalidad, su detección temprana es obligatoria y de gran importancia la sospecha clínica de la enfermedad. **OBJETIVOS:** Estimar el rédito diagnóstico de las pruebas para detectar Enfermedad Celíaca (Sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, razón de verosimilitud positiva y negativa) de la combinación de métodos: Serología con histología y Hallazgos endoscópicos duodenales con histología.

MÉTODOS: En este estudio observacional, retrospectivo y transversal, se incluyeron adultos con serología positiva para Enfermedad celíaca, anticuerpos IgA antitransglutaminasa, con sospecha clínica, a quienes se les realizó VEDA con toma de biopsia de segunda porción duodenal en búsqueda de atrofia vellositaria: Patrón de oro diagnóstico, utilizando los criterios de Marsh-Oberhuber. EC se estableció en pacientes con rTG IgA (+) y atrofia vellositaria de la mucosa duodenal. El protocolo se realizó en un servicio de gastroenterología con pacientes externos, en Buenos Aires, de enero 2009 a diciembre de 2011. **Análisis estadístico:** epiData 4.0 y VCCStat 2.0 **RESULTADOS:** 37 pacientes incluidos (23 mujeres, 14 hombres, edad media: 45,8 años). EC se diagnosticó en 20/37 pacientes (57,05% IC 95 0,368 a 0,705). Formas de presentación: Meteorismo 10 (27,07%), Anemia ferropénica 7 (18,9%), Antecedentes de EC 5 (13,51%), Diarrea 5 (13,51%). La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, razón de verosimilitud positiva y negativa de la serología combinada con histología del 1,000 (IC 95 0,832 a 1,000), 0,118 (IC 95 0,013 a 0,365), 0,571 (IC 95 0,393 a 0,737), 1,000 (IC 95 0,158 a 1,000), 1,133 (IC 95 0,953 a 1,348), 0,374 (IC 95 0,0 a infinito) respectivamente. La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, razón de verosimilitud positiva y negativa de la endoscopia combinada con histología del 0,900 (IC 95 0,683 a 0,989), 0,471 (IC 95 0,229 a 0,723), 0,667 (IC 95 0,460 a 0,835), 0,800 (IC 95 0,443 a 0,977), 1,700 (IC 95 1,061 a 2,724), 0,212 (IC 95 0,052 a 0,869) respectivamente. **CONCLUSIONES:** Los resultados revelaron que el rédito diagnóstico de serología con histología tiene mayor utilidad para el diagnóstico de la EC, en comparación de endoscopia combinada con histología. El diagnóstico de EC es complejo, por lo que en lugar de depender de una sola prueba para confirmarla o descartarla, necesitamos combinar características clínicas, serológicas e histológicas.

TO/PD-24

E.I.I. Y UNA RARA ASOCIACIÓN

Fernández, L(1); Codoni, ML(1); De Santis, JP(1); Jiménez, F(1)
(1)Hospital José María Cullen. Santa Fe. Argentina

Paciente de 17 años, en 4º mes de puerperio, cursa internación por diarrea sanguinolenta de 1 mes de evolución. La videocolonoscopia informa: en unión descendente sigmoidea, estrechez que impide el paso del endoscopio, mucosa edematosa congestiva con múltiples microulceraciones, puentes mucosos cubiertos de fibrina y pseudopólipos. Anatomía patológica: pérdida de la histoarquitectura y mucosecreción que exhibe en corion interno, infiltrado inflamatorio mixto, edema, numerosos abscesos cripticos y criptitis; diagnostico C.U. Se trata con mesalazina 4.8 gr/día y prednisona 40mg/día.

Durante la internación presenta convulsiones tónico-clónicas. La T.A.C. de cráneo constata a nivel temporal derecho lesión compatible con quiste subaracnoideo. Se deriva a nuestro hospital.

Directo de materia fecal, toxoplasmosis, sífilis, HIV, CMV: negativos. La RMI de cráneo informa: leucoencefalopatía posterior reversible, que se confirma con la desaparición de las mismas en el control. Evolucionan con dolor en miembros inferiores y dificultad progresiva en la deambulación, disminución de reflejos tendinosos hasta la arreflexia en miembros inferiores, que se generalizan. Ante la sospecha de Guillain-Barré se realiza electromiografía que informa polineuropatía axonal motora. Por mal manejo de secreciones ingresa a U.T.I., requiriendo intubación endotraqueal, con hemocultivos positivos para E. Coli. Persiste con fiebre e inestabilidad hemodinámica, con nuevos hemocultivos positivos a Pseudomona, instalándose falla multiorgánica con requerimiento de hemofiltración. Refractaria a los inotrópicos, fallece.

ACTUALIZACION BIBLIOGRAFICA

La E.I.I., es un trastorno crónico recidivante de etiología desconocida, asociada a la autoinmunidad. Un 25% presenta complicaciones extraintestinales, las neurológicas pueden ser muy graves e irreversibles sin un tratamiento apropiado. La prevalencia es del 0.2 a 35%, con predominio masculino. El compromiso del sistema nervioso periférico es más frecuente en la C.U. que en Crohn. El origen autoinmunitario, la vasculitis de vasa nervorum y la hipovitaminosis carencial serían los principales mecanismos implicados en el Guillain-Barré.

La severidad de los cuadros neurológicos puede o no, estar asociados con la actividad intestinal. Hay una gran variabilidad de polineuropatías: sensitiva, motora, autonómica o mixta, axonal o desmielinizante, agudas o crónicas. Crohn se ha asociado más al síndrome de Guillain-Barré y las poliradiculoneuropatías desmielinizantes inflamatorias, aunque menos frecuentes, también se asocia con la C.U.

Se han descrito casos de buena respuesta con glucocorticoides y mesalazina, aunque el tratamiento no está claro.

CONCLUSION

Si bien la asociación entre E.E.I y enfermedades neurológicas es poco frecuente, la sospecha diagnóstica y el tratamiento efectivo indicado en forma temprana son fundamentales para evitar daños irreversibles.

TO/PD-26

TRATAMIENTO CON ARGON PLASMA EN PROCTITIS RADICA: METODO SEGURO Y EFECTIVO

Maccarrone, V(1); Gonzalez, V(1); Garbi, L(1); Schmunck, L(1); Barros, R(1); Epele, J(1); Yantorno, M(1); Chopita, N(1)

(1)Servicio de gastroenterología, H.I.G.A General San Martín, La Plata, Argentina

INTRODUCCION: La terapia radiante es uno de los pilares en el tratamiento de las neoplasias de pelvis. Presenta efectos adversos frecuentes y en distintos órganos. Uno de los más afectados es el tracto digestivo bajo, siendo el recto el más comúnmente comprometido. Estas lesiones pueden manifestarse en forma aguda o crónica. El 75 % de los pacientes presentan síntomas. La terapia endoscópica se ha mostrado eficaz para el tratamiento del sangrado, disminuyendo la necesidad de transfusión, mejorando los niveles de hematocrito, ofreciendo de esta manera una mejor calidad de vida. **OBJETIVO:** Se evaluó la eficacia del argón plasma en el tratamiento de las lesiones vasculares post radioterapia, mediante el seguimiento del paciente con hematocrito, numero de sesiones requeridas, necesidad de transfusión, tasa de desangrado y complicaciones del tratamiento. **PACIENTES Y METODOS:** Se realizó un estudio descriptivo durante un periodo de 8 meses (junio 2012 – enero 2013) que incluyó 7 pacientes con diagnóstico de proctorragia debido a lesiones vasculares secundarias a tratamiento radioterápico. Estos fueron tratados endoscópicamente mediante coagulación con argón plasma (APC). Se uso un dispositivo ERBE APC 300 con una potencia de 40 watts, con una duración máxima estimada de 2 segundos y un flujo de 1.4 l. Se excluyeron los pacientes asintomáticos con hallazgo de lesiones colónicas no sangrantes. **RESULTADOS:** Todos los pacientes fueron estudiados por presentar proctorragia sin descompensación hemodinámica. Tenían como antecedente radioterapia por tumor pélvico, 6 de ellos dentro de los 2 años previos. La mayoría fueron mujeres con una R v/m 1/6, la edad promedio de aparición del sangrado fue 60.4 años (r 43-77). 5 pacientes presentaron lesiones difusas en recto presentando todos episodios de resangrado al mes y dentro de los 3 meses del tratamiento. Se realizó un promedio de 4 sesiones (2-5). Un paciente presento úlceras en recto. 2 requirieron transfusión al ingreso previo al tratamiento con argón, ninguno durante el seguimiento. El HTO promedio fue de 30.14 al inicio, 31.4 al mes, 33.2 a los 3 meses, 34.2 a los 6 meses. **CONCLUSION:** el tratamiento endoscópico de las lesiones vasculares sintomáticas se muestra seguro y efectivo. Los niveles de hematocrito mejoraron, no se requirió transfusiones durante el seguimiento. La variante difusa fue la más frecuente y la que presento una mayor tasa de resangrado, con mayores requerimiento de sesiones pero con un mínimo impacto clínico.

TO/PD-25

SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO: HALLAZGO CASUAL O CAUSAL DE SÍNTOMAS?

Delli Quadri, I(1); Bolino, MC(1); Furia, M(1); Facio, L(1); Espinoza, F(1); Vera, F(1); Lien, YY(1); Bieloblanker, D(1); Canelada, C(1); Vazquez, H(1); Iantorno, G(1)

(1)Laboratorio de Motilidad, Hospital de gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El sobrecrecimiento bacteriano (SB), es una condición caracterizada por la presencia cuali y cuantitativamente diferente de una población de bacterias aerobias y anaerobias en el intestino delgado en presencia de factores predisponentes, asociada a diversos síntomas digestivos inespecíficos. Su prevalencia es variable según los métodos diagnósticos utilizados. Así, la posibilidad que el SB sea la causa de los síntomas estaría sustentada por la reducción de los mismos luego del tratamiento de erradicación. **Objetivos:** 1. Explorar la respuesta al tratamiento del SB. 2. Analizar si existe relación entre el SB y la edad, el género y el número de síntomas al diagnóstico. **Materiales y método:** Se incluyeron todos los pacientes adultos, de ambos sexos, derivados al laboratorio de Motilidad del Hospital Dr. Carlos Bonorino Udaondo entre febrero de 2012 y marzo de 2013 para la realización de un Test del aire espirado (TAE) por síntomas digestivos. **Criterios de exclusión:** enfermedades orgánicas que justifiquen los síntomas y tratamiento del SC con ATB incompleto. **Diseño:** Observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal. La presencia y severidad de los síntomas basales y post tratamiento fueron recolectados mediante un cuestionario dirigido. El TAE se realizó con 10 gr. de lactulosa y las muestras de recolectaron a intervalos de 20 minutos durante 180 minutos. Se analizó el contenido de hidrógeno y metano con el cromatógrafo de gas Quintron, modelo DP. Se diagnosticó SB con la elevación de hidrogeno y/o metano ≥ 20 ppm respecto del basal antes de los 90 minutos. Se consideró respuesta favorable al tratamiento antibiótico indicado a la disminución de los síntomas $>20\%$ del basal. **Análisis estadístico:** VCCSTAT 1.00. Chi Cuadrado. **Resultados:** 45 pacientes fueron incluidos. Se diagnosticó SB en el 66% (IC 95: 50-79; 30/45); 77% (23/30) eran mujeres; edad promedio: 51 (rango 16-85); IMC promedio: 24.5 (rango: 18.7-31.0 kg/m²). Recibieron tratamiento antibiótico 21/30 pacientes. Presentaron respuesta favorable 57% (IC 95: 34-73; 12/21) y desfavorable 43%(IC 95 21-66; 9/21). 90% (19/21) recibió rifaximina. No se observó asociación entre la edad, género y número de síntomas y diagnóstico de SB mediante TAE. **Tabla 1. Conclusiones:** La respuesta favorable al tratamiento con ATB se produjo en la mitad de los pacientes con diagnóstico de SB y no observamos asociación entre la edad, género y síntomas al momento del diagnóstico. Creemos necesario aumentar el tamaño muestral para obtener conclusiones basadas en evidencia con mayor fortaleza científica (error beta).

Relación entre edad, género y número de síntomas y SB +

	SB+	SB-	p
Edad	>50	15	4
	<50	15	11
Género	F	23	11
	M	7	4
Número de síntomas	1	3	1
	>1	27	14

TO/PD-27

SENSORIALIDAD RECTAL EN LA INCONTINENCIA FECAL: EVALUACIÓN RETROSPECTIVA DE 786 PACIENTES DE UN SOLO CENTRO.

Vera, F(1); Bolino, MC(1); Gutierrez, AM(1); Furia, M(1); Facio, L(1); Delli Quadri, I(1); Espinoza, F(1); Lien, YY(1); Lumi, CM(1); Vazquez, H(1); Iantorno, G(1)

(1)Laboratorio de motilidad, Hospital de Gastroenterología Dr Carlos Bonorino Udadondo, Argentina.

Introducción: La incontinencia fecal (IF) se define como la pérdida involuntaria continua o recurrente de las heces durante un mes como mínimo en una personas >3 años. Su fisiopatología suele ser multifactorial. Aunque la disfunción esfinteriana se considera el factor más relevante, el rol de la sensorialidad y compliance rectal en la génesis de los síntomas han sido estudiados pero los resultados son controvertidos. Las alteraciones de la sensorialidad visceral pueden ocurrir por compromiso de la pared rectal o por alteraciones neurológicas. **Objetivos:** 1. Estimar la prevalencia de alteraciones en la sensorialidad rectal en pacientes incontinentes. 2. Describir la etiología de la incontinencia fecal en esta población. **Materiales y métodos:** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con incontinencia fecal > 18 años que realizaron manometría anorrectal (MAR). Se incluyeron pacientes con trastornos de la sensorialidad rectal y excluyeron los que tenían MAR incompleta. El estudio se realizó en el laboratorio de motilidad del Hospital de Gastroenterología entre abril de 1996 diciembre de 2011. **Diseño:** Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Las MAR se realizaron con un sistema de perfusión hidroneumocapilar. **Análisis estadístico:** paquete estadístico VCCSTAT. IC 95%. **Resultados:** Se revisaron 786 historias clínicas y finalmente se incluyeron 257 pacientes. 207 eran mujeres (80%), relación M/H fue 3.6/1; edad media: 58.5 años (rango: 26-89). 1. La prevalencia de alteraciones de la sensorialidad rectal en pacientes incontinentes fue 32,7% (IC 95 29-36; 257/786). Los trastornos presentados fueron: 64% (IC 95 58-70; 165/257) tenían hiposensorialidad y 36% (IC 95 30-42; 92/257) tenían hipersensorialidad. Ambos trastornos se presentaron predominantemente en mujeres, sin diferencia estadísticamente significativa. 2. a) Las causas de la IF con hiposensorialidad rectal, en orden de frecuencia, fueron: alteraciones esfinterianas 86% (IC95 80-91), trastornos colorrectales 9% (IC95 5,5-14) e idiopática 4,2% (IC95 2,8-5). 2) Las causas de la IF con hipersensorialidad rectal, en orden de frecuencia, fueron: alteraciones esfinterianas 84% (IC 95 75-91), idiopática 10% (IC 95 4,6-17) y trastornos colorrectales 5,4% (IC95 1,8-12); **Tabla 1. Conclusiones:** Se observaron trastornos sensoriales en un tercio de la población estudiada siendo la hipersensorialidad el hallazgo más común. La etiología de la incontinencia fue similar en ambos grupos.

Causas de incontinencia fecal según la sensorialidad rectal.

Alteración de la sensorialidad rectal	Etiología	n	% IC 95
Desórdenes esfinterianos (n:143)	Post parto	50	30,3 (23-38)
	Post quirúrgica	35	21,2 (15-28)
	Multiparidad	22	14 (9-20)
	Prolapso	17	10 (6-16)
	Post trauma	10	6 (3-11)
	Neurológica	8	5 (2-9)
Hipersensorialidad (n:65)	Radioterapia	1	0,06 (0-3,3)
	SII	3	1,8 (0,4-5,2)
Desórdenes colorectales (n:15)	EII	4	2,4 (0,7-6)
	Radioterapia	6	3,6 (1,3-7,7)
	Tumor rectal	1	0,6 (0-3,3)
	Úlcera solitaria de recto	1	0,6 (0-3,3)
	Idiopática	7	4,2 (1,7-8,5)
Desórdenes esfinterianos (n:78)	Post parto	22	24 (16-34)
	Prolapso	16	17 (10-27)
	Post quirúrgica	15	16 (10-25)
	Multiparidad	12	13 (7,0-22)
	Neurológica	11	12 (6,4-20)
	Post trauma	2	2,2 (0,3-7,6)
Desórdenes colorectales (n:5)	EII	2	2,2 (0,3-7,6)
	Radioterapia	1	1,1 (0-6)
	SII	1	1,1 (0-6)
	Prolapso	1	1,1 (0-6)
Idiopática	9	10 (4,6-17)	

TO/PD-28

PREVALENCIA DE "CANCER COLORRECTAL DE INTERVALO" EN UN SISTEMA CERRADO DE PRESTACIÓN DE SALUD

Marcolongo, M(1); Gonzalez, ML(1); Rossi, GL(2); Beder, D(2); De Paula, JA(1); Macías Gómez, CA(1)

(1)Servicio de Gastroenterología. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina. (2)Sección de Coloproctología. Servicio de Cirugía. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

INTRODUCCION: En la actualidad la estrategia dominante para la prevención del cáncer colorrectal es la basada en la colonoscopia. Sin embargo, existe una creciente preocupación debido al surgimiento de cánceres colorrectales en el periodo que transcurre entre la colonoscopia inicial y el plazo establecido para la subsiguiente colonoscopia. Estudios recientes muestran que la prevalencia de los denominados "cánceres del intervalo" oscila entre 2 % al 9 %. Dichos cánceres han sido vinculados a lesiones no detectadas en la colonoscopia y/o a la aparición de nuevas lesiones que progresan rápidamente. Por lo tanto, conocer la frecuencia de los cánceres del intervalo es un paso clave para el control de calidad de un programa de prevención.

OBJETIVOS: Evaluar la prevalencia de cáncer colorrectal del intervalo en los pacientes pertenecientes a un sistema cerrado de prestación de salud.

MATERIAL Y METODOS: En un estudio de corte transversal fueron evaluados en forma retrospectiva los pacientes afiliados al sistema de medicina prepaga de un hospital universitario de alta complejidad que se incorporaron al registro de cáncer colorrectal de la Sección de Coloproctología por requerir algún tipo de tratamiento quirúrgico desde el 1 de enero de 2007 al 28 de agosto de 2012. El registro se complementó con la base de datos de los reportes endoscópicos del Servicio de Gastroenterología. Se definió como cáncer del intervalo a aquellos individuos que desarrollaron cáncer colorrectal entre los 6 y 60 meses después de la colonoscopia inicial o entre los 6 y 36 meses después de la exéresis de un pólipo de alto riesgo (>1cm. y/o componente vellosa y/o displasia de alto grado). Se excluyeron todos aquellos pacientes con colonoscopia incompleta, cáncer colorrectal previo, poliposis colónica o enfermedad inflamatoria intestinal.

RESULTADOS: Un total de 218 pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal fueron analizados del registro electrónico. Se detectaron 5 pacientes (4 mujeres, edad media 75 años; rango 69 - 81) que cumplían los criterios de cáncer del intervalo. Ninguno de ellos pertenecía al subgrupo con indicación de colonoscopia a los 36 meses. La prevalencia de cáncer del intervalo fue de 2,3 %. El tiempo medio transcurrido entre la colonoscopia inicial y el diagnóstico del cáncer colorrectal fue de 26 meses (rango 12 -40). En 4 de los 5 pacientes (80%), el cáncer se localizaba en la región cecoascendente y en 3 (60%) de los 5 pacientes se describe preparación regular que dificulta la visualización mucosa. Ningún paciente presentó estado avanzado al momento del diagnóstico.

CONCLUSION: En esta población la prevalencia de cáncer colorrectal del intervalo es relativamente baja. En concordancia con datos publicados los cánceres se relacionaron a la localización en el colon derecho, el sexo femenino y a la limpieza colónica inadecuada.

TO/P-01

INFRECUENTE PRESENTACIÓN DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER

Codoni, ML(1); De Santis, JP(1); Fernandez, L(1); Jiménez, F(1)

(1)Hospital José María Cullen. Santa Fe. Argentina

Paciente de 20 años que sufre accidente de tránsito, ingresa a U.T.I. por politraumatismo. Permanece 18 días con asistencia mecánica respiratoria, que requiere traqueotomía. En su evolución complica con neumonía temprana, asociada a respirador y meningitis posquirúrgica cumpliendo tratamiento antibiótico.

Un mes después, se realiza gastrostomía endoscópica percutánea que complica con una colección, requiriendo drenaje. A los 12 días, se coloca sonda Foley en la fistula gastro-cutánea. Con evolución tórpida, se realiza V.E.D.A. que informa: vólvulo gástrico y úlcera, colocándose sonda nasoyeyunal, con recambio de sonda Foley para alimentación.

La videodeglución evidencia alteración de las 3 fases deglutorias y aspiraciones silentes. Contraindicándose la alimentación oral.

Se retira con alta voluntaria, presentando neumonías a repetición. Debido a la presencia de restos alimenticios en las secreciones respiratorias durante la ingesta de líquidos se realiza nueva video deglución, donde se detecta divertículo de Zenker.

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

El divertículo de Zenker o Faringeo-esofágico tiene una prevalencia en la población general entre el 0,01 y 0,11%. Afecta más a hombre que mujeres (1,5/1), su mayor incidencia es entre los 50 y 80 años.

En su formación, se detecta insuficiente peristalsis faríngea y cierre del músculo cricofaríngeo antes de que se evacue la faringe, creándose una zona de alta presión sobre un punto débil (Triángulo de Laimer o Killian).

Aunque puede ser asintomático, la mayoría desarrollan síntomas precoces, como disfagia, sialorrea, halitosis, regurgitación del contenido del divertículo y en ocasiones síntomas relacionados con microaspiraciones como tos irritativa, sibilancias, neumonía, etc. En fases avanzadas podemos encontrar pérdida de peso y compromiso del estado general.

El diagnóstico se realiza con el tránsito baritado que demostrará claramente la presencia del saco.

El tratamiento quirúrgico, debe ser considerado en todo paciente sintomático, independientemente del tamaño del divertículo, incluso en edades avanzadas. Existen diversas técnicas quirúrgicas, siendo la diverticulectomía más miotomía del músculo cricofaríngeo la de elección. Una alternativa igual de eficaz con algunas ventajas es el tratamiento endoscópico, se realiza la sección del tabique común esófago-diverticular, y así, aumenta el diámetro de la boca del divertículo facilitando su vaciamiento en el esófago.

CONCLUSION

El divertículo de Zenker es una patología del adulto, que condiciona la calidad de vida y debe incluirse en el diagnóstico diferencial en paciente con regurgitación, halitosis, y neumoapatía a repetición, independientemente de la edad. Los síntomas pueden ser leves, pero a veces potencialmente graves, como pérdida de peso, desnutrición o neumonías por aspiración, como en nuestro paciente.

TO/PD-29

EVALUACIÓN DEL DISCONFORT DE LOS PACIENTES EN LOS ESTUDIOS DE COLONOSCOPIA VIRTUAL INSUFLADOS CON BOMBA DE INSUFLACIÓN AUTOMÁTICA DE CO2 (DÍOXIDO DE CARBONO)

Robledo, FD(1); Rubio, H(1); Alvarez Rivero, R(1); Gastaminza, MdM(1); Lettieri, S(1); Salvador, O(1)

(1)Hospital Dr Diego Paroissien. Argentina.

Objetivos. Analizar el rol de la distensión colónica con CO2 y su influencia en el disconfort del paciente y en el tiempo de duración de la colonoscopia virtual en nuestra práctica hospitalaria.

Materiales y Métodos. Se estudiaron 55 pacientes, 40 insuflados con aire ambiental y 15 con CO2. Los estudios se realizaron con un Tomógrafo de 12 filas con cortes de 2 mm de espesor. En todos los pacientes se efectuó una adquisición en decúbito supino y otra en pronado. Se calculó el tiempo total del procedimiento en cada grupo. Los pacientes completaron un cuestionario en referencia al grado de disconfort percibido. Se utilizó una escala de 0 a 3: 0- sin disconfort, 1- disconfort leve, 2- moderado y 3- severo. Se insufló Co2 con Bomba de insuflación nacional (Endoscopy) el aire ambiental se utilizó bomba de insuflación manual.

Resultados. El tiempo total de los procedimientos fue de 10 minutos para los realizados con CO2 y 12,3 minutos para los efectuados con aire ambiental, con una diferencia de -2,3 min. En la valoración del disconfort, en el grupo con insuflado con aire ambiental, el 62% de los pacientes manifestó un grado de disconfort moderado, mientras que en el grupo con CO2 el 80% manifestó ausencia de disconfort.

Conclusiones. La colonoscopia virtual realizada con insuflación de CO2 permitió disminuir en forma parcial el tiempo total del examen y, de modo significativo, el disconfort durante y después del examen.

Grado de disconfort en relación al tipo de insuflado colónico

Tipo de insuflado	Grado de disconfort			
Grado	0	1	2	3
Aire ambiental	10% (n=5)	28% (n=14)	44% (n=22)	18%
CO2	80% (n=115)	14,7% (n=27)	3,3% (n=5)	2%

TO/P-02

TASA DE ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI CON TRIPLE ESQUEMA EN UN HOSPITAL DE LA COMUNIDAD

Caldo, I(1); Steinberg, L(1); Quiñones, SA(1); Mangoni, A(1); Trela, E(1); Casalini Vañek, A(1); Fernandez Briozzo, ML(1); Gonzalez, JA(1); Del Negro, JJ(1); Casbarien, O(1); Marillet, M(1)

(1)Hospital de Agudos "Carlos G. Durand" Unidad de Gastroenterología. Argentina.

Introducción: El Helicobacter Pylori es un bacilo gram negativo espiralado conocido por ser el principal generador de la gastritis crónica, la mayoría de las úlceras pépticas, y linfoma y adenocarcinoma gástricos. El tratamiento estándar utiliza de primera línea un inhibidor de bomba de protones, amoxicilina y claritromicina durante 7- 14 días. La efectividad del mismo viene disminuyendo en los últimos años, como resultado de la resistencia a la claritromicina. Un primer intento de erradicación falla en un 20%.

Objetivos: Primario: analizar la efectividad del tratamiento de primera línea en pacientes con H. Pylori positivo por biopsia, en la población que concurre a la Unidad de Gastroenterología. Secundarios: definir los motivos de búsqueda del germen para su erradicación.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, con revisión de historias clínicas y la base de datos de Endoscopia Digestiva de la Unidad de Gastroenterología desde junio del 2011 hasta marzo del 2013.

Se incluyeron: pacientes mayores a 18 años, que habían resultado positivos para HP, que recibieron tratamiento con triple esquema, con control posterior de erradicación. Se excluyeron: pacientes que ya hubiesen sido tratados para H. Pylori, que hubieran realizado tratamiento alternativo de primera línea o aquellos que lo hubiesen realizado de forma incompleta. Los pacientes seleccionados fueron sometidos a endoscopia digestiva alta con toma de 3 biopsias de estómago (antro, incisura y cuerpo). El diagnóstico y su posterior control de erradicación se realizó por histología, visualizadas por dos patólogos experimentados. La endoscopia control se realizó, al menos 2 semanas luego de finalizado el tratamiento. El triple esquema terapéutico consistió en Amoxicilina 1 gr c/12hs, Claritromicina 500 mg c/12hs, IBP dosis simple c/12hs VO por 10 días.

Resultados: Fueron incluidos 148 pacientes, con una media etaria de 49 años, el 65,8% (96) eran mujeres. Los motivos de búsqueda fueron: anemia ferropénica 12,16% (18), anemia megaloblástica 1,35% (2), antecedente familiar de cáncer gástrico 13,51% (20), dispepsia refractaria 27,03% (40), consumo de AINES 10,81% (16), sospecha endoscópica: por mucosa nodular durante la VEDA 10,81 (16), pólipos gástricos 9,46% (14), úlcera gastro duodenal 13,51% (20), otros 1,35% (3).

La tasa de erradicación fue del 59,46%

Conclusiones: En nuestra muestra, los resultados están por debajo a los estándares esperados. La primera explicación podría ser coincidente con el aumento de la resistencia antibiótica. Así como también es importante destacar la falta de un control adecuado del correcto cumplimiento del tratamiento (dosis, duración, efectos adversos, etc). Por último, la elección del producto comercial utilizado quedó a criterio o disponibilidad del paciente con lo cual no se pudo determinar las bioequivalencia respectivas.

Si bien este estudio tiene múltiples limitaciones por ser de carácter retrospectivo, con la consecuente imposibilidad de realizar una comparación aleatorizada y ciega; con sesgos de selección; es un estudio útil como muestra epidemiológica del porcentaje de erradicación del H. Pylori, en un hospital de la comunidad, a fin de evaluar estrategias terapéuticas a futuro.

Para concluir, son necesarios estudios prospectivos bien diseñados, con evaluación de la tasa de resistencia antibiótica, para confirmar los resultados presentados en el presente trabajo y poder elegir la estrategia terapéutica apropiada

TO/P-03

ANTICUERPOS SÉRICOS COMO PREDICTORES DE LESIÓN HISTOLÓGICA COMPATIBLE CON CELIAQUÍA

Lopez, M(1); Vinuesa, F(2); Porfilio Gularte, G(3); Sprang, M(4); Luzuriaga, G(5)
(1)Servicio de Laboratorio. Jefe de sector química. Hospital Pcial de Pediatría Dr. F. Barreyro.
(2)Jefe de Servicio de Gastroenterología. Hospital Pcial de Pediatría Dr. F. Barreyro. (3)Jefe de Servicio de Gastroenterología y Endoscopia digestiva. Hospital Escuela de Agudos "Dr. Ramón Madariaga". (4)Servicio de Gastroenterología. Hospital Pcial de Pediatría Dr. F. Barreyro. (5)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia digestiva. Hospital Escuela de Agudos "Dr. Ramón Madariaga". Argentina.

Introducción: La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía mediada inmunológicamente, desencadenada por la ingesta de gluten en individuos genéticamente predispuestos. La biopsia intestinal sigue siendo el patrón de oro pero los anticuerpos séricos pueden representar un alternativa no invasiva para el diagnóstico. Los anticuerpos antitransglutaminasa tisular de tipo IgA (a-tTG-IgA) poseen una sensibilidad de 95,2% (IC 95 % 86,7-99,0), una especificidad de 97,9% (IC 95% 92,8-99,7), AU ROC 0,997 (IC 95% 0,971-0,998) un valor predictivo positivo-VPP- 96,9% y un valor predictivo negativo-VPN-96,8% en pacientes con alto riesgo de EC. La atrofia vellositaria (Marsh 2 y 3) representa una característica fundamental para el diagnóstico de EC.

Objetivo: Determinar el valor de anticuerpos séricos a-tTG-IgA que se corresponda con un valor predictivo positivo de lesión histológica para el diagnóstico de enfermedad celíaca en una población con sospecha de celiaquía.

Material y métodos: Se estudiaron durante 3 años (2009-2013) pacientes pediátricos y adultos con sospecha de celiaquía que concurren a la consulta en los hospitales de Pediatría Dr. F. Barreyro y Escuela de Agudos de Posadas, Misiones. A todos ellos se les realizó anticuerpos séricos a-tTG-IgA -kit ORGENTEC Diagnostica. Los pacientes con a-tTG-IgA > 10 U/ml fueron sometidos a biopsia endoscópica considerando compatible con EC, los tipos Marsh 2 y 3. Resultados. De los 1533 pacientes a los que se les realizó serología, 89 resultaron con a-tTG-IgA > 10 U/ml, de los cuales 37 obtuvieron valores a-tTG-IgA > 200 U/ml: 19 de ellos presentaron biopsias Marsh 3 y 1 Marsh 2. Se encontraron 8 pacientes con valores de a-tTG-IgA > 100 U/ml: 5 resultaron Marsh 3. Los 20 pacientes no informados (con valores a-tTG-IgA > 100 y 200 U/ml) tienen resultados pendientes.

Conclusiones. En la muestra poblacional estudiada, el valor de anticuerpos a-tTG-IgA > 100 U/ml se correspondió con biopsias intestinales compatibles y poseería un valor predictivo positivo para el diagnóstico de enfermedad celíaca.

TO/P-05

NUEVOS HORIZONTES EN EL TRATAMIENTO DE CANCER DE RECTO

Tron, E; Chaar, E; Marta, E; Bichara, F; di Risio, C; Labiano, S; Travieso, L; Leiro, F

Introducción: En la actualidad el tratamiento de los adenocarcinomas de recto bien diferenciados Estadios II o III que presenten adenopatías, fijeza del tumor o compromiso de la fascia mesorectal y que se encuentra por debajo de los 12 cm se les realiza quimioterapia (QM) y radioterapia (RT) neoadyuvante para reducir el tamaño facilitando la resección quirúrgica completa con un margen circunferencial negativo. Esta técnica disminuye la enteritis radiante tardía, mejora la definición del volumen tumoral a irradiar y aumenta la tasa de preservación esfinteriana. La neoadyuvancia con (RT) y (QM) preoperatorio disminuyó aún mas las tasas de recurrencia global comparada con la RT pre operatoria pero sin beneficio sobre la sobre vida global.

Para la realización de este tipo de tratamiento el paciente debe ser evaluado por un comité de tumores multidisciplinario en el cual se revisan los riesgos y beneficios de cada tratamiento. **Materiales y métodos:**

Se presenta 1 paciente con un tumor de recto inferior. La videocolonoscopía (VCC) fue realizada con equipo Olympus Exera II CVL 180.

Resultados:

Paciente de sexo masculino, de 45 años de edad que consulta al Servicio de Gastroenterología y Cirugía por hematoquezia de seis meses de evolución. No presenta antecedentes clínicos personales ni familiares de relevancia. Al tacto rectal en región supra anal se palpa lesión elevada, dura e inmóvil. Se realiza VCC: Hasta ciego. Supra anal inmediato lesión elevada sesil de 4 cm de diámetro que ocupa la mitad de la circunferencia (Tipo I de La Clasificación de Paris) se toman múltiples biopsias. Anatomía patológica: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Se realiza: Tomografía Axial computada de tórax, abdomen y pelvis con y sin contraste EV y VO: No evidenciándose secundarismo ni adenopatías, con RMN de alta resolución de recto: No se observaron adenopatías. Se concluye: estafitización: T2 N0. Se decide tratamiento QM + RT (Capacitabina 1.250 mg/m² 2 veces al día durante 2 semanas y la tercera descansa, cumpliendo un total 8 ciclos + 5 sesiones diarias de 500cGy cada una). Luego de terminar los ciclos de QM + RT se realiza nuevo examen proctológico con: tacto rectal: s/p; VCC: hasta ciego sin lesión. Se toman Bx de cicatriz blanca supra anal inmediata, la anatomía patológica informó: mucosa rectal con edema leve de lámina propia. No se observa atipia en la muestra; RMN: s/p. Continúa con controles periódicos con VCC y tacto cada 4 meses y RMN cada 6 meses. Hasta el momento actual presenta 2 años libre de enfermedad.

CONCLUSIÓN: Podemos concluir que en ciertos pacientes seleccionados se puede utilizar como único tratamiento la QM + RT. Con controles periódicos con excelentes respuestas. Ingresando estos pacientes aun protocolo de observación y evaluación constante.

TO/P-04

PREVALENCIA DE LESIONES SIGNIFICATIVAS EN COLON EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS CON SANGRADO RECTAL COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN

Quiñones, SA(1); Mangoni, A(1); Steinberg, L(1); Fernandez Briozzo, ML(1); Caldo, I(1); Casalini Vañek, A(1); Gonzalez, JA(1); Trela, E(1); Del Negro, JJ(1); Casbarien, O(1); Marillet, M(1); Lubieniecki, D(1); Viscardi, JJ(1)
(1)Hospital de Agudos "Carlos G. Durand" Unidad de Gastroenterología. Argentina.

Introducción: El Cáncer Colorectal es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. El diagnóstico temprano disminuye la morbimortalidad. El sangrado rectal es un problema de salud frecuente, generalmente se debe a patología benigna y autolimitada pero puede ser la primera manifestación del CCR. El manejo adecuado del paciente con sangrado rectal requiere una valoración inicial y reconocer aquellos que pueden ser manejados en forma conservadora de los que necesitan una evaluación más completa.

Objetivo: Determinar la prevalencia de lesiones significativas en pacientes menores de 50 años con sangrado rectal en nuestro centro a fin de evaluar la necesidad de colonoscopia total.

Materiales y métodos: Se incluyeron pacientes adultos de 18 a 49 años, de ambos sexos, que consultaron al Servicio de Gastroenterología de un hospital de la comunidad entre agosto de 2011 y abril 2013 que consultaron por sangrado rectal definido como la emisión de sangre roja por el ano de forma aislada tanto luego de la higiene en el papel higiénico o en el inodoro o recubriendo la superficie de las deposiciones, en los cuales se realizó VCC completa.

Se excluyeron pacientes con estudios incompletos, antecedente familiar de CCR, síntomas de anemia crónica, alteración del ritmo evacuatorio, masa abdominal o rectal palpable, oclusión intestinal, pérdida de peso.

Diseño: Estudio retrospectivo, observacional.

Se consideran lesiones significativas: adenomas (>= a 1 cm), histología vellosa, DAG, Adenocarcinoma. EII.

Se consideró el sitio de las lesiones.

Resultados: Se incluyeron 37 pacientes (54 % mujeres y 45% hombres). 43% pacientes presentaron estudios sin lesiones. El 57% de los pacientes restantes 22% evidenciaron hemorroides internas, 8% pólipos, 1,75% angiodisplasias, 1,75% ulcera en recto, 1,75% pólipo y divertículo.

Todos los pólipos hallados resultaron menores a 1 cm. Cinco se ectomizaron de colon izquierdo, siendo tres de ellos hiperplásicos y dos adenomas tubulares con displasia de bajo grado. En ciego se halló 1 cuya anatomía patológica informó pólipo hiperplásico.

Conclusiones: Si bien el número de la muestra es pequeño, dado los resultados con patología benigna, en pacientes menores de 50 años con sangrado rectal sin factores de riesgo y/o síntomas de alarma, considerar la realización de un examen físico exhaustivo de la región anorectal e implementar tratamiento local junto con medidas higienico-dietéticas podrían ser suficientes. Sin embargo es necesario realizar estudios prospectivos y aleatorizados, con una muestra más amplia, a fin de tomar una conducta diagnóstica más adecuada.

TO/P-06

FACTORES DE RIESGO PARA DISPLASIA ASOCIADA A LESION O MASA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA.

González, R(1); Pereyra, L(1); Gómez, EJ(1); Panigadi, GN(1); Mella, JM(1); Fischer, C(1); Hadad, A(1); Vizcaíno, B(1); Cimmino, DG(1); Pedreira, SC(1); Boerr, LA(1)
(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Los pacientes con colitis ulcerosa (CU) presentan riesgo elevado para el desarrollo de displasia colorectal. Se han publicado numerosos estudios para identificar aquellos factores que podrían aumentar el riesgo de displasia y cáncer en CU. Los factores de riesgo en relación a la presencia de displasia asociada a lesión o masa (DALM) no están establecidos en nuestra población. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados a la presencia de DALM en pacientes con CU en nuestra población.

Materiales y métodos: Se diseñó un estudio retrospectivo utilizando la base de datos electrónica de los Servicios de Gastroenterología, Endoscopia y Anatomía Patológica de un hospital de la comunidad. Se incluyeron pacientes adultos con CU en remisión que fueron sometidos a colonoscopia. Se recopilaron los siguientes datos de las historias clínicas: edad, sexo, diagnóstico endoscópico e histológico de los pólipos de colon y pseudopólipos inflamatorios. A través de llamadas telefónicas se interrogó a los pacientes acerca de factores de riesgo para cáncer colorectal (CCR) [diabetes, tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia y antecedentes familiares de primer y segundo grado de pólipos de colon y de CCR] e historia de su enfermedad (tiempo de evolución, extensión de la colitis, colangitis esclerosante primaria [CEP], uso de aminosalicilatos, inmunomoduladores y biológicos). Realizamos un análisis univariado para identificar aquellas variables asociadas a la presencia de DALM en pacientes con CU. Los resultados fueron expresados en odds ratio (OR) y sus correspondientes intervalos de confianza del 95% (IC). Un valor de p menor de 0.05 fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados: Fueron incluidos un total de 107 pacientes con CU que se habían realizado una colonoscopia. La edad promedio fue de 46 (16-81) y el 52% fueron mujeres. Respecto a la extensión de la enfermedad se encontró proctitis o proctosigmoiditis ulcerativa en 32 pacientes (30%), colitis izquierda en 28 pacientes (26%), colitis extensa en 19 pacientes (18%) y pancolitis en 28 pacientes (26%). Cinco pacientes (5%) tenían CEP. Respecto a la terapia de mantenimiento el 44% de los pacientes recibían bajas dosis de aminosalicilatos, 13% inmunomoduladores y el 7% biológicos. Identificamos DALM en 10 pacientes (9.3%) y CCR en 2 pacientes (1.8%). El tiempo de evolución de la enfermedad en pacientes con DALM fue más de 20 años en el 30%. En el análisis univariado la colitis extensa o pancolitis se asoció a la presencia de DALM (p 0.04, OR 5.70, IC 1.03 - 41.22). La historia familiar de primer y segundo grado de pólipos y de CCR se asoció a la presencia de DALM (p 0.003, OR 8.89, IC 1.88- 44.30; p 0.006, OR 7.81, IC 1.61 - 38.73 respectivamente). **Conclusión:** En nuestra población de pacientes con CU el tiempo de evolución de la CU y la historia familiar de primer y segundo grado de pólipos y de CCR son factores de riesgo para el desarrollo de DALM.

TO/P-07

EVOLUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA HEPATITIS CRÓNICA C EN LOS ÚLTIMOS 21 AÑOS

Yamasato, F(1); Castro, M(1); Rey, J(1); Avagnina, A(1); González Ballerga, E(1); Sordá, J(1); Daruich, J(1)
(1)Sección Hepatología, División Gastroenterología, Hospital de Clínicas San Martín, UBA. Argentina

Introducción. El virus de la hepatitis crónica C, descubierto en 1989, provoca en un elevado porcentaje de casos enfermedad hepática crónica, con riesgo de evolución a la cirrosis, decompensación y hepatocarcinoma. Esta historia natural puede ser modificada con los actuales tratamientos en más del 65% de los casos. Sin embargo, la mayoría de los portadores crónicos del HCV desconoce su condición. **Objetivo.** Estudio retrospectivo para determinar el sexo, edad, año de nacimiento, genotipo HCV (GHCV), estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico en pacientes con hepatitis crónicas C, evaluados desde 1990 hasta diciembre de 2012. **Análisis estadístico.** Test de chi cuadrado. **Material y métodos.** Se incluyeron 2158 historias clínicas de pacientes con hepatitis crónica C, de ambos sexos, 1168 (54.1%) varones. La edad media fue 44.9±14.2 años. El GHCV se estudió en 1850 casos. Se detectó GHCV-1 en 1252 (67.7%); (GHCV-1, en 267 (21.4%); GHCV-1a en 370 (29.5%) y GHCV-1b en 615 (49.1%), GHCV-2 en 365 (19.7%); GHCV-3 en 216 (11.7%) y GHCV-4 en 17 (0.9%). La biopsia hepática se realizó en 1460 pacientes y en 71 casos el diagnóstico de cirrosis se estableció clínicamente por lapresencia de várices u otras complicaciones vinculables a hipertensión portal. La fibrosis (por el Score METAVIR) fue F0 en 67/1531 (4.4%), F1 en 574 (37.5%), F2 en 363 (23.7%), F3 en 175 (11.4%) y F4 en 23% (281 por biopsia hepática y 71 por hallazgos clínicos). Hasta 1996 (Periodo 1 – P1) se diagnosticó el 24.7%, en el P2 (1997-2004) el 22.4% y en P3 (2005-2012) el 52.9%. Entre 1945 y 1964 nacieron 915 pacientes (42.4%). La edad media en el P1 fue 44.3±15.6 años, en el P2 fue 44.4±13.1 años y en el P3 fue 48.8±12.6. En los 3 periodos mencionados la edad de los pacientes y el genotipo HCV fueron similares. En el P1 el estadio F4, sin o con complicaciones, representó el 28.8%; en el P2, el 23.6% y en el P3, el 32.6% (p=0.025%). **Conclusiones.** La mayoría de los portadores de hepatitis crónica C nació entre 1945 y 1964, al igual que lo referido en otras publicaciones. El genotipo HCV-1 fue el prevalente en los 3 periodos. Alrededor de un tercio de los pacientes presenta cirrosis sin o con complicaciones al momento del diagnóstico. La incidencia de complicaciones se incrementó en el último periodo.

TO/P-09

“PERISTALSIS INEFECTIVA EN LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO. ESTUDIO CASOS-CONTROLES”

Bergero, ME(1); Sosa, J(1); Soifer, L(1); Lasa, J(1); Arguello, M(1)
(1)Sección Gastroenterología, Dpto., CEMIC. Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: determinar si los pacientes con diagnóstico clínico de ERGE y con esfínter esofágico inferior hipotensivo, tienen mayor probabilidad de desarrollar una alteración motora del esófago, que aquellos pacientes con esfínter esofágico inferior normotensivo.

Material y Método: Se analizaron los informes de las manometrías esofágicas, realizadas a pacientes con diagnóstico clínico de ERGE, durante el periodo 2004-2011.

Resultados: La amplitud de onda es significativamente menor en el grupo casos (p 0,002). No existen diferencias significativas entre las siguientes variables: ondas < 30 mmHg, ondas simultáneas y ondas no peristálticas.

Conclusión: Un esfínter esofágico inferior hipotensivo, se asocia a trastornos motores del cuerpo esofágico no específicos.

Tabla 1: Análisis de los trazados de manometrías esofágicas de 158 pacientes con diagnóstico clínico de ERGE.

CASOS	CONTROLES		DS	P	OR	rho	IC
Variable	Media	%s					
n							
Edad	48,9		14,6	0,15			
Femenino		55,7		0,0002			
Presion Basal	19,92		4,7	<0,0001			
Ubicación Pro	44,85		3,74	1			
Longitud EEI	2,79		0,72	0,41			
Ampl Ondas	93,9		43,73	0,002		rho 0,23	IC 0,08-0,37 (p 0,002)
Duración	5,14		1,57	0,21			
Vel Cond	3,68		1,7	0,47			
Ondas < 30mmHg		11,39		0,18	OR 1,82		IC 0,74-4,45
Ondas no peristálticas		2,53		0,09	OR 4,39		IC 0,89-21,12
Ondas Simultaneas		1,27		0,06	OR 7,58		IC 0,91-63,15

TO/P-08

UTILIDAD DEL ÍNDICE PLAQUETA/DIÁMETRO DE BAZO COMO PREDICTOR DE VARICES ESOFÁGICAS EN PACIENTES QUE CONSULTAN EN CENTRO HOSPITALARIO PÚBLICO DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA

Herrera, NL(1, 2, 3, 4)

(1)Sección de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva (2)Hospital Córdoba (3)Córdoba Capital (4)Argentina

INTRODUCCIÓN: el sangrado variceal es la principal causa de muerte en pacientes cirróticos secundario al desarrollo de hipertensión portal. Se cuenta con un tratamiento preventivo del mismo indicado cuando las mismas son diagnosticadas y presentan signos de gravedad o son de gran tamaño. Actualmente el único método de screening avalado es la endoscopia diagnóstica, método invasivo, costoso y de difícil acceso. Se han propuesto múltiples métodos no invasivos como predictores de varices esofágicas.

OBJETIVOS: validación de la sensibilidad y especificidad del índice recuento plaquetario/diámetro bicaudal del bazo como predictor de varices esofágicas utilizando el punto cohorte propuesto por el autor de 909.

MATERIALES Y MÉTODOS: se incluyeron 82 pacientes con diagnóstico de cirrosis que concurren a la consulta externa del servicio de gastroenterología de un hospital público de la provincia de Córdoba. A quienes se les realizó el cálculo del índice y endoscopia diagnóstica dentro de un plazo de 48hs. El análisis se realizó con test Mann Whitney con test U y chi cuadrado para las diferentes variables. Se confeccionaron curvas COR para obtener punto de cohorte con la mejor sensibilidad y especificidad.

RESULTADOS: se incluyeron 82 pacientes. 68 con varices esofágicas al momento del diagnóstico. El índice propuesto por Giannini obtuvo una sensibilidad del 88% y una especificidad del 27%; con un VPN del 57,14% cuando la población se dividió entre pacientes con varices vs pacientes sin varices. Cuando se reagrupó a los pacientes entre los que no presentan varices mas los que presentaban varices pequeñas, vs los que presentaban varices grandes, se encontró una sensibilidad del 70,37% y una especificidad del 50% con un valor predictivo negativo del 46,67% del índice. Evaluando las curvas COR se encontró como punto de cohorte para el índice recuento plaquetario/diámetro bicaudal del bazo 240 con una sensibilidad del 98% y especificidad del 97%.

CONCLUSIONES: el índice recuento plaquetario/índice bicaudal del bazo no es adecuado como método predictivo de la presencia de varices esofágicas.

TO/P-10

¿ES DE UTILIDAD LA PHMETRÍA ESOFÁGICA DE 24HS DE UN SOLO CANAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE RGE EN PACIENTES CON MANIFESTACIONES SUPRAESOFÁGICAS?

Améndola, R(1); Doweck, J(1); Schenone, L(1); Vazquez, H(1); Catalá, L(1); Corti, R(1); Améndola, R

(1)Hospital de Gastroenterología “ Dr. Bonorino Udaondo”. Argentina.

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es muy prevalente (4-36%) y probablemente se pueda asociar a otras enfermedades sistémicas, colagenopatías, enfermedad celíaca. La pirosis y la regurgitación son síntomas de la ERGE, sin embargo, no siempre están presentes en las manifestaciones supra-esofágicas de RGE. La endoscopia digestiva alta demuestra que la mucosa esofágica es normal hasta en el 70% de los casos, como así también la phmetría esofágica (pHmetría) de 24 horas. Esta última, ha demostrado ser más eficaz, pero realizada con catéter de 4 canales, donde el canal más alto queda ubicado en la faringe. La utilidad práctica de la phmetría realizada con catéter de un solo canal es controvertida para el diagnóstico de RGE cuando se expresa con manifestaciones supra-esofágicas. **Objetivo:** evaluar la eficacia diagnóstica de las pHmetrías de 24 horas realizadas con un solo canal de registro en pacientes con manifestaciones supra esofágicas de RGE. **Material y métodos:** Se analizaron las phmetrías de un solo canal de registro efectuadas entre enero de 2004 y diciembre de 2011 en la Sección Esófago y Estómago del Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo. Se categorizaron de la siguiente manera: Grupo 1 (MSR): 30 pacientes con manifestaciones supra-esofágicas de RGE y Grupo 2 (control enfermo): 30 pacientes con síntomas de RGE y diagnóstico de Esófago de Barrett o hernia hiatal. Los datos demográficos se muestran en la tabla 1. Descripción breve de las phmetrías en cada grupo. **Resultados:** No hubo diferencias de sexo y edad entre ambos grupos; 22/30 pacientes tenían endoscopias esofágicas normales en el grupo 1 y en el grupo dos el 100% eran patológicas. Solo el 17% de los pacientes del grupo 1 tenían un score de Demeester por encima del valor normal (14.7) (grupo 2: 70%; p<0.0001). El 73% de las phmetrías del grupo 2 tenían un pH < de 4, y solo 5/30 (17%) del grupo 1 presentaban similares registros (p<0.0001). Asimismo, el % de tiempo con pH por debajo de 4 y el score de Demeester expresados cuantitativamente fueron estadísticamente mayores en el grupo 2 comparado con el grupo 1 (p<0.0001). La posibilidad de asociación con los síntomas de RGE(pas) no demostró diferencias entre ambos grupos (p=NS). **Conclusión:** La phmetría esofágica de un solo canal de 24 hs. tendría baja sensibilidad para diagnóstico de RGE en pacientes con manifestaciones supra-esofágicas, con lo cual, de acuerdo a nuestros resultados, no tendría utilidad en la práctica diaria.

RESULTADOS

	Grupo 1 MSE	Grupo 2 EB + HH	P
Edad: años X (rango)	46,933333	47,6	NS
Sexo F/M	20/10	18/12	
% de tiempo de pH < 4: Mediana (rango)	1,5 (0-26)	8,3 (0-40,6)	0,0001
Score de Demeester: Mediana (rango)	6,5 (0,3-87,3)	37,0 (0-156,6)	0,0001
Posibilidad de asociación sintomática: Mediana (rango)	10,0	24,3	NS

TO/P-11

PÓLIPOS GÁSTRICOS. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PÓLIPOS GLANDULARES FÚNDICOS Y NO FÚNDICOS.

Améndola, R(1); Felípez Avila, P(1); Doweck, J(1); Schenone, L(1); Argonz, J(1); Zerbo, O(1); Cabanne, A(1); Corti, R(1)
(1)Hospital de Gastroenterología "Dr. Bonorino Udaondo". Argentina.

Introducción. Los pólipos epiteliales constituyen la mayoría de los pólipos gástricos (PG), entre ellos los fúndicos cuyas características difieren de los hiperplásicos y adenomatosos. **Objetivos.** Determinar la prevalencia de PG, realizar un análisis comparativo entre los pólipos glandulares fúndicos (PGF) y los pólipos glandulares no fúndicos (PGNF). **Material y métodos.** Se revisaron retrospectivamente 6.784 endoscopias altas hechas en el Hospital B.Udaondo de enero 2007 a diciembre 2008. Se estudiaron las variables: sexo, edad, infección por *Helicobacter pylori* (Hp), consumo de Inhibidores de la Bomba de Protones (IBPs), número, tamaño y localización de los pólipos. Se realizó un análisis estadístico de todas las variables. **Resultados.** Se encontraron 103 pacientes con PG por endoscopia, 92 casos con confirmación histológica (1.36%), once casos se excluyeron del estudio, 57 pacientes (62%) fueron PGF y 35 (38%) PGNF. En el caso de los PGF 40 pacientes (70%) eran mujeres (P/0.499). La edad media 53 ± 15.01 años (P/0.028) con un rango de edad entre 18 a 88 años. La infección por Hp se relacionó en 4 (7%) pacientes (P/0.646), el consumo de IBPs se asoció 22 casos (39%) (P/0.169). Las características endoscópicas PGF se encontraron pólipos múltiples 39 (68%) (P/0.009), menores de 1cm en 53 (93%) (P/0.003), ubicados en techo y cuerpo gástrico 52 (91%) (P/0.004). **Conclusiones.** Nuestra prevalencia de PG fue baja, los PGF fueron los más frecuentes, su asociación con el sexo femenino a edad más joven y la infección con Hp, el consumo de IBPs fue una característica de estos pólipos. Sin embargo los pólipos múltiples, menores de 1cm y localizados en techo y cuerpo de los PGF fueron significativos.

TO/P-13

POLIPOS GASTRICOS CARACTERISTICAS ENDOSCOPICAS E HISTOLOGICAS, POSIBLES ASOCIACIONES CON EL CONSUMO DE INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES Y HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES EVALUADOS EN UN SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA.

Sánchez Alvarenga, OF(1); Iriarte, M(1); López Gastón, RA(1); Pérez Martínez, SY(1); Ledesma, C(1); Lotero Polesel, J(1)
(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Militar Central, Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCION: El hallazgo de pólipos gástricos en las videoendoscopias altas VEDA varían entre 0,33% a 6, 35%. La frecuencia de los diferentes tipos histológicos varía ampliamente a nivel mundial. Los tipos histológicos más representativos son los pólipos hiperplásicos y los glandulares fúndicos. **Objetivo:** Describir las características endoscópicas e histológicas de los pólipos gástricos y sus posibles asociaciones con el consumo de IBP y Hp. **Materiales y métodos:** En un estudio descriptivo retrospectivo de las VEDA donde se identificaron pólipos gástricos, durante el período comprendido entre enero 2010 a diciembre 2011. Las lesiones polipoideas se removieron con pinza de biopsia o asa de polipectomía. Se recolectaron datos demográficos, endoscópicos e histológicos. **Resultados:** Se encontraron pólipos gástricos en 65 pacientes (3,98%) de un total de 1636 videoendoscopias altas revisadas, 36 se encontraron en hombres (55,32%). La edad media fue de 67,35 años (Intervalo de 20- 92 años, SD $\pm 14,81$). La localización más frecuente en 24 casos (36,92%) fue antro gástrico, 22 (33,85%) en cuerpo gástrico y 19 (29,23%) en el fundus gástrico. La mayoría de lesiones fueron sésiles 32 (49,23%). El tamaño estimado fue menor de 5 mm en 50 casos (76,92%), de 5-10 mm en 11 (16,92%) y mayor de 10 mm en 4 (6,15%). El hallazgo histopatológico fue: pólipos hiperplásicos 42 (64,62%), fúndicos 8 (12,31%), hiperplasia foveolar focal 4 (6,15%), hamartomatosos 3 (4,62%), adenomas 3 (4,62%), adenocarcinoma 3 (4,62%), tumor neuroendocrino 1 (1,53%), hiperplasia linfoidea 1 (1,53%). La evaluación histopatológica de la mucosa gástrica demostró infección por *Helicobacter pylori* en 4 pacientes (6,15%), el consumo de IBP en 62 (95,38%) y el sexo como factor de riesgo para PGF se evidenció en 35 hombres (53,85%) y 30 mujeres (46,15%). **Conclusiones:** Se encontró una prevalencia de 3,98% de lesiones polipoideas en las VEDA realizadas. Los hallazgos histopatológicos más frecuentes fueron pólipos hiperplásicos (64,62%), seguidos por pólipos glandulares fúndicos (12,31%), con localización principal en el antro y el cuerpo gástrico, el sexo masculino como factor de riesgo para PGF se evidenció en este estudio.

TO/P-12

NODULO DE LA HERMANA MARIA JOSE

Codoni, ML(1); Galizzi, ML(1); Jiménez, F(1)
(1)Hospital José María Cullen. Santa Fe. Argentina

Paciente de 57 años, sin hábitos tóxicos, ni antecedentes patológicos conocidos que consulta por cuadro de 3 meses evolución con epigastralgia continua, sin irradiación, ni relación con las comidas, no cede con analgésicos comunes, y se acompaña de hipoxemia y pérdida de 15kg en el mismo tiempo.

Durante su estudio se detecta hemoglobina 8,5 y VSG 100. La V.E.D.A. informa: mesogastrio en forma circunferencial, en reloj de arena, con masa ulcerada que reduce la luz, dura al tacto. La anatomía patológica informa adenocarcinoma pobremente diferenciado tipo intestinal ulcerado. Es derivada a cirugía general, y la paciente se niega al tratamiento.

A los 45 días consulta por lesión periumbilical, sobrelevada de 1.5 cm de diámetro, con salida espontánea de material purulento, sin flogosis, ni fiebre. Se realiza punción-aspiración bajo guía ecográfica, obteniéndose material purulento y la anatomía patológica informa positivo para células neoplásicas. En TAC abdominal se visualiza lesión isodensa en proyección del estómago a pared abdominal. Luego de 15 días fallece.

REVISION BIBLIOGRAFICA

El término "Nódulo de la Hermana María José" se utiliza para describir un tumor umbilical que se asocia a metástasis avanzadas, es una manifestación poco frecuente, puede ser una forma de presentación o un signo de progresión o recurrencia. Su incidencia es del 1-3% de las neoplasias abdominales o pélvicas. Los orígenes más comunes son gastrointestinales, tracto genitourinario y, menos frecuente pulmón, mama y de sitios desconocidos. Deben diferenciarse de otros nódulos umbilicales como hernia, endometriosis, cicatrices hipertróficas, granulomas, micosis, psoriasis y eczema.

El mecanismo de formación es desconocido, pero se cree que es por la infiltración contigua peritoneal o, a través de las arterias, venas o canales linfáticos. Se presenta como masa dolorosa en pared abdominal anterior, de color violeta, azul, o rojo pardusco, a veces pruriginosa, con bordes irregulares y consistencia dura y fibrosa. La superficie puede estar ulcerada y necrótica, y rezumar sangre, secreción serosa, purulenta o mucosa. El tamaño es de 0,5-2 cm, y a veces alcanzar los 10 cm. La ecografía ayuda en el diagnóstico, incluso, a aclarar hallazgos clínicos. Frente a un nódulo umbilical, la biopsia con punción-aspiración con aguja fina es suficiente para establecer el diagnóstico.

Es un signo ominoso de enfermedad diseminada que no es susceptible a la curación. La esperanza de vida es de 2-11 meses. La cirugía debe evitarse en estos casos, dejando como opción paliativa la quimiorradioterapia

CONCLUSION: Se debe realizar un examen cuidadoso de todas las lesiones umbilicales y en lo posible, biopsiarlas para determinar su naturaleza y tener en cuenta que un nódulo umbilical puede ser el primer signo de presentación de malignidad para impulsar aún más la evaluación clínica.

TO/P-14

DISTRIBUCIÓN DE ALELOS HLA-DQ EN PACIENTES CON MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS Y SOSPECHA DE ENFERMEDAD CELIACA

Medina, MG(1); Motta, PMF(2); López, MdA(2)

(1)Facultad de Medicina e Instituto de Medicina Regional-UNNE, Chaco. (2)Servicio de Histocompatibilidad, Hospital JC.Perrando. Resistencia, Chaco. Argentina.

Introducción: La Enfermedad Celíaca (EC) es una enteropatía que afecta a individuos genéticamente predispuestos, cuando ingieren alimentos que contienen gluten. En su desarrollo contribuyen factores genéticos (HLA DQ2 y DQ8), ambientales (gluten) e inmunológicos. En las formas graves provoca atrofia de las vellosidades intestinales con malabsorción de nutrientes, que conduce a estados carenciales responsables de un amplio espectro de manifestaciones clínicas. La prevalencia global de EC se ha incrementado en los últimos años, probablemente debido a un mayor nivel de detección y a variaciones ambientales, y se ha convertido en un problema principal de salud pública. Asimismo se ha observado un incremento en los reportes de manifestaciones cutáneas asociadas a enfermedades intestinales malabsorbtivas como la EC; además de la conocida asociación con dermatitis herpetiforme, se han reportado otras manifestaciones dermatológicas secundarias a deficiencias nutricionales.

Objetivo: Determinar distribución de alelos HLA-DQ en pacientes con manifestaciones dermatológicas y sospecha de EC.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes que concurren a la consulta dermatológica por diversas patologías cutáneas y que por anamnesis y examen físico, fueron sospechados de su asociación con celiaquía, por lo que se solicitaron estudios complementarios (anticuerpos anti-transglutaminasa y anti-endomisio, y tipificación de alelos HLA DQ) a los pacientes.

Resultados: Se estudiaron un total de 73 pacientes, de ambos sexos, entre 1 y 78 años (media: 35). Resultaron, 50 pacientes (68,5%) con marcadores HLA-DQ2/HLA-DQ8 positivos, de los cuales 20 fueron DQ8, 23 fueron DQ2, y 7 presentaron ambos alelos. Las manifestaciones dermatológicas observadas en pacientes con marcadores genéticos para EC, fueron: rosácea 24, urticaria 11, dermatitis herpetiforme 7, alopecia 4, vitíligo 1, eccematide psoriasisiforme 1, prurigo 1, iciosis 2.

Conclusiones:

La alta frecuencia de marcadores de EC, en estos pacientes, indica que las lesiones dermatológicas podrían ser una manifestación precoz de EC, aun en ausencia de marcadores serológicos. Es notable la alta frecuencia del alelo HLA DQ8. Los estudios complementarios y biomoleculares del paciente y la familia, son importantes para detectar nuevos casos y brindar asesoramiento familiar alertando sobre el riesgo potencial de padecer la enfermedad.

TO/P-15

ANEMIA, ENFERMEDAD CELIACA Y HLA DQ

Motta, PMF(1); López, MdlA(1); Belligoy, LE(2); Stafúza, MG(3); Bancalari, A(4); Quijano, S(2); Picón, SO(5)

(1)Servicio de Histocompatibilidad, Hospital J.C. Perrando, Resistencia (Chaco), Argentina (2)Servicio de Hematología, Hospital J.C. Perrando, Resistencia (Chaco), Argentina (3)Servicio de Inmunología, Hospital J.C. Perrando, Resistencia (Chaco), Argentina (4)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital J.C. Perrando, Resistencia (Chaco), Argentina (5)Servicio de Gastroenterología, Hospital J.C. Perrando, Resistencia (Chaco), Argentina

La enfermedad celíaca (EC) es una enfermedad sistémica inmunomediada provocada por la ingesta de gluten en individuos genéticamente susceptibles y caracterizada por la presencia de una combinación variable de manifestaciones clínicas, anticuerpos específicos de EC, haplotipos HLA-DQ2 o HLA-DQ8, y enteropatía (ESPGHAN, 2012). La anemia ferropénica es un signo frecuentemente observado en EC y puede ser la primera manifestación de la enfermedad en el adulto e incluso la tónica.

Los objetivos de este estudio fueron detectar enfermedad celíaca en pacientes adultos con anemia ferropénica (AF) y determinar la frecuencia de alelos HLA-DQ en pacientes con anemia. Se estudiaron 70 paciente con AF. De estos 57 (81%) eran mujeres, edad media 36 años (18-68). A todos se les realizó marcadores serológicos: anticuerpos anti - Transglutaminasa Tisular isotipo IgA (tTG-A) y anticuerpos anti-Endomisio de mono isotipo IgA (EMA-A) y dosaje de IgA sérica. Ante el hallazgo de serología positiva, se efectuó endoscopia y biopsia duodenal usándose la escala de Marsh modificada por Oberhuber para clasificar los hallazgos histológicos. A todos los pacientes se les realizó tipificación de alelos HLA-DQB1*.

Diez de los 70 pacientes presentaron serología positiva (14,3 %), tTG-A igual o mayor de 100 UI/ml y EMA-A positivo, en todos los casos la biopsia duodenal resultó ser grado 3 y HLA-DQ2 y/o DQ8. En el estudio genético de los pacientes con anemia se encontraron alelos HLA-DQ compatible con EC en un 68,6 % vs 42,9% de población control.

Llama la atención el alto porcentaje de pacientes en los que se diagnosticó EC, a partir de la anemia ferropénica como manifestación primaria, y la elevada frecuencia de alelos HLA-DQ compatibles con EC en pacientes con anemia.

De los resultados obtenidos se evidencia la necesidad de tener presente la sospecha clínica de EC en pacientes con anemia ferropénica.

Ante la presencia de AF y HLA compatible, aún en ausencia de anticuerpos específicos no descartar la existencia de enfermedad celíaca cuyo diagnóstico puede evolucionar en el tiempo.

TO/P-17

EXPERIENCIA INICIAL CON BALÓN INTRAGÁSTRICO LEXBAL (INDUSTRIA NACIONAL) EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON OBESIDAD LEVEMODERADA (TIPO I-II)

Robledo, FD(1); Garriga, M(1)

(1)Sanatorio Nuestra Señora de Pilar y Clínica B&S. Argentina.

Objetivo: Evaluar la efectividad y respuesta del balón gástrico (Lexbal) en el tratamiento de la Obesidad leve a moderada

Diseño experimental: observacional y retrospectivo

Intervención:Llevamos a cabo en 2 clínicas (Nuestra Señora de Pilar y Clínica B&S) un estudio observacional y retrospectivo.

Se han recopilado los resultados del seguimiento de 10 balones intragástricos (Balón Lexbal) en pacientes con obesidad leve a moderada tipo I-II (IMC comprendidos entre 28 y 34.9 kg/m2)colocados en los años 2011 y 2012. Se han conseguido pérdidas por encima del 70% de exceso de peso. Además, se ha objetivado el grado de satisfacción de nuestros pacientes

Mediciones: Estudio observacional descriptivo en el que la muestra está constituida por los 10 pacientes tratados con balón LEXBAL en nuestro medio. Las variables estudiadas son: edad, sexo, peso, IMC, porcentaje de peso perdido, volumen de llenado, tolerancia, grado de satisfacción y el seguimiento dietético por parte de los pacientes

Resultados: Mas del 80% de grado de satisfacción de los pacientes, 70% descenso de peso por encima de la media (mas de 12 kilos) mejor respuesta en los que presentaron adhesión al tratamiento nutricional y no se observó diferencias por el volumen de llenado del balón.

Tratamiento nutricional

Recomendaciones importantes:

- No comer arroz ni pasta italiana.
- Comer y masticar despacio.
- Limitar las cantidades.
- Después de cada comida, beber un vaso de agua para lavar la superficie del balón.
- No tomar ni aspirina, ni otros antiinflamatorios.
- Tomar protector gástrico durante todo el tratamiento (1 comprimido/día).

Seguimiento nutricional:

- Primer mes Visitas semanales
- A partir del 2º mes Visitas quincenales
- A partir del 4º mes Visitas cada 3 semanas

TO/P-16

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE PANCREATITIS AGUDA, SÍNDROME COLEDOCIANO Y PANCREATITIS AGUDA CON SÍNDROME COLEDOCIANO. NUESTRA EXPERIENCIA

Raiden, Ak(1); Cordoba, CA(2); Carri, JH(3)

(1)Servicio de Gastroenterología del Sanatorio Allende Nueva Cordoba-Cordoba-Argentina (2)Servicio de Gastroenterología del Sanatorio Allende Nueva Cordoba-Cordoba-Argentina (3) Jefe del Servicio de Gastroenterología del Sanatorio Allende Nueva Cordoba-Cordoba-Argentina

INTRODUCCION: La incidencia de la pancreatitis aguda (PA) se ha incrementado notablemente en los últimos años. El síndrome coledociano (SC) es una complicación frecuente de litiasis vesicular, primera causa de PA. OBJETIVO: Evaluar los aspectos epidemiológicos de PA y SC, para comparar con otras experiencias. MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron 308 pacientes que ingresaron al Servicio de Gastroenterología del Sanatorio Allende (sede Nueva Córdoba) de Córdoba, Argentina, en el período comprendido entre enero de 2010 y marzo de 2012. Se analizaron en PA, SC y PA con SC, las siguientes variables: edad, género, etiología, mes del año de la presentación, clasificación y resolución de la entidad. El estudio fue prospectivo observacional. Para los cálculos de estadística descriptiva se utilizó el programa SPSS 15.0 en español. RESULTADOS: Se estudiaron 308 casos de los cuales, 66 pacientes (21,4%) corresponden a PA, 35 pacientes (11,3%) a SC y 7 pacientes (2,3%) a PA con SC, resultando un total de 108 pacientes con estas patologías al ingreso. La edad promedio en PA fue de 42 años, con un rango de 17-73. En SC el promedio fue de 40 años y el rango de 15-80. En PA con SC el promedio fue de 47 años, con rango de 34-73. En PA el género femenino representa el 42,4% (28 casos), y el masculino el 57,6% (38). En SC el género femenino se observó en 54,3% (19 casos) y el masculino en el 45,7% (16). En PA con SC el género femenino constituyó el 71,4% (5 casos) y el masculino 28,6% (2). La etiología de PA predominante fue litiasis en el 53% (35 casos), alcohólica en el 18,2% (12), idiopática en el 16,7% (11), tumor quístico del páncreas el 3% (2). Representaron el 1,5% (1 caso) pancreatitis post ERCP, lupus-vasculitis, diclofenac, congénita, tumor de cabeza de páncreas e hiperrigliceridemia. Mes: predominio de PA en marzo y enero, SC en abril y enero; PA con SC en marzo. Clasificación de PA: Balthazar C 43,9% (29 casos), Balthazar A 37,9% (25), Balthazar B 15,2% (10) y Balthazar D, 3% (2). La resolución en SC fue: por ERCP 40% (14 casos), quirúrgica 37,1% (13) y migración espontánea del cálculo 22,9% (8) CONCLUSIONES. En este estudio la PA fue la causa más frecuente de internación de pacientes digestivos. En PA predominó el género masculino, la etiología litiasis, la clasificación Balthazar C, la edad de 42 años y los meses de presentación fueron marzo y enero, principalmente. En SC fueron más frecuentes el género femenino, la etiología litiasis, la edad de 40 años y los meses de presentación abril y enero; el 40% de los casos fue de resolución endoscópica. La PA con SC mostró predominio del género femenino, edad de 47 años y presentación en marzo. Estos resultados coinciden con experiencias previas.

TABLA: DIAGNOSTICO DE TODOS LOS CASOS INGRESADOS AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA EN UN PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 01/2010 AL 3/2012

DIAGNOSTICO	CASOS	PORCENTAJES
PANCREATITIS AGUDA	66	21,4
HDA	63	20,4
SINDROME COLEDOCIANO	35	11,3
HDB	16	5,2
DIARREA AGUDA	13	4,2
COLITIS ULCEROSA	13	4,2
GASTROENTERITIS TOXICA INVASIVA	10	3,2
SUBOCCLUSION INTESTINAL	9	2,9
ABSCESO AGUDO	8	2,6
CUERPO EXTRAÑO EN ESOFAGO	7	2,3
GASTROPATIA AGUDA	7	2,3
COLECISTITIS AGUDA	7	2,3
PANCREATITIS Y SINDROME COLEDOCIANO	7	2,3
HD OQUITA	6	1,9
DIVERTICULITIS AGUDA	4	1,3
SINDROME ASCITICOEDEMATOSO	4	1,3
COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA	4	1,3
DIARREA CRONICA	3	1,0
ENFERMEDAD DE CROHN	3	1,0
OTRAS PATOLOGIAS	23	7,6
TOTAL	308	100

CC/O-01

TRASPLANTE MULTIVISCERAL MODIFICADO CON PRESERVACIÓN ESPLÉNICA, EN PACIENTE CON SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS, SIN INSUFICIENCIA INTESTINAL. REPORTE DE UN CASO.

Solar, H(1); Echevarría, C(1); Ramisch, D(1); Barros Schelotto, P(1); Nachman, F(1); Cabanne, A(1); Gondolesi, G(1)

(1)Unidad de Soporte Nutricional, Rehabilitación y Trasplante de Intestino. Hospital Universitario Fundación Favaloro. Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN: El trasplante de intestino ha surgido en los últimos años como una alternativa válida para pacientes con insuficiencia intestinal crónica irreversible que presentan complicaciones de la nutrición parenteral. Sin embargo existe un grupo de enfermedades que no generan insuficiencia intestinal pero que por su comportamiento fisiopatológico y su evolución clínica requieren de un trasplante intestinal, multivisceral o multivisceral modificado para su tratamiento.

OBJETIVO: Reportar el trasplante multivisceral modificado en un paciente sin insuficiencia intestinal crónica irreversible.

PACIENTE: Hombre de 23 años, con diagnóstico de Síndrome de Peutz Jegers tipo hamartomatoso que requirió varias intervenciones quirúrgicas por invaginación y perforación intestinal. Se realizaron resecciones segmentarias quedando con un remanente intestinal que le permitió mantener la suficiencia intestinal. Evolucionó con desarrollo de pólipos (> de 120 por informe de videocápsula) a nivel de estómago, duodeno, yeyuno y colon que alcanzaron los 6 cm de diámetro con biopsias que fueron informadas como adenomas tubulovelloso con displasia de bajo grado. Dada la potencial malignización de dichas lesiones con la consecuente pérdida de posibilidades curativas, se decidió ofrecer la posibilidad de trasplante como única opción de cambiar su fenotipo.

RESULTADOS: El 03 de marzo del presente año, el paciente recibió un trasplante multivisceral modificado (estómago, duodeno-páncreas, intestino delgado, colon, con preservación de hígado y bazo). Tiempo de internación en UTI: 3 días. Tiempo de internación en el hospital: 19 días. Requirió 10 días de nutrición parenteral post quirúrgica y fue dado de alta con nutrición enteral nocturna por gastrostomía y dieta vía oral, la cual se fue progresando hasta suspender la nutrición enteral a los 35 días y continuar con dieta general con 900-1200 ml de débito por ostomía. No ha presentado rechazo y clínicamente ha recuperado la clase funcional previa a la cirugía. Se halla inmunosuprimido con Tacrolimus, Rapamicina y Deltisona. Actualmente en plan de regresar a su ciudad de origen (Rosario).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: El trasplante multivisceral modificado ha aparecido como una alternativa terapéutica en pacientes portadores de enfermedades que no generan insuficiencia intestinal, en los últimos 10 años y hoy constituye aproximadamente el 10% del total de trasplantes intestinales y con mejores resultados alejados que el resto de los trasplantes realizados en adultos, según último reporte del registro internacional. Este caso es el primero realizado con éxito en nuestro país.

CC/O-02

ENFERMEDAD CELIACA Y LINFOMA COMPUESTO SINCRÓNICO: LINFOMA HODGKIN Y CÉLULAS B DIFUSO DE NOVO.

Medina, JM(1); Pascual Russo, A(1); Monica, M(1); Longarini, GI(2); Fiorentino, R(1); Kujta, N(3); Niveloni, S(2)

(1)Departamento de Clínica,Hospital de Gastroenterología Dr.Carlos Bonorino Udaondo, Buenos Aires,Argentina (2)Sección Intestino Delgado, Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo, Buenos Aires, Argentina (3)Sección Hematología, Hospital de Gastroenterología Dr Carlos Bonorino Udaondo, Buenos Aires, Argentina

Introducción:La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía autoinmune con intolerancia permanente al gluten en individuos genéticamente predispuestos.

El riesgo de linfoma en EC esta incrementado 2-6 veces, presentando el LNH un odds ratio (OR) 2,61 (95%IC 2,04-3,33), siendo su presentación más frecuente el LNH de células T asociado a enteropatía (EALT) OR 15,84 (95% IC 7,85-31,94). El LNH B difuso de células grandes presenta una frecuencia menor OR 2,25 (95% IC 1,32-3,85). Por el contrario, el linfoma Hodgkin sólo ha sido reportado en dos series de casos con OR 2,01 (95% CI 1,0-4,01), siendo infrecuente su presentación extranodal.

Linfoma compuesto: coexisten 2 neoplasias linfoides fenotípicamente diferentes en el mismo órgano. El único reporte previo de linfoma compuesto y EC corresponde a un linfoma duodenal difuso B junto con EALT.

Objetivo: reportar una presentación infrecuente de EC complicada con un linfoma compuesto sincrónico Hodgkin y LNH de células B difuso de novo.

Material y métodos: Paciente de 49 años sin antecedentes previos que consulta por dolor cólico asociado a pérdida del 10% de su peso y sudoración nocturna.

LABORATORIO: hemoglobina 11,5 g/dl . Albumina g/dl. Antitransglutaminasa IgA 20 UI (VN <20), DGP screen 75 UI (VN <20).

VEDA: mosaico y peinado.

TRANSITO DE INTESTINO DELGADO: yeyuno proximal engrosamiento parietal con ulceras mucosas. TAC DE ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE: engrosamiento parietal intestino delgado, adenomegalias.

ENTEROSCOPIA DOBLE BALON: Hasta 160 cm mucosa en empedrado, a ese nivel lesión ulcerada estenosante de 10 cm franqueable con dificultad.

Resultados: BIOPSIA DUODENO:atrofia completa MARSH IIIC, CD3 + CD8 +.

BIOPSIA ENTEROSCOPIA:lesión yeyunal compatible con fondo de úlcera.

Laparoscopia: a 1.1 mts de asa fija tumoración de 12 cm. Múltiples adenopatías en mesenterio. Resección y entero-entero anastomosis.

BIOPSIA QUIRURGICA: LINFOMA HODGKIN CLÁSICO.

Previo a quimioterapia, intercorre con abdomen agudo, es reintervenido observandose a 80 cm de asa fija perforación de 0,5 cm, que es abocada a pared anterior mediante yeyunostomía.

BIOPSIA 2ª CIRUGIA: LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES.

Realiza tratamiento quimioterápico con un ciclo de AVBD (doxorubicina, bleomicina, vinblastina y dacarbazina) y tres ciclos de R-CHOP(rituzimab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona).

Conclusiones: Se reporta una presentación infrecuente de EC complicada con un linfoma compuesto sincrónico Hodgkin y LNH de células B difuso de novo con buena respuesta al tratamiento.

CC/O-04

ENFERMEDAD DE MÉNÉTRIER CON AFECTACIÓN DUODENAL

Amieva, L(1); Calvo, S(1); Cardelli, S(1); Morán Faienzo, G(1); Ruiz, NP(1); Serpa, G(1); Gadea, O(1)

(1)Hospital Interzonal General Agudos Dr. Oscar Alende. Argentina.

Introducción: La enfermedad de Ménétrier es una rara condición clínica, idiopática, caracterizada por una gastropatía hipertrofica hiperproliferativa con hiperplasia foveolar del fundus y cuerpo gástrico asociado a hipoproteinemia y edemas periféricos.

Objetivo: Se presenta un paciente con diagnóstico de enfermedad de Ménétrier con afectación gastro-duodenal.

Material y método: Paciente masculino de 68 años, con antecedente de HTA, se interna en nuestra institución por déficit neurológico focal con resonancia encéfalo que confirma lesión isquémica cerebelosa. Al interrogatorio dirigido presenta cuadro de síndrome de repercusión general de 6 meses de evolución con hiporexia, pérdida de peso, astenia, náuseas, vómitos aislados y episodio de diarrea de un mes de evolución autolimitado. Se realizan estudios complementarios en donde se destaca en el laboratorio Hto 39%, Gb 5,0 K/uL, albúmina 3,1 gr/dl (VN 3,2 a 4 gr/dl), proteínas totales 5 gr/dl (VN: 6,2 a 8 gr/dl). Se solicita TAC abdomen en la cual se observa dilatación del cuerpo y fundus gástrico con engrosamiento irregular a nivel del antro. Luego de la misma se realiza videoendoscopia digestiva alta donde se evidencia pliegues edematosos, engrosados de aspecto polipoideo con mucosa adyacente congestiva y una afectación difusa que abarca el techo, cuerpo y antro. En bulbo y en menor proporción en segunda porción duodenal se observa la mucosa tambien de aspecto polipoideo, congestiva y friable. Se toman múltiples biopsias gástricas y duodenales. Con impresión diagnóstica de gastropatía hipertrofica se plantean los siguientes diagnosticos diferenciales: enfermedad de Ménétrier, linfoma o adenocarcinoma gástrico; gastropatía eosinofílica, infecciosas (H. Pylori, CMV) y poliposis gástrica. Se recibe informe histopatológico que muestra marcada hiperplasia foveolar, con dilataciones quísticas de las luces glandulares y epitelio de revestimiento foveolar y glandular con acentuada mucosecreción. Se observó atrofia focal de la mucosa oxíntica. Helicobacter pylori negativo. En duodeno, fragmentos con vellosidades hiperplásicas que alternan con otras con atrofia parcial, metaplasia pilórica del epitelio absorptivo y escasa inflamación del corion. Con estos hallazgos clínicos, endoscópicos e histológicos se interpreta el cuadro compatible con enfermedad de Ménétrier en su variante polipoidea con afectación duodenal. El paciente fue dado de alta medicado con antiagregantes e inhibidores de bomba de protones, evolucionando favorablemente de su sintomatología digestiva en los controles ambulatorios a los dos meses post externación.

Conclusión: Este paciente presenta una variante polipoidea de la enfermedad de Ménétrier, con la particularidad que su afectación se extiende en todo el estómago afectando además al bulbo duodenal y en menor medida la segunda porción. Son escasas las comunicaciones de esta entidad que comprometan también el duodeno, encontrándose solamente dos reportes en la literatura.

CC/O-03

PANCREATITIS AUTOINMUNE Y ENFERMEDAD DE MIKULICZ : REPORTE DE UN CASO

Jerez, J(1); Baez, E(1); Suaya, G(1); Aira, O(1); Calzetta, P(1); Yasuda, S(1); Remondino, G(2); Conchetti, H(3); Currás, A(1)

(1)División Gastroenterología, Hospital Juan A. Fernandez, CABA, Argentina (2)División Autoinmunidad, Hospital Juan A. Fernandez, CABA, Argentina (3)División Patología, Hospital Juan A. Fernandez, CABA, Argentina

INTRODUCCIÓN:La pancreatitis autoinmune (PAI) se define como una forma particular de pancreatitis de etiología desconocida, que a menudo se manifiesta como ictericia obstructiva asociada o no a masa pancreática, con cambios histológicos (infiltrado linfoplasmocitario y fibrosis), y con respuesta a corticoides. Puede tener un crecimiento focal o generalizado del páncreas, lo cual confunde con cáncer. Se clasifica histológicamente en pancreatitis esclerosante linfoplasmocítica (PAI Tipo 1), y pancreatitis ductal central idiopática (PAI tipo 2). Se manifiesta clínicamente con ictericia obstructiva (65%-80%), diabetes mellitus tipo 2 (45-76%), dolor abdominal (35%), pérdida de peso (35%), disfunción exocrina pancreática. Puede tener manifestaciones extra-pancreáticas como: colangitis esclerosante asociada a IgG4, sialoadenitis esclerosante crónica, fibrosis retroperitoneal idiopática, nefropatía IgG4, enfermedad inflamatoria intestinal, pseudolinfoma de órbita, y la enfermedad de Mikulicz. El diagnóstico se basa en la histología con inmunohistoquímica positiva para IgG 4, asociado a la clínica, imágenes y serología. El tratamiento de elección son los esteroides; ante la recaída se indican inmunosupresores (azatioprina).

OBJETIVO: Presentar un caso clínico de pancreatitis autoinmune y enfermedad de Mikulicz CASO CLÍNICO:Paciente masculino de 45 años que consultó por ictericia de 2 meses de evolución acompañado de coloria, hipocolia, polidipsia, dolor abdominal difuso y pérdida de 10 kg de peso. Al examen físico: ictericia, tumoración submaxilar bilateral de consistencia dura, indolora, sin flogosis. Laboratorio: Hto. 39%, Hb 12,7 mg/dl, GB 11300ml/mm3, glucemia 139 mg/dl, TGO 114 U/L, BT 8,17 mg/dl y BD 6,58 mg/dl, VSG 84 mm/h, FAL 2280 U/L. La ecografía y tomografía abdominal demostraron dilatación de vía biliar intra y extrahepática y una formación heterogénea en cabeza pancreática. Se solicitó gamaglobulinemia: elevada. Otras determinaciones como: IgG4, FAN, Anti Ro/La; AMA, ASMA, ANCA, marcadores tumorales y virales, todos negativos, HIV no reactivo. Se realizó submaxilectomía derecha. A. Patológica: fibrosis glandular con intenso infiltrado linfoplasmocitario compatible con enfermedad de Mikulicz. Se inició ciclo de corticoides con buena tolerancia, con normalización de los parámetros de laboratorio. RMN de abdomen control a los 4 meses: desaparición de la masa pancreática y vía biliar no dilatada. Se interpretó como PAI asociado a enfermedad de Mikulicz. Presentó una recaída iniciando tratamiento con azatioprina, con buena respuesta. El paciente ha tenido buena evolución en los últimos 5 años.

CONCLUSIONES: La sospecha clínica asociada a la serología, imágenes, e histología permiten un diagnóstico temprano. La PAI con enfermedad de Mikulicz puede estar asociada con una actividad elevada de la IgG4; debe ser tratada con esteroides y su recaída con inmunosupresores.

CC/O-05

MICROSPORIDIOSIS EN UN PACIENTE VIH POSITIVO EN LA ERA DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (HAART)

Velásquez, JN(1); Carnevale, S(2); Figueiras, O(1); Solari, R(1); De Carolis, L(1); Castrelo, J(1); Vittar, N(1); Perissé, E(3); di Risio, CA(3)

(1)Hospital de Infecciosas "Dr. Francisco J. Muñiz" (2)INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" (3)Hospital General de Agudos "Dr. José M. Penna". Argentina.

Introducción: La microsporidiosis es una causa de infecciones oportunistas en pacientes con SIDA y se asocia con diarrea, pancreatitis y colangiopatía. Las especies identificadas con mayor frecuencia son Enterocytozoon bienuesi y Encephalitozoon intestinalis. Estas especies han sido identificadas en cursos de agua, animales de granja y de compañía. Con el uso del tratamiento antirretroviral (HAART) la prevalencia de las mismas es significativamente inferior.

Objetivo: El propósito de esta presentación es la descripción de un caso VIH positivo, tratado con HAART en el que se identificó coinfección de Enterocytozoon bienuesi y Encephalitozoon intestinalis y la misma coinfección en su animal de compañía.

Métodos: Este estudio incluyó a una paciente, sexo femenino, adulta en tratamiento con HAART (Lopinavir-Ritonavir, Zidovudina, Lamivudina) y diarrea (tres meses de evolución), CD4 316 células/mm3, carga viral con valor <50 copias/mm3. Como antecedente había recibido de regalo un gato hacía tres meses. Se obtuvieron muestras de heces de la paciente y el gato, se concentraron por centrifugación y se tiñeron con tricrómico de Weber y Gram-Cromotropo. Biopsias duodenales de la paciente se obtuvieron mediante videoendoscopia alta, se incluyeron en polybedaraldita y se tiñeron con Azur II. Se utilizaron técnicas de biología molecular para la identificación de especie en muestras de heces.

Resultados: Se identificaron esporos de microsporidios en las muestras de heces de la paciente y de su gato. Las biopsias de la paciente mostraron organismos intracelulares compatibles con microsporidios. La identificación de especies se realizó con muestras de heces mediante amplificación por PCR empleando los primers Eb.gc/Eb.gt para E.bienuesi y SINTF/R para E.intestinalis, detectando una coinfección con ambas especies para la paciente y su gato.

Conclusiones: Los gatos deben ser tenidos en cuenta como reservorios de los microsporidios E. intestinalis y E. bienuesi. La transmisión zoonótica de microsporidios debe considerarse para el manejo de pacientes con SIDA y HAART.

CC/O-06

TUMOR NEUROENDÓCRINO DE LA UNIÓN ESÓFAGO-GÁSTRICA: REPORTE DE UN CASO

Cevallos Cedeño, GR(1); Massa, S(1); Curras, A(1); Báez, E(1); Molina, C(1); Suaya, G(1); Zannoli, R(1); Figurelli, S(1)
(1)Hospital de Agudos "Dr. Juan A. Fernández". Argentina.

Introducción:

Los tumores neuroendócrinos (TNE) derivan de la cresta neural y endodermo. Se caracterizan por producir neurotransmisores. Pueden ser esporádicos o familiares y suelen expresar ciertas proteínas como *synaptofisina*, *chromogranina A* y *enolasa*; pueden tener diferentes localizaciones, entre ellas el tracto gastrointestinal.

Objetivo:

Presentar un caso clínico de TNE de localización infrecuente.

Caso Clínico:

Paciente de 61 años, sexo masculino, que consulta por disfagia progresiva a sólidos. Se realiza videogastroscopia donde se observa en esófago lesión elevada vegetante, ulcerada, en tercio distal, que ocupa más de $\frac{1}{4}$ de la circunferencia, franqueable con el endoscopio (bx); la misma continúa hacia cardias vertiente gástrica 2-3cm en forma circunferencial. La Anatomía patológica: carcinoma neuroendócrino con áreas ulceradas, (moderadamente diferenciado). Inmunomarcación: CK AE1 – AE3 y *synaptofisina* positivas. Se realiza Neumo T.A.C. que evidencia engrosamiento circunferencial y asimétrico del tercio inferior del esófago, de aspecto vegetante, que produce disminución de la luz del mismo; se extiende a nivel subcardial hacia el techo gástrico. Estructura ganglionar en rango adenomegálico retrocavo pretraqueal. Se indican 4 ciclos de quimioterapia con: epirubicina, cisplatino y capecitabina. Posterior a la quimioterapia se realiza nueva videogastroscopia donde se constata por encima del hiato, área de mucosa deprimida que ocupa $\frac{1}{4}$ de la circunferencia, con fondo de fibrina próxima a lesión elevada de 8mm y mucosa circundante de aspecto irregular. En vertiente gástrica, se observa lesión vegetante con pliegues que convergen a dicha zona y se amputan. Se realiza tratamiento quirúrgico: esofagectomía distal + gastrectomía total + esófago yeyuno anastomosis término lateral en Y de Roux + yeyunostomía para alimentación. Buena evolución postoperatoria. Actualmente en seguimiento por oncología, encontrándose el paciente asintomático, con peso adecuado y sin disfagia.

Conclusiones:

Dado que el TNE de la unión esófago-gástrica es muy infrecuente < 1 - 3.8%, la inmunohistoquímica es muy importante para definir el diagnóstico y la cirugía es la única terapéutica curativa pudiéndose utilizar la quimioterapia previa a la resección quirúrgica para disminuir el tamaño de la lesión.

CC/O-07

SINDROME DE ULCERA SOLITARIA DE RECTO: PRESENTACION ENDOSCOPICA ATIPICA

Dova, G(1); Tanoni, B(2); Caballero, R(1); Bauer, I(1); Patron Urriburu, J(2); Colombato, L(1)
(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Británico de Buenos Aires (2)Servicio de Proctología, Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: el síndrome de úlcera solitaria de recto (SUSR), es un trastorno crónico benigno relacionado con alteraciones en la evacuación. La presentación clínica más frecuente es sangrado rectal, dolor abdominal y constipación. Su incidencia es de 1-3 casos por 100.000 habitantes por año. Fisiopatológicamente se caracteriza por isquemia local crónica de la pared rectal, secundaria a obliteración fibromuscular de la lámina propia. La lesión más frecuente es la úlcera, como lesión única o múltiple, cuya topografía habitual es la cara anterior o lateral del recto.

Objetivo: presentación atípica SURS, evaluación diagnóstica y evolución clínica con biofeedback.

Caso clínico: paciente de sexo masculino, de 38 años, que consulta por mucorrea, tenesmo y proctorragia ocasional. Lavideocolonosopia revela una lesión polipoidea de 30 mm de aspecto congestivo de bordes bien definidos, a 10 cm del margen anal, se realiza resección con ansa. Anatomía patológica: criptas festoneadas, hiperplasia de la lámina propia con haces musculares perpendiculares a las criptas, infiltrado linfoplasmocitario.

RMI dinámica de pelvis: rectoceles anterior e invaginación rectorrectal.

Manometría anorrectal: contracción paradójica del músculo puborrectal (CPPR), sin expulsión del balón.

Realiza tratamiento médico: medidas higiénico-dietéticas y 10 sesiones biofeedback con mejoría de los síntomas y de los parámetros manométricos.

Conclusión: el SURS es una patología benigna de baja incidencia, asociada al Síndrome de Obstrucción del Tracto de Salida. Con presentación endoscópica variable en que no requiere con condición sine qua non, una lesión ulcerada. El diagnóstico es histopatológico y requiere la demostración de la obliteración fibromuscular vascular. El tratamiento con biofeedback mejoró la proctorragia, la constipación y los parámetros manométricos.

CC/O-08

DOLOR ABDOMINAL DE ETIOLOGIA INUSUAL

Olivera, OA(1); Brito, I(1); Gómez, S(1)
(1)Sección Sanidad, RIM 26 - Ejército Argentino, Junín de los Andes, Argentina

INTRODUCCION: Las vasculitis son enfermedades caracterizadas por presentar inflamación de los vasos sanguíneos, determinando deterioro u obstrucción al flujo de sangre y daño a la integridad de la pared vascular. Pueden afectar cualquier parte del organismo, incluyendo aparato digestivo.

OBJETIVO: Presentar un caso clínico de dolor abdominal que evidencia la dificultad diagnóstica por etiología infrecuente y presentación proteiforme.

PACIENTE: Varón de 45 años, baqueano del ejército. Antecedente de alcoholismo. Sin cirugías ni medicación.

CASO CLINICO: Consulta en guardia por dolor abdominal, náuseas, vómitos, astenia marcada y pérdida de peso >10 kg en 2 meses. Al examen físico: Febrícula. Leve reacción peritoneal en FID. Laboratorio: GB11.000 y FA1310. Se decide internación. Aparece distensión abdominal y diarrea acuosa. Se indica Ciprofloxacina EV. Alta al 3er día. Coprocultivo(-). Nueva consulta por persistir síntomas. Análisis: GB12.700, Plq576.000, FA1339. Ecografía abdominal: s/p. Se indican analgésicos y dieta. Evolución sin mejoría. Presenta dolor en FII con leve reacción peritoneal. Amilasa y lipasa normales, GGT124, Plq481.000, GB18.800 N82% y VSG50. Proteinuria(+). Se indica Amoxicilina+IBL sospechando diverticulitis aguda. Mejora pero sufre nuevo episodio de dolor, ahora en epigastrio e HCD. Laboratorio: hipocromía, microcitosis, Hb11,3 (previo 14,1), Htto36,8% (previo 41,5), VSG75. Ecografía abdominal: vesícula biliar c/barro biliar y paredes finas. Se deriva a centro de mayor complejidad (viaja 20hs). Se realiza VEDA y VCC s/p. A las 48hs presenta dolor en MMII, 38°C, congestión conjuntival y placa eritematosa dolorosa en pierna izq. Laboratorio: GB12.200(N67%), VSG116, Hb11,1, Htto34,1, Plq748.000. Se interpreta celulitis y se indican ATB. Evolución tórpida, aumentando las placas y afectando miembro contralateral (algunas de tinte purpúreo). Laboratorio: ASTO257, PCR17,3, Prot.tot7,4, Alb. sérica2,9, \square globulina1,72, Fe+16, Transferrina167, %sat transferrina8%, Ferritina834, FR27, C3 173, C4 39, AntiDNA(-), FAN(-), HIV(-), CMVIGM(-), HBsAg(-), HBcAc(-), HAVIGM(-), HAVIGG(+), HCV(-), EBVIGM(-), EVBIGG(+), AFP(-), AMA(-). Cultivos(-). CA19-9(-), CEA(-). TC tórax, abdomen y pelvis c/contraste: s/p. Mejoría clínica y humoral, alta con dieta, IBP, Fe+ y reposo. Control a los 10 días, Htto40%, Hb13gr%, hiper \square globulinemia leve, GGT y FAI normales. pANCA(-) y cANCA(+)/1/20. Biopsia de piel: infiltrado c/PMN y Eo en vasos de dermis. Actualmente asintomático tratado con Prednisona.

DIAGNOSTICO: Panarteritis Nodosa.

DISCUSION: La afectación gastrointestinal por vasculitis en adultos es rara (3 al 23%). Generalmente afecta territorio de mesentérica superior (yeyuno/ileon 89% y colon 54%). El diagnóstico precoz es difícil, por sus manifestaciones inespecíficas. Los cuadros de presentación atípica deben hacernos pensar en esta entidad. El diagnóstico se basa en hallazgos clínicos, serológicos, histológicos y angiográficos (criterios ACR 1990).

CC/O-09

LINFOMA PRIMARIO DUODENAL EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Di Palma, G(1); Babieri, C(1); Jordan Moreno, C(1); Fontana, D(1); Waldbaum, C(1); Anrelo, P(1); Sorda, J(1); Avagnina, A(1)
(1)Hospital de Clínicas José de San Martín

Paciente masculino de 25 años, sin antecedentes de jerarquía, que presenta dolor abdominal epigástrico, de tipo cólico y predominio postprandial, de 15 días de evolución. En la semana previa a la consulta presenta ictericia y coluria, agregando en las últimas 48 hs náuseas y vómitos, con intolerancia tanto a líquidos como a sólidos, asociado a un aumento en la intensidad del dolor abdominal.

En el examen físico presenta masa epigástrica duro elástica, indolora de bordes regulares, adherida a planos profundos.

En el laboratorio presenta colestasis e hipertransaminasemia. El examen para HIV como para otras serologías virales fue negativo.

Se realiza Tac de abdomen donde se evidencia aumento de tamaño de cabeza y proceso uncinado del páncreas a expensas de formación sólida heterogénea de aprox 60 x 66 mm que produce engrosamiento de la pared de 2da y 3ra porción duodenal con disminución de la luz y aumento de la densidad de la grasa circundante.

En la endoscopia digestiva alta se observa en la unión del bulbo y la segunda porción duodenal, una lesión elevada, friable, indurada que se moviliza en bloque y que compromete el 75% de la luz; no se identificándose el poro papilar.

Se decide realizar duodenopancreatectomía cefálica con gastroenteroanastomosis, hepaticoyeyunoanastomosis y anastomosis ductomucosa pancreática.

El resultado definitivo de la anatomía patológica de la pieza reseca informa masa duodenal e infiltración parcial de cabeza pancreática por Linfoma Difuso de Células Grandes B con ausencia de compromiso ganglionar.

Los estudios de estadificación realizados posteriormente mostraron ausencia de compromiso por Linfoma.

En conclusión, se interpreta el cuadro como oclusión intestinal secundaria a Linfoma B duodenal con infiltración pancreática en paciente inmunocompetente.

YEYUNITIS EOSINOFÍLICA DESTRUCTIVA

Bauer, I(1); Dova, G(1); Krause, M(1); Rausch, A(1); Ramos, R(1); Colombato, L(1)
(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia del Hospital Británico de BA, Argentina.

Introducción: La gastroenteritis eosinofílica es una entidad poco frecuente, de presentación heterogénea que puede afectar cualquier segmento del tubo digestivo. Se caracteriza por un infiltrado eosinófilo en una o todas las capas del tracto gastrointestinal (definido por 20 o más eosinófilos p/campo de gran aumento). Afecta a todas las etnias y edades. Es más frecuente en la 3ra década. Es frecuente la historia personal o familiar de atopía. Puede ser primaria (alergia), secundaria (parasitosis) o ideopática. Desde el punto de vista clínico puede presentarse como Sd de intestino irritable, enfermedad inflamatoria intestinal, suboclusión intestinal, úlcera gástrica perforada o ascitis.

Objetivo: Presentación de un caso clínico dado su carácter inusual y forma de presentación atípica

Caso clínico: Paciente de 31 años oriundo de la Mesopotamia, registra antecedente de úlcera gástrica hace 8 años. Ingresó derivado con diagnóstico de suboclusión intestinal. Al interrogatorio dirigido refería pérdida de peso de 4kg en el último mes. Al ingreso se realiza Radiografía de abdomen que no evidencia niveles hidroaéreos. Presenta débito biliar por sonda nasointestinal. Se evidencia eosinofilia periférica (46% de eosinófilos sobre 11.600 glóbulos blancos). La tomografía de abdomen y pelvis evidencia engrosamiento parietal circunferencial a nivel yeyunal con escaso líquido libre en pelvis compatible con proceso inflamatorio. Se descarta patología infecciosa y farmacológica. Se realizan videoendoscopia digestiva alta y videocolonoscopia con ileoscopia sin hallazgos significativos. Se toman biopsias de todos los sectores evaluados, sin hallazgos patológicos. Se decide realizar laparoscopia exploradora observándose engrosamiento de un metro de yeyuno con serosa despulida y líquido libre en cuatro cuadrantes. Se toma biopsia de todo el espesor. La Anatomía patológica describe severo infiltrado inflamatorio a predominio eosinófilo (más de 60 p/campo de gran aumento) en la mucosa y en las capas musculares interna y externa asociado a fenómenos hipoxico-iscémicos de los mioцитos, compatible con yeyunitis eosinofílica con compromiso panmural. El líquido libre en cavidad abdominal 11% de eosinófilos. A las 72h del postoperatorio se inicia tratamiento con corticoides vía oral, con mejoría del cuadro clínico y normalización de la fórmula leucocitaria a la semana de tratamiento.

Conclusión: Basándonos en el cuadro clínico, la histología, el laboratorio y las características del líquido ascítico, se realiza diagnóstico de yeyunitis eosinofílica destructiva, patología muy poco frecuente con una forma de presentación heterogénea y con buena respuesta inmediata al tratamiento con corticoides

SÍNDROME DE LANE HAMILTON: ENFERMEDAD CELIACA EN ASOCIACIÓN A HEMOSIDEROSIS PULMONAR IDEOPÁTICA

Neder, MD(1); Gallardo, A(1); Bottero, A(1); Ruiz, JA(1); Sasson, L(1)
(1)Hospital J.P. Garrahan, Argentina.

Introducción: La hemosiderosis pulmonar idiopática es una causa poco frecuente de hemorragia alveolar difusa de etiología desconocida. Se caracteriza por la presencia de acúmulos de hemosiderina en los alvéolos pulmonares. La triada clínica de hemoptisis, infiltrados pulmonares y anemia sin otra causa identificada es considerada diagnóstica si la biopsia pulmonar excluye vasculitis, granulomas o depósitos inmunes. Cuando esta entidad se asocia a enfermedad celiaca recibe el nombre de síndrome de Lane Hamilton, con pocos casos reportados en la literatura.

Objetivo: Presentar un caso clínico de dicha asociación y enfatizar la importancia del cumplimiento de la dieta libre de gluten para el control evolutivo de ambas entidades

Caso Clínico: Paciente masculino de 14 años de edad previamente sano, consulta por cuadro de tos y hemoptisis de tres semanas de evolución, asociado a astenia y disnea. Al ingreso se constata anemia severa (Hb 3.6gr/dl) que requiere transfusión de glóbulos rojos. Como estudios diagnósticos se realizaron TAC tórax con patrón en vidrio esmerilado difuso compatible con hemorragia alveolar, BAL con presencia de macrófagos con hemosiderina, biopsia pulmonar con histología con hemosideróforos intraalveolares e intracanaliculares. Anatomía patológica compatible con hemosiderosis, descartándose causa secundaria: infección, vasculitis, neoplasia. Se asume el diagnóstico de hemosiderosis primaria idiopática. Inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona. Por persistencia de anemia, antecedentes familiares de enfermedad celiaca y asociación sindrómica se solicitan antitransglutaminasa y anti gliadina deaminada con resultado positivo. En la endoscopia digestiva alta se observó bulbo con mosaico, 2º y 3º porción de duodeno con mosaico y peinado. Histología compatible con enteropatía grado II, MARSH 3 A. Se asume diagnóstico de Enfermedad celiaca, inicia dieta libre de gluten con buena respuesta clínica y de laboratorio.

Conclusión: en pacientes con diagnóstico de hemorragia alveolar difusa debe realizarse screening para enfermedad celiaca aun en ausencia de síntomas clínicos ya que la incorporación de dieta libre de gluten contribuye a la remisión de la sintomatología y mejoría del pronóstico en ambas entidades.

ESOFAGITIS NECROTIZANTE AGUDA Y VASCULITIS INTESTINAL ASOCIADA LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

Parra, E(1); Luzuriaga, G(1); Porfilio Gularte, G(1)

(1)Servicio de Gastroenterología. Hospital Escuela de Agudos "Dr. Ramón Madariaga". Argentina.

Introducción: La esofagitis necrotizante aguda (ENA) es una entidad infrecuente, caracterizada por necrosis esofágica (mucosa de aspecto negruzco), friable con afectación distal a proximal, circunferencial y terminación abrupta en la unión esofagogastrica. Es más frecuente en hombres que en mujeres, edad avanzada y con comorbilidad asociada. En el LES, la vasculitis intestinal es la complicación digestiva más grave por trombosis de medianos y pequeños vasos.

Objetivo: Presentar un caso de ENA como hallazgo endoscópico en una paciente joven con diagnóstico de vasculitis intestinal y enfermedad autoinmune.

Caso Clínico: Paciente femenina de 23 años de edad, cursa internación prolongada con diagnóstico de LES, Síndrome de Sjogren 2º, Anemia Microcítica, Desnutrición calórica proteica (BMI 13,60), Litiasis vesicular. Comienza 15 días previo a su ingreso con dolor abdominal difuso, diarrea no disenteriforme, epigastralgia, vómitos y pérdida de 8 Kg en un mes. Laboratorio: Hto 31%, Hb 9,8g/dl, Na 130mEq/L, K 2,7mEq/L, GB 16200mm, Plaquetas 349000mm, TP 40%, Albúmina 1,35g/L, actTGlG negativo, HIV, HVB y HVC negativo. Se solicita a nuestro servicio VEDA por sospecha de celiaquía. Informe: Esófago: en tercio medio e inferior hasta cambio mucoso se observó placas de aspecto necrótico que cubre toda la circunferencia. Estómago: sin lesiones mucosas. Duodeno: Bulbo sobre pared anterior úlcera tipo forrest IIC y en rodilla duodenal sobre cara antero-inferior lesión exofítica mamelonada, con bordes mal definidos, al tacto endoscópico duro. No se realizó biopsia esofágica por el riesgo de perforación. Histología: duodenitis. Quince días posterior a su ingreso evoluciona con exacerbación del dolor en hemiabdomen izquierdo, defensa abdominal, RHA disminuidos. Se realiza TAC de abdomen: evidencia distensión de intestino delgado, niveles hidroaéreos, y líquido libre en cavidad. Es evaluada por cirujano quien decide conducta quirúrgica. Se realiza laparotomía exploradora de urgencia que evidencia distensión de intestino delgado; yeyuno isquémico con necrosis y paredes desvitalizadas. Se realiza resección intestinal (desde 10cm del asa fija hasta 40cm antes de la valvula ileo cecal), duodenotomía. Intestino grueso distendido de características normales. Histología: Yeyunitis ulcerada con perforación y peritonitis. Vasculitis de vasos pequeños y mediano calibre y trombosis. Evoluciona en estado crítico por varias reintervenciones quirúrgicas posteriores (por dehiscencia de puntos de sutura de duodenostomía e ileostomía, resección de tejido necrótico, colecistectomía gangrenosa), múltiples intercurrentias infecciosas, complicaciones vasculares (trombocitopenia, leucopenia, linfopenia); requiriendo transfusión de hemoderivados.

VEDA control tercio medio e inferior de aspecto normal.

Conclusión: La etiopatogenia de la ENA es la hipoperfusión sanguínea. Secundaria a comorbilidades como: enfermedad cardiovascular, renal, hepática, vómitos severos tras la ingesta de alcohol, neoplasia, tromboembolismo, LES, SAF y otras coagulopatías. La HDA es la presentación clínica más frecuente. El diagnóstico es endoscópico. La biopsia se recomienda para excluir infección sobreagregada, aunque no es determinante.

PRESENTACION EXTRAINTestinal NEUROLOGICA DE ENFERMEDAD CELIACA: REPORTE DE UN CASO

Ricciuti, M(1); Molina, C(1); Massa, S(1); Báez, E(1); Sacco, A(2); Lerchundi, F(3); Currás, A(1)
(1)Gastroenterología, Hospital Juan A. Fernandez, Buenos Aires, Argentina (2)Anatomía Patológica, Hospital Juan A. Fernandez, Buenos Aires, Argentina (3)Neurología, Hospital Juan A. Fernandez, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCION: La enfermedad celíaca es una enfermedad sistémica autoinmune, caracterizada por una respuesta inmunológica anormal a la ingesta de gluten en individuos genéticamente susceptibles. La prevalencia es del 1% en la población general, y la de los síntomas neurológicos 10-22%. Con respecto a la patogenia se postula una reacción cruzada entre epitopes de las células de Purkinje y proteínas del gluten. En la polineuropatía que puede acompañar a la enfermedad se observa relación con la producción de anticuerpos (Ac) anti gangliósido, existiendo también evidencia de reacción cruzada contra la proteína sinapsina I. Existe un amplio espectro de presentación clínica, siendo la polineuropatía periférica y la ataxia las manifestaciones más frecuentes. Otras alteraciones como epilepsia, mioclonías, trastorno cognitivo-conductual fueron descriptas. El tratamiento con dieta libre de gluten presenta una respuesta muy variable e individual según cada presentación.

OBJETIVO: Presentar un caso de manifestación extraintestinal de enfermedad celíaca

CASO CLINICO: Paciente de 37 años de edad con antecedentes de hipertiroidismo que realiza tratamiento con I131 con posterior hipotiroidismo tratado con levotiroxina; TBC pulmonar con tratamiento completo y epilepsia diagnosticada hace tres años. Consulta por trastorno cognitivo conductual de tres meses de evolución. Examen físico: paratonía de miembros superiores, movimientos anormales y temblor distal de cuatro miembros. Personalidad con deshinchición y conductas agresivas. Laboratorio: anemia VCM 83 HCM 27, amonemia, cortisol plasmático y cobre normal, perfil tiroideo normal con ATPO en sangre aumentado. Inicia Deltisona vía oral ante la sospecha de tiroiditis de Hashimoto. Panel celíaco positivo. Frotis de sangre periférica sin acantocitos. Orina: se descarta porfiria. Punción lumbar: físico químico normal. Serologías del líquido negativas. Fondo de ojo normal, lámpara de hendidura sin anillos. RMN de encéfalo: atrofia cortical y cerebelosa. Videoendoscopia digestiva alta: disminución de pliegues y mosaico en segunda porción duodenal. Anatomía patológica: atrofia vellositaria subtotal (Marsh 3b), aumento de LIES (> 40/100), aumento de infiltrado inflamatorio en lamina propia. Al alta, tratamiento con dieta libre de gluten, levotiroacetam 1 gr/12 hs. El paciente presenta una evolución rápidamente progresiva de su encefalopatía, aumento en la frecuencia de las crisis comiciales, temblor grueso, alteración en la marcha, mioclonías y finalmente postración.

CONCLUSIONES: La enfermedad celíaca se puede presentar tanto con síntomas intestinales como extraintestinales. La ataxia y la polineuropatía suelen ser las manifestaciones neurológicas más frecuentes. Se debería evaluar la posibilidad de enfermedad celíaca subyacente en cuadros neurológicos de origen incierto.

CC/PD-04

DESNUTRICIÓN SEVERA Y ENFERMEDAD CELÍACA EN POST-OPERATORIO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Marini, JM(1); Coghlan, E(1); Zenón, ME(1); Laferrere, L(1); Nadales, A(1); San Roman, A(2) (1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Austral, Pilar, Bs. As., Argentina (2) Servicio de Patología, Hospital Universitario Austral, Pilar, Bs. As., Argentina

Introducción: Estudios recientes reportan que un 30% de los pacientes con enfermedad celíaca (EC) tienen sobrepeso y hasta un 13% tienen un Índice de Masa Corporal (IMC) ≥ 30 . La enfermedad celíaca en pacientes que realicen una cirugía bariátrica es una causa rara de desnutrición severa pero potencialmente mortal. Reportamos el caso de una paciente que desarrolla EC con desnutrición severa doce meses posteriores a una cirugía de by-pass gástrico.

Este caso realza la importancia de realizar un diagnóstico preoperatorio y evitar severas complicaciones postoperatorias.

Objetivo: Evaluar la necesidad de realizar pesquisa de enfermedad celíaca en el pre-operatorio de cirugía bariátrica.

Materiales y métodos: En junio de 2011, una paciente de treinta y seis años con obesidad clase III (IMC: 48,4 kg/m²) y endoscopia gastroduodenal prequirúrgica normal se realizó una cirugía de by-pass-gástrico. Cuatro meses posteriores a la misma, refiere pérdida significativa de cabello a pesar de tratamiento continuo con multi-vitamínicos, hierro suplementario y una adecuada alimentación. Un año más tarde desarrolla dolor post-prandial severo, náuseas, vómitos, diarrea con 5 a 10 deposiciones líquidas diarias, diarrea nocturna y astenia. Presentaba una pérdida de peso de 70 kg en 14 meses alcanzando un IMC de 21 kg/m². La paciente se interna en nuestro hospital hemodinámicamente estable y afebril.

Estudios complementarios: WBC 6,06 x10⁹/L, Hemoglobina 6,51 mmol/L, Plaquetas 191 x10⁹/L, Glucosa 4,11 mmol/L, Urea 8,92 mmol/L, Colesterol total 2,09 mmol/L, Creatinina 48,62 μ mol/L, TGO 58 U/L, TGP 111 U/L, Albumina 1,7 gr/dL, Na 139 mmol/L, K 4,2 mmol/L, Prothrombina 64%, TSH 3,48 mIU/ml y déficit de colecálciferol y vitamina B12. Parasitológico seriado, leucocitos en materia fecal y coprocultivo negativos con Esteatorcrito de 6,6% ($\leq 4\%$).

La paciente recibió tratamiento empírico con antibióticos para un eventual sobrecrecimiento bacteriano, probióticos, subsalicilato de bismuto y loperamida sin respuesta adecuada. La ecografía doppler de vasos abdominales fue normal y la angiografía mostraba cambios acordes al antecedente quirúrgico con mínima ascitis y edema mucoso.

Se realizó Videoscopia gastroduodenal con hallazgos anatómicos acordes al antecedente quirúrgico sin lesiones macroscópicas evidentes. Las biopsias de la mucosa del asa alimentaria mostraban un aumento de linfocitos intraepiteliales, atrofia mucosa con moderada atrofia vellositaria e hiperplasia críptica.

Cinco días posteriores al ingreso hospitalario se reciben resultados serológicos: IgA total: 340 mg/dL, anti transglutaminasa IgA: 117,2 U/ml (<30) y antiendomisio IgA: positivo.

Evolución y tratamiento: Por intolerancia digestiva, la paciente, inicia nutrición enteral libre de gluten por sonda naso-entérica. Luego de tres días y una buena evolución se progresa a dieta oral. La sintomatología remite completamente y la paciente es externada al séptimo día.

En control ambulatorio a los 3 meses se constata un aumento de 4,6 kg y ausencia de sintomatología.

Conclusión: La obesidad es una pandemia y la EC es una enfermedad que puede presentarse en pacientes obesos. La realización de serología de EC a los pacientes que se enrolan en un programa de cirugía bariátrica puede ser beneficioso ya que el diagnóstico preoperatorio podría ayudar a tomar una decisión en función del tratamiento y la técnica quirúrgica a realizar.

CC/PD-06

DUODENOPATÍA SEVERA DE ETIOLOGÍA INFRECUENTE

Loza, MÁ(1); Quadri, NA(1); Martín, E(2); Roca, N(2)

(1)Sección Gastroenterología, Hospital Tornú, Buenos Aires, Argentina (2)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Tornú, Buenos Aires, Argentina

Paciente varón de 30 años nacido en Perú reside actualmente en Argentina, estudios secundarios completos, vive solo, trabaja en confección textil, niega consumo de drogas ilegales, alcohol y conductas sexuales de riesgo. A los 12 años padeció fiebre amarilla.

Manifiesta dolor abdominal de tres meses de evolución con aumento de intensidad, localizado en epigastrio con de pérdida ponderal de 10 kg y vómitos post prandiales inmediatos en los últimos 30 días con desmejoramiento general. Tres años antes ante un cuadro similar se le diagnosticó "gastropatía" con presencia de *Helicobacter pylori*. Mejoró con tratamiento de erradicación.

Al ingreso se encuentra vigil, hipotenso, pálido, con abdomen blando doloroso en forma espontánea y con la presión en epigastrio, RHA normales. El laboratorio mostró Hb 10,9 g/dL, Hto 34,3% VCM 69,4 μ 3 urea en sangre 20 mg/dL, glucemia 94 mg/dL, proteínas totales 4,71 g/dL, albúmina 2,24 g/dL, sodio y potasio séricos de 128 mEq/L y 4,2 mEq/L respectivamente, eritrosedimentación 10 mm. La serología para VIH fue negativa. En la radiografía simple de abdomen se observó dilatación gástrica y de asas intestinales en el cuadrante superior.

Los anticuerpos antitransglutaminasa Ig A y G y los anticuerpos anti-Saccharomyces Cerevisiae (ASCA) fueron negativos. La radiografía de tórax normal. En la videoendoscopia digestiva alta se observó la presencia de gran cantidad de restos alimentarios en estómago y duodeno. La tomografía computada de abdomen mostró marcada dilatación gástrica y del marco duodenal. Una nueva videoendoscopia permitió observar mucosa duodenal marcadamente congestiva y friable de aspecto granular con distorsión de pliegues. La histología mostró numerosos elementos parasitarios compatibles con strongiloides estercolaris en mucosa duodenal.

Se inicia tratamiento con Ivermectina. El paciente mejora la tolerancia oral a los alimentos en forma progresiva y comienza la recuperación del peso corporal con mejoría del estado general. Es externado a la tercera semana de su ingreso.

Conclusión: La infestación por strongiloides estercolaris es una parasitosis de carácter endémico en áreas tropicales y subtropicales. Presenta un comportamiento de larva migrante y repite su ciclo en forma reiterada generando autoinfección o hiperinfección comprometiendo en cada episodio múltiples tejidos como piel y distintas vísceras en forma repetitiva. Este proceso de autoinfección puede producirse aún años después del ingreso del parásito al organismo. Las formas diseminadas se presentan en pacientes con inmunodepresión. Argentina no es área endémica, pero debería considerarse esta parasitosis en pacientes provenientes esas áreas dada su característica de cronicidad y resistencia al tratamiento.

CC/PD-05

MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES DE LA ESCLERODERMIA SISTÉMICA

Agüero, F(1); Tevez, A(1); Paz, S(2); Fiorentino, R(3); Iantorno, G(4); Mazure, R(5) (1)Residente de Gastroenterología, Hospital Udaondo, CABA, Argentina (2)Jefe de Residentes, Hospital Udaondo, CABA, Argentina (3)Medica de Planta, Unidad Hombres, Hospital Udaondo, CABA, Argentina (4)Jefe de Servicio de Motilidad, Hospital Udaondo, CABA, Argentina (5)Jefe de Servicio de Intestino Delgado, Hospital Udaondo, CABA, Argentina

Introducción: La escleroderma sistémica es una enfermedad de pequeñas arterias y del tejido conectivo de origen desconocido, predominante en el sexo femenino en proporción 5:1. Se caracteriza por depósito de colágeno en diferentes órganos, llevando a engrosamiento y fibrosis de la piel, compromiso de la sinovial y fibrosis visceral. El tracto gastrointestinal suele estar comprometido en más del 90% de los casos siendo el compromiso esofágico y ano-rectal los más frecuentes.

Objetivos: Presentar un caso de pseudo-obstrucción intestinal crónica (SOIC) secundario a escleroderma sistémica.

Caso clínico: Paciente sexo masculino de 53 años sin antecedentes patológicos de importancia, consulta por presentar síntomas de reflujo gastroesofágico, deposiciones líquidas, sin sangre, dolor cólico abdominal generalizado, aumento del perímetro abdominal y pérdida de peso (37% del PCT) de un año de evolución. Examen físico: microstomatia, nariz afilada, lesiones maculares eritematosas no pruriginosas faciales, pitting, fenómeno de Reynaud, esclerodactilia, signos de insuficiencia cardíaca, episodios reiterados de dolor y distensión abdominal que cedieron con la suspensión de la ingesta. Rx de abdomen: distensión de asas intestinales y niveles hidroaéreos.

TAC: derrame pericárdico leve, derrame pleural bilateral, escasa cantidad de líquido libre a nivel subhepático, periesplénico, interasas y en pelvis.

Laboratorio: VSG 40, ANA (+) 1/20480 con patrón nuclear y SCL70 negativo.

Videocolonoscopia: hasta ciego. Divertículos en todo el colon, maculas vasculares en transversos y sigma. Anatomía Patológica: sin alteraciones histológicas significativas.

VEDA: esofagitis tipo B. Gastropatía superficial.

Manometría Ano-Rectal: hipotonía del esfínter anal interno. Disinergia del piso pélvico. Alteración en la sensorialidad (hiposensorialidad).

SEG: esófago aperistáltico. Pasaje hiatal ensanchado con signos de reflujo gastroesofágico. Estrómagos de paredes distensibles y patrón mucoso conservado. Buen pasaje de contraste al duodeno.

Tránsito de Intestino Delgado: marcada dilatación de asas duodenales-yeyunales. Floculación del contraste a la segunda hora del comienzo de la ingesta. No se logra contrastar el colon a las 8 horas del comienzo de la ingesta.

Se interpreta como escleroderma sistémica con compromiso del tracto gastrointestinal y poliserositis.

Conclusión: El compromiso del TGI en la escleroderma sistémica comprende trastornos en la motilidad. Las manifestaciones más frecuentes son a nivel esofágico (hipotonía del EEI y ondas de muy baja amplitud) y rectal (hipotonía esfinteriana). También puede ocasionar trastornos difusos de la motilidad intestinal, como SOIC de severidad variable, pudiendo llegar a requerir alimentación parenteral definitiva. El tratamiento de este paciente se basó en supresión de la alimentación oral, inhibidores de bomba de protones, prokinéticos, octreotida y eritromicina EV.

CC/PD-07

SARCOMA DE KAPOSI INTESINAL EN TRASPLANTADO HEPÁTICO CON COLITIS ULCEROSA

Zerega, A(1); Ramirez Cabrera, C(1); Traverso, R(1); Valenzuela, C(1); Carmignani, P(1); Gil, O(1)

(1)Sanatorio Allende. Argentina.

Paciente de sexo masculino de 41 con diagnóstico de colitis ulcerosa desde 2005, que en 2008 es sometido a trasplante hepático por colangitis esclerosante primaria, en tratamiento inmunosupresor con tacrolimus, micofenolato, meprednisona, y mesalazina 2 gr/día.

Evoluciona estable hasta marzo de 2012 que comienza con diarrea sanguinolenta. Se aumenta dosis de esteroides con dosis decrecientes y mesalazina con buena respuesta inicial. Se realiza colonoscopia que informa colitis ulcerosa en actividad.

En mayo reaparece diarrea sin sangre con anemia severa, se aumentan nuevamente esteroides. Estable hasta agosto que presenta diarrea sanguinolenta con dolor abdominal intenso. Es internado con anemia severa, hipoalbuminemia, aumento de PCR y aumento de glóbulos blancos. Se realiza esquema de Truelove con escasa respuesta e inicia alimentación parenteral.

Persiste dolor abdominal severo tipo cólico con enterorragia, acompañado de aumento paulatino de bilirrubina, FAL y GGT. Se realiza CRM que muestra dilatación leve de la vía biliar intrahepática.

TAC de abdomen: engrosamiento de paredes de intestino delgado, aspecto de triple pared a nivel del recto y región sigmoidea con capa media de densidad similar a tejido graso.

Presenta vómito porráceo por lo que se realiza VEDA que muestra candidiasis esofágica e inicia Caspofungina

Por mayor intensidad de dolor y enterorragia profusa se realiza nueva TAC que muestra importante engrosamiento de paredes del intestino delgado con acentuada toma de contrast en un asa ileal en la entrada de la cavidad pélvica y presencia de líquido libre, probable perforación.

Se realiza laparotomía exploradora objetivándose 2 perforaciones en ileon distal, se practica resección ileal de 50 cm e ileostomía en caño de escopeta.

Biopsia de pieza quirúrgica compatible con Sarcoma de Kaposi

Persiste en ascenso Bilirrubina, FAL y GGT, nueva CRM que muestra dilatación de vía biliar intrahepática por lo que se le coloca drenaje biliar y se biopsia que muestra recurrencia de la colangitis esclerosante primaria

Se rota esquema supresor a Sirolimus.

Evolución favorable, tolera alimentación.

Continúa en seguimiento ambulatorio, asintomático hasta marzo de 2013 que comienza con síndrome ascítico edematoso, bilirrubina mayor a 30, FAL >2000 y GGT >1500, marcado deterioro nutricional.

Fallece el 01-05

LINFOMA PRIMARIO DE COLON SIGMOIDES: A PROPOSITO DE UN CASO

Luzuriaga, MG; Porfilio Gularte, MG; Parra Wirth, EV; Vinuesa, F

Paciente de 33 años sin antecedentes patológicos quien consulta por dolor abdominal centroumbilical e hipogástrico, gravativo, alternancia en el hábito evacuatorio, pérdida de peso de 9 kg en 6 meses e hiporexia. Al examen abdominal se evidenció masa palpable, de consistencia duro pétreo no dolorosa en hipogastrio por lo que se solicitó tomografía computada de abdomen de abdomen y pelvis que informo como dato positivo "conglomerados ganglionares voluminosos retroperitoneales, el mayor de 8x5 cm y engrosamiento de pared de asa de región sigmoidea con infiltrado de la grasa vecina" Se realizó video colonoscopia en la cual se evidencio en colon sigmoideas, a 20 cm del margen anal, formación exofítica, multimamelonada, circunferencial, estenosante, friable, con sangrado al roce y dura al tacto endoscópico de 15 cm de longitud que se franquea con dificultad. Se toman múltiples biopsias que fueron negativas por lo que se repitió el estudio con toma de biopsia evidenciándose solamente en algunos cortes "población monótona de células de aspecto linfoide, de mediano tamaño, con núcleos redondos, cromatina fina heterogénea y escaso citoplasma sin observarse repetidamente proliferación atípica ni elementos infecciosos específicos". En laboratorios se observaba anemia normocítica normocromica, glóbulos blancos normales, VSG acelerada, B2 microglobulina, LDH, hepatograma, urea, glucemia y creatinina normales, CEA y CA 19.9 normales. Ante los hallazgos se decidió realizar punción biopsia guiada por TAC de masa ganglionar que informo: proceso linfoproliferativo compatible con linfoma no Hodgkins con inmunohistoquímica compatible. No se evidencio compromiso de bazo, medula ósea u otras regiones ganglionares en los estudios de estadificación. La paciente inicio tratamiento con quimioterapia (CHOP), con disminución de tamaño de las masas ganglionares. Pendiente evaluación de la lesión colonica al finalizar esquema de quimioterapia y evaluación de necesidad de resección quirúrgica.

OBJETIVO: presentación de caso clínico de linfoma primario de colon sigmoideas en paciente joven inmunocompetente.

DISCUSION: Los linfomas primarios de tubo digestivo representan una entidad clínico patológica diferente a los linfomas ganglionares, son los más frecuentes entre los linfomas extra ganglionares primarios pero aun así constituyen entre el 1% al 4%, de todos los tumores malignos del tubo digestivo. Este tipo de linfoma gastrointestinal suele afectar a individuos adultos en ocasiones descripta la distribución bimodal, no existe predilección por ningún sexo y se puede originar en cualquier lugar del tracto gastrointestinal siendo sin embargo el colon sitio de asiento solo 10% al 15%.

CONCLUSION: El diagnóstico de linfoma primario de colon debe ser considerado ante hallazgos endoscópicos o de imágenes sugestivos de malignidad, sobre todo cuando el interrogatorio de valoración de los pacientes no los coloque en grupos de riesgo clásicos para cáncer colorectal.

MIXOLIPOMA DE HIPOFARINGE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Pérez Martínez, SY(1); Iriarte, M(1); Sánchez Alvarenga, O(1); López Gastón, RA(1); Casco, E(2); Rodríguez Villafañe, A(3)

(1)Hospital Militar Central, Servicio de Gastroenterología (2)Hospital Militar Central, Servicio de Radiología (3)Hospital Militar Central, Servicio de Anatomía Patológica. Argentina.

INTRODUCCION: Los mixolipomas de la hipofaringe son neoplasias mesenquimales benignas infrecuentes, potencialmente fatales debido al riesgo de obstrucción de vía aérea superior. Son tumores bien delimitados, finamente encapsulados, compuestos de adipocitos maduros con abundante estroma mixoide y focos de células fusiformes. Las características clínicas, morfológicas e histopatológicas y las técnicas de inmunohistoquímica y moleculares en conjunto confirman el diagnóstico de mixolipoma. A pesar de que rara vez se ve en los tejidos del tracto digestivo superior, deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial de las masas hipofaríngeas que pueden causar disfagia.

OBJETIVO: Presentar un caso de una patología poco prevalente, Mixolipoma hipofaríngeo

MÉTODOS: Se presenta paciente femenina de 34 años de edad, que concurre a nuestro servicio por sensación de globus, limitación para la ingesta de alimentos por sensación de muerte inminente, deglución con sonido de alta intensidad, afonía (Posición lateral), sensación de muerte inminente durante el sueño (Decúbito supino), hipersomnia. Síntomas de tres meses de evolución. Exámenes solicitados:

RMN de cuello: en hipofaringe posterior nódulo sólido de 2 cm, sin realce al contraste, se ubica en el medio de ambos senos piriformes, inmediatamente en la profundidad del pliegue faringoesofágico.

VEDA en hipofaringe se observa lesión pediculada +/- 3 cm, lisa, encapsulada, amarillenta, que hace efecto de bascula y obstruye completamente vía aérea. Se realizó resección simple por vía perioral, completa de la lesión. La cirugía resultó curativa.

Histología: macroscopia nódulo elástico, encapsulado. Microscopia tejido revestido por epitelio pavimentoso normotípico y a nivel subepitelial, tejido fibroso con islotes de tejido maduro y una matriz mucoide-mixoide hipoelular, con escasos vasos sanguíneos. Inmunohistoquímica CD 34 y S 100 positivos, confirmando el diagnóstico de Mixolipoma hipofaríngeo.

CONCLUSION: El mixolipoma hipofaríngeo es una entidad infrecuente, poco descripta en la literatura médica, con un único caso reportado. Puede presentarse de forma asintomática o con sensación vaga de cuerpo extraño en la garganta, provocando dolor, disfagia y disfonía. Métodos diagnósticos incluyen laringoscopia indirecta o fibra óptica, radiografía del cuello lateral, esofagograma, tomografía computarizada o resonancia magnética nuclear, hallazgos frecuentes de autopsia.

COLANGIOPATÍA ASOCIADA A ENTEROCYTOZON BIENEUSI EN PACIENTES VIH-SIDA

Carnevale, S(1); Velásquez, JN(2); Marta, E(3); Chertcoff, AV(1); Ibáñez, C(1); Chaar, E(3); Pantano, ML(1); Etchart, C(3); di Risio, CA(3)

(1)INEL-ANLIS "Dr. C. G. Malbrán" (2)Hospital de Infecciosas "Dr. Francisco J. Muñiz" (3)Hospital General de Agudos "Dr. José M. Penna". Argentina.

Introducción: El protozooario *Enterocytozoon bienuesi*, actualmente hongo, es un patógeno oportunista que ha sido identificado en pacientes infectados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), siendo causa de diarrea, pancreatitis y colangiopatía.

Objetivos: El propósito de esta presentación es la descripción de cuatro casos VIH positivos en los que se identificó la especie *E. bienuesi* como causa de colangitis esclerosante y estenosis papilar.

Materiales y métodos: El estudio incluyó a cuatro pacientes VIH positivos con diagnóstico de colangiopatía asociada al SIDA. En todos los casos se les realizó historia clínica, estudios de rutina, ecografía abdominal, recuento de células CD4, videoendoscopia digestiva alta con toma de biopsias de las últimas porciones del duodeno que se procesaron con las técnicas histológicas de rutina y colangiopancreatografía retrógrada o colangioresonancia de hígado y vías biliares. La identificación de la especie *E. bienuesi* se llevó a cabo mediante un proceso de extracción de ADN a partir de biopsias congeladas a -20°C que se procesaron con la técnica de PCR reemplazando los primers *Eb.gc/Eb.gt* específicos para esta especie. Las muestras de heces se procesaron con técnicas de concentración y coloraciones tricrómicas modificadas para la identificación de esporos.

Resultados: Los cuatro pacientes eran adultos con edades comprendidas entre 21 y 49 años, de ambos sexos. Los cuatro casos presentaban diarrea crónica, dolor en hipocondrio derecho, vómitos y fosfatasa alcalina elevada x 3. Sólo uno de los casos recibía tratamiento antirretroviral. El recuento de CD4 era inferior a 100 células/mm³ en todos los casos. La ecografía demostró dilatación de colédoco (4/4 casos) y paredes de colédoco engrosadas (2/4 casos). La colangiopancreatografía retrógrada o colangioresonancia de hígado y vías biliares demostraron anomalías compatibles con colangitis esclerosante (4/4 casos) y en dos casos se asoció con estenosis papilar. En las muestras de heces se identificaron esporos (1/4 casos). En las biopsias de duodeno se identificaron estructuras compatibles con microsporidiosis (4/4 casos) y *Cryptosporidium* sp. (1/4 casos). La técnica de biología molecular identificó la especie *E. bienuesi* en las biopsias (4/4 casos).

Conclusiones: La especie *E. bienuesi* es causa de colangitis esclerosante y estenosis papilar en los pacientes con SIDA con recuento de células CD4 menor de 100 células/mm³ aun en la era del tratamiento antirretroviral.

HIPERPLASIA DE GLÁNDULAS DE BRUNNER. A PROPÓSITO DE UN NUEVO CASO EN LA ARGENTINA.

Astutti, B(1); Manresa, M(1); Urigoitea, R(1); Galletto, P(1); Hurtado, E(1); Miconi, D(1); Diez, G(1); Curciarelo, J(1); Calzona, C(1)

(1)HIGA Rossi. Argentina.

INTRODUCCIÓN: El hamartoma o hiperplasia de glándulas de Brunner (HGB), es un tumor benigno infrecuente que asienta principalmente en el bulbo duodenal. Su patogenia se desconoce, postulándose la hiperclonhidria y la infección por *Helicobacter pylori* (Hp) como principales factores causales. Su hallazgo suele ser incidental durante un estudio endoscópico o de imágenes. Menos frecuentemente se presenta como hemorragia digestiva alta (37%) o mediante síntomas obstructivos (37%), describiéndose aún en menores proporciones pancreatitis recurrente, ictericia obstructiva y fístula biliar. Dada la escasa evidencia, su potencial maligno no puede ser excluido. No se ha descrito un patrón endoscópico característico. El diagnóstico de sospecha se realiza mediante la videoendoscopia digestiva alta (VEDA), seriada esofagogastroduodenal y ecoendoscopia confirmándose mediante estudio histológico. Las biopsias endoscópicas pueden ser negativas debido a la localización submucosa de la lesión. El tratamiento quirúrgico o endoscópico debe plantearse en función del tamaño, localización y forma de la lesión.

OBJETIVO: Reportar un caso de una patología infrecuente que se presentó de manera inusual. **CASO:** Varón de 47 años alcohólico y fumador que presentó vómitos alimenticios, dolor abdominal y pérdida de peso >10% de 2 meses de evolución. Al examen físico, se evidenció deshidratación leve y adelgazamiento. Pruebas de laboratorio: hipopotasemia e hiponatremia, radiografía de abdomen (dilatación gástrica con nivel hidroaéreo). Hallazgos endoscópicos: a nivel de bulbo distal y rodilla duodenal se observó lesión circunferencial, elevada, polilobulada, cubierta por mucosa congestiva, friable, que dificultó el paso del endoscopio. Se tomaron biopsias, cuyo resultado fue duodenitis crónica inespecífica, gastritis antral crónica, Hp +. Se completaron estudios con TC de tórax, abdomen y pelvis con contraste endovenoso que mostró engrosamiento parietal de la primera y segunda porción del duodeno sin claro plano de clivaje con la cabeza del páncreas y la pared de la vesícula, sin presencia de adenomegalias. Se repitió VEDA observándose imagen endoscópica similar a la anterior, se practicaron nuevas biopsias, cuyo resultado fue: HGB junto con duodenitis crónica inespecífica. Se derivó al servicio de Cirugía donde se le realizó gastroenteroanastomosis en omega de Brown para resolución del síndrome pilórico. El paciente continúa realizando controles periódicos en el servicio de gastroenterología constatándose evolución favorable. **CONCLUSIÓN:** El diagnóstico de la HGB es infrecuente. La HGB excepcionalmente se maligniza. Presentamos un varón de 47 años cuyo diagnóstico fue un hallazgo biopsico de la segunda VEDA. En la Argentina sólo hemos encontrado 2 casos comunicados previos al nuestro y una serie de 4 estudios anatomopatológicos.

CC/PD-12

ASPERGILOSIS PULMONAR SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS (ANTI TNF) EN PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Carraro, C(1); Palmieri, P(1); Tevez, A(1); Marino, M(1); Vasen, W(2); Tirado, P(3); Belli-coso, M(3); Sambueli, A(4); Mauriño, E(5)

(1) Residente de Gastroenterología, Hospital Dr. Carlos Bonorino Udaondo, CABA, Argentina (2)Jefe de servicio de Infectología de Hospital Dr. Carlos Bonorino Udaondo, CABA, Argentina (3)Medico de Planta de Servicio de EII de Hospital Dr. Carlos Bonorino Udaondo, CABA, Argentina (4)Jefa de Servicio de EII, Hospital Dr. Carlos Bonorino Udaondo, CABA, Argentina (5)Jefe de Servicio de Clínica Gastroenterológica, Hospital Dr. Carlos Bonorino Udaondo, CABA, Argentina

INTRODUCCION: Los anti TNF son efectivos para la inducción y mantenimiento de la remisión de enfermedades inflamatorias cortico-dependientes o refractarias. Las infecciones oportunistas se manifiestan dentro de los efectos adversos en un muy bajo porcentaje de los casos y son causados por diferentes agentes como micobacterias y hongos. Su diagnóstico y tratamiento precoz mejora la sobrevida de estos pacientes.

OBJETIVO: Presentar un caso de aspergilosis pulmonar secundario a tratamiento con Anti TNF.

CASO CLINICO: Paciente femenino de 54 años, con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal, consultó por reagudización de enfermedad de base. Con antecedentes de carcinoma papilar de tiroides tratada, hace 5 años.

Laboratorio: HTO: 27%; HB 8.3; K 2.4; VSG 35; PCR 78; ALB 1.6; Serologías negativas; PPD negativa; Toxina para Clostridium difficile negativa; ANCA C Y ANCA P, ASCA, ATG Y DGP negativas; Perfil tiroideo normal.

Radiografía de Tórax: normal.

VCC: hasta 30cm del margen anal. Se observó mucosa congestiva granular con úlceras superficiales y profundas. No se progresa por severidad.

Anatomía Patológica: compatible con colitis ulcerosa, actividad severa.

Inicia corticoides EV, sin respuesta clínica y se decidió comenzar con infusión de infliximab.

Evolucionó con respuesta favorable. Al día 10 post anti TNF comenzó con registros febriles persistentes sin foco evidente, cultivos negativos, se inició tratamiento antibiótico empírico con imipenem-vancomicina. El día 14 se diagnosticó por semiología respiratoria y radiografía de tórax una neumonía.

TAC de Tórax: mostró además de una neumonía lobar derecha, múltiples imágenes micronodulares y ganglionares bilaterales

Conducta: se realizó una punción bajo guía ecográfica de nódulo mediastinal, la anatomía patológica mostró hifas compatibles con Aspergillus spp. Inició tratamiento con Caspofungin e itraconazol con buena evolución y control a los 6 meses con resolución del cuadro.

A los 21 días de la infusión presentó recaída de su enfermedad inflamatoria con dilatación de colon izquierdo, por lo que se decidió su tratamiento quirúrgico.

Conclusión: las infecciones oportunistas se dan en menos del 1% de los pacientes en tratamiento con anti TNF, las producidas por hongos tienen que ser consideradas como una posible causa de infecciones diseminadas secundarias al uso de estos potentes inmunosupresores. La asistencia de un equipo multidisciplinario es fundamental para llegar a un diagnóstico y tratamiento adecuado.

CC/PD-14

HEMOBILIA

Barbieri, C(1); Di Palma, G(1); Jordan, C(1); Butierrez, F(1); Waldbaum, C(1); Sorda, J(1); Fontana, D(1)

(1)Hospital de Clínicas José de San Martín. Argentina.

Paciente hombre de 67 años con antecedentes personales de diabetes tipo II, polineuropatía diabética, enfermedad por reflujo gastroesofágico e hiperplasia benigna de próstata; que presenta cuadro de colecistitis aguda, por lo que se le realizó colecistectomía parcial (por presencia de múltiples adherencias) con colocación de tubo en T).

En el 4º día del postoperatorio presenta dolor en hipocondrio derecho, debito sanguinolento a través del drenaje y episodio de hematemesis con requerimientos transfusionales e internación en unidad de cuidados intensivos, con videoendoscopia digestiva alta y videocolonoscopia sin hallazgos patológicos.

Evoluciona con 2 episodios de similares características dentro de los 2 meses posteriores, donde se repiten estudios endoscópicos que no evidenciaron sangrado activo.

Presenta caída del hematocrito hasta 22% con requerimientos transfusionales de 13 unidades de glóbulos rojos. Se realizaron diversos estudios complementarios, entre ellos, ecografía abdominal, tomografía computada de abdomen, tres VEDA, dos VCC y un estudio de videocápsula endoscópica que no evidenciaron hallazgos patológicos.

Por persistir con hematemesis es derivado a nuestro servicio. Al examen físico, se presenta hemodinámicamente estable, normotenso, sin ictericia en piel y mucosas. Abdomen blando, dolor palpación profunda de hipocondrio derecho, sin reacción peritoneal. Se realizó VEDA con visión lateral (duodenoscopia) donde se constata segunda porción duodenal con papila de aspecto normal de la que se observa salida de sangre fresca.

Se realizó ecografía doppler abdominal y angio-tomografía abdominal con evidencia de dilatación sacular de 8 mm a nivel de arteria hepática derecha; impresión diagnóstica: aneurisma de arteria hepática. Se realizó angiografía de abdomen donde se confirmó el diagnóstico. Se realizó embolización con 4 coils con cierre de dicho aneurisma.

El paciente evolucionó estable, sin repetir episodio de hemorragia digestiva por lo que fue dado de alta.

CC/PD-13

DOLOR ABDOMINAL DE CAUSA INFRECUENTE: APENDAGITIS EPILOICA

De Santris, JP(1); Raichholz, G(1); Codoni, ML(1); Fernandez, L(1); Jiménez, F(1)

(1)Servicio de Gastroenterología. Hospital J. M. Cullen. Santa Fe. Argentina.

Varón de 42 años, obeso, sin antecedentes patológicos conocidos, ingresa por cuadro de 48 hs de evolución, con dolor abdominal de inicio súbito, intenso, a predominio de fosa ilíaca izquierda acompañándose de distensión abdominal y náuseas, con buen estado general. Al examen físico TA120/80mmHg, FC 90, afebril, abdomen doloroso, exacerbándose a la palpación profunda en cuadrante inferior izquierdo con defensa, sin despegue, ruidos hidroaéreos conservados. Laboratorio GB: 12.100, Hb: 14.9, HTO: 44.5, Urea: 0.43, Creatinina: 1.15, Glucosa: 1.10, GOT: 53, GPT: 473, FAL: 339, Amilasa: 38. La radiografía y ecografía abdominal no objetivaron hallazgos patológicos. TAC se observa incremento de densidad de grasa mesentérica en fosa ilíaca izquierda, adyacente a colon sigmoides, compatible con infarto de apéndice epiloico.

Se instaura tratamiento conservador con antiinflamatorios por vía oral durante 7 días con remisión progresiva y completa de los síntomas.

ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRAFICA: La apendagitis es una entidad clínica poco frecuente, autolimitada, en la que se produce un proceso inflamatorio de origen vascular que afecta a los apéndices epiloicos del colon, desencadenado por la torsión del pedículo vascular o por trombosis espontánea del drenaje venoso. Otras causas menos frecuentes son la obstrucción intestinal y la introducción de dichos apéndices en el interior del saco de una hernia femoral, umbilical o inguinal los mismos pueden estrangularse. Se presenta a cualquier edad con predilección por adultos jóvenes y sexo masculino. Los factores de riesgo incluyen obesidad, actividad física intensa o comida copiosa. La localización más frecuente es en colon sigmoides, seguido del colon descendente y del hemicolon derecho.

La clínica es inespecífica. El síntoma principal consiste en dolor abdominal súbito, intenso y localizado generalmente en hemiabdomen inferior izquierdo. No suele alterar el estado general ni el tránsito intestinal. La analítica suele ser normal.

Tanto la ecografía como la TAC suelen ser suficiente para el diagnóstico. La TAC abdominal se considera la prueba de elección, ofreciendo hallazgos patognomónicos. Estos incluyen la visualización de una masa ovoide de densidad grasa con un halo periférico hiperdenso.

El diagnóstico diferencial debe plantearse con diverticulitis aguda, apendicitis aguda, infarto omental y pancreatitis mesentérica.

El tratamiento es conservador, con dieta y antiinflamatorios orales. No es necesario el uso de antibioterapia ni cirugía. La clínica remite en 15 días aproximadamente, aunque la imagen radiológica puede persistir hasta 6 meses.

CONCLUSIÓN: La AE constituye una causa infrecuente de dolor abdominal agudo y su prevalencia es desconocida (2-8% de los pacientes con sospecha clínica de diverticulitis aguda). El reconocimiento de esta entidad es importante, jugando un rol fundamental en la prevención de la cirugía innecesaria.

CC/PD-15

ENFERMEDAD GASTROINTESTINAL POR CITOMEGALOVIRUS (CMV) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA (EII)

Wede, G(1); Sanchez, C(1); Gallardo, A(1); Rocca, A(1); Bosaleh, A(1); Ruiz, JA(1)

(1)Servicio de Gastroenterología Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan. Argentina.

Introducción: Los pacientes con EII tienen mayor riesgo de infección por Citomegalovirus (CMV), especialmente aquellos con enfermedad refractaria. Es controvertido el rol que juega el virus en el curso evolutivo de la enfermedad y la necesidad de su tratamiento. **Objetivo:** Comunicar la evolución de 3 pacientes con EII y sobreinfección por CMV. **Materiales y métodos:**Caso 1: Paciente de 10 años, sexo femenino, con Hepatitis Autoinmune y Colitis Ulcerosa (CU) de un año de evolución en tratamiento con prednisona 8 mg/día. Consulta por diarrea con sangre, dolor abdominal y descenso de peso. Se realiza VEDA normal y VCC hasta ángulo hepático con compromiso continuo, pérdida de patrón vascular, friabilidad y úlceras múltiples cubiertas por fibrina. Anatomía Patológica (AP): CU con severa actividad. Se asume como recaída de la enfermedad y se indica corticoides (CTC) endovenosos (EV) durante 15 días. Por falta de respuesta se realiza nueva VCC: pancolitis con eritema y friabilidad, úlceras en sacabocado. AP: CU, hallazgos compatibles con infección por CMV por histología e inmunohistoquímica (IHQ). Recibe Ganciclovir EV durante 14 días, con buena respuesta clínica y endoscópica. Caso 2: Paciente de 15 años, sexo masculino, Enfermedad de Crohn (EC) a los 13 años, cortico dependiente, tratado con 6 mercaptopurina (6MP) e Infliximab (IFX). Consulta por diarrea mucosanguinolenta, descenso de peso. Laboratorio: anemia y reactantes de fase aguda elevados. Se realiza VEDA normal y VCC: pancolitis moderada con mayor afectación de colon derecho. Se indica corticoides EV. AP: Colitis asociada a CMV, por morfología e IHQ. Se suspenden 6 MP e IFX y recibe Ganciclovir por 21 días con persistencia de la sintomatología y de las lesiones endoscópicas pese a la erradicación del CMV. Caso 3: Paciente de 10 años, de sexo masculino, con diagnóstico de EC a los 8 años, Enfermedad celíaca y Déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa, corticoides dependiente, en tratamiento con 6 MP. Consulta por diarrea con sangre, dolor abdominal y descenso de peso. Laboratorio anemia y reactantes de fase aguda aumentados. Se realiza VEDA normal y VCC pancolitis leve-moderada con mayor compromiso de colon izquierdo. AP: Colitis asociada a CMV por morfología e IHQ. Se suspende tratamiento inmunosupresor y recibe 3 semanas de Ganciclovir con buena respuesta clínica, endoscópica e histológica pero recae luego de tres meses.

Conclusión: 1) En todo paciente con EII y recaída clínica se debe diferenciar la reactivación de la enfermedad de base de la sobreinfección por CMV 2) En el primer caso la conducta es aumentar la inmunosupresión mientras que en el segundo habitualmente ésta se suspende e indica tratamiento antiviral. 3) La negativización del CMV no siempre se acompaña de remisión de las síntomas o las lesiones endoscópicas.

CC/PD-16

ENFERMEDAD GASTROINTESTINAL POR CITOMEGALOVIRUS EN NIÑOS INMUNOCOMPETENTES

Paz, S(1); Bottero, A(1); Busquet, L(1); Rocca, AM(1); Weyersberg, C(1); Sasson, L(1); Ruiz, JA(1) (1)Servicio de Gastroenterología. Hospital de Pediatría Juan P Garrahan, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La infección por citomegalovirus (CMV) afecta al 20 -30% de los niños, en la mayoría se presenta de forma asintomática o como síndrome mononucleósico. Puede afectar a todo el tracto digestivo, desde la boca al recto, tanto a inmunocompetentes como inmunosuprimidos.

Objetivo: Presentar diferentes formas de manifestación de enfermedad gastrointestinal por CMV. **Casos Clínicos:** Caso 1: Niño de 6 años, consulta por dolor y distensión abdominal, diarrea mucosanguinolenta de un mes de evolución. Laboratorio: anemia e hipoalbuminemia, VSG y PCR aumentadas, infectológico en materia fecal negativos. Ecografía abdominal: engrosamiento mural de rectosigmo (8 mm). VEDA normal y VCC desde margen anal hasta 50 cm mucosa friable, con pérdida de patrón vascular, empedrado, con úlceras serpiginosas, circunferenciales. Anatomía patológica (AP) colitis severa asociada a CMV: efecto citopático e inmunohistoquímica (IHQ) para CMV positiva. PCR para CMV en colon positivo. Recibió ganciclovir por 3 semanas presentando buena evolución clínica y de laboratorio. Caso 2: Niño de 8 años de edad que se internó por sepsis por SAMR secundaria a otomastoiditis. A las 48 hs de internación presenta hematemesis con descenso de hemoglobina. VEDA: esófago extensa ulceración con desprendimiento de la mucosa por sectores con áreas de necrosis. Techo gástrico presencia de 2 úlceras clasificación de Forrest 2b sobre las que se inyecta adrenalina y se coloca un clips. Duodeno múltiples lesiones nodulares blanquecinas. AP: Esofagitis severa asociada a CMV: efecto citopático e IHQ CMV positivo. Gastritis crónica superficial. Duodenitis inespecífica leve. Recibió Ganciclovir durante 3 semanas con buena respuesta clínica y endoscópica. Caso 3: Paciente de 2 meses de edad, sexo masculino, se interna por fiebre, diarrea con sangre de 3 días de evolución y compromiso hemodinámico. Laboratorio: anemia, hipoalbuminemia, leucocitosis, plaquetopenia y coagulopatía. Cultivos negativos. Mala respuesta a dieta con exclusión de proteína de la leche de vaca. VEDA esófago normal, estómago edema, eritema y friabilidad, duodeno normal. VCC afecta desde recto a ciego, mucosa con eritema, friabilidad, úlceras aftoides, con mucosa sana interpuesta. AP: Gastritis crónica superficial, duodenitis aguda asociada a CMV: efecto citopático e IHQ CMV +. Colitis aguda difusa. Efecto citopático e IHQ negativa. Presentó resolución espontánea y permaneció asintomático durante 1 año de seguimiento. Los tres pacientes fueron evaluados por servicio de inmunología descartándose inmunodeficiencia.

Conclusión: La enfermedad gastrointestinal por CMV puede presentarse con manifestaciones clínicas y endoscópicas variables, por lo que debe tenerse en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales, aún en pacientes inmunocompetentes. El curso clínico es variable pudiendo requerir tratamiento antiviral o resolver de forma espontánea.

CC/PD-18

DIARREA FICTICIA: UNA CAUSA FRECUENTE DE DIARREA CRÓNICA

Castelluccio, MS(1); Peters, R(1); Topor, J(1); González del Solar, C(1) (1)Sanatorio Mater Dei. Argentina.

Introducción: La diarrea crónica es un síndrome de gran complejidad clínica. El diagnóstico diferencial es muy amplio y en ocasiones, encontrar la causa precisa puede ser difícil, costoso y frustrante. El consumo oculto de laxantes es un trastorno tan frecuente que algunos protocolos proponen iniciar el estudio de laxantes en primer término.

Objetivo: Reportar el caso de una paciente con hipokalemia y diarrea producto del consumo oculto de laxantes.

Paciente y método: mujer de 49 años, con antecedentes de anorexia y consumo de diuréticos y laxantes en su juventud, que presenta múltiples internaciones por hipokalemia, diarrea y pérdida de peso. La diarrea es acuosa, abundante, 2 -5 deposiciones/día, a veces nocturna, sin sangre. Niega el consumo actual de laxantes. Requiere múltiples internaciones por hipokalemia y alteraciones electrocardiográficas (mas de 6 internaciones en UTI en 3 años). Se realizan numerosos estudios complementarios, algunos de ellos ya realizados en otras instituciones.

Resultados: Laboratorio: Na+ 138 mEq/l, K+ 2,4 mEq/l, resto del laboratorio normal. IgA antiedemio neg., IgA antitransglutaminasa <5, IgA total normal, hormonas tiroideas normales, cortisol plasmático y aldosterona normales. VEDA normal, biopsia duodenal: Marsh "0". VCC hasta ángulo esplénico normal. Colon por enema: megarrecto y dolico megacolon. Tránsito de I delgado: imagen de defecto tubular a nivel yeyunal e ileal, descartar nematodo intestinal. Videocápsula normal. Coproparasitológico negat. Coprocultivo negat. Leucocitos en MF: 3-5. Esteatocrito 2%. Osmolaridad en MF: 195 mOsm/kg. Se realizó tratamiento con mebendazol + tinidazol sin mejoría.

Finalmente, frente al diagnóstico de diarrea ficticia la paciente dejó de acudir a nuestra institución.

Conclusión: la diarrea ficticia es una causa frecuente de diarrea crónica (4-15% en instituciones terciarias). El 90% son mujeres, muchas de ellas con anorexia o bulimia asociadas. Suelen realizar múltiples consultas y estudios, muchos de ellos engorrosos e invasivos. El diagnóstico es difícil y requiere un alto índice de sospecha. Frente a un paciente con diarrea crónica sin etiología identificada, es preciso incluir el consumo oculto de laxantes dentro de los diagnósticos diferenciales.

CC/PD-17

HEPATITIS ALCOHÓLICA SEVERA: REPORTE DE UN CASO

Notari, L(1); Campos, L(1); Caruso, S(1); Chiriano, F(1); Colombo, P(1); Copello, H(1); Hermida, R(1); Licciardello, M(1); Marulli, S(1); Perez Esteban, N(1); Scacchi, A(1); Tosti, R(1); Quiroga, R(1); Villalba, J(1); Etchart, C(2) (1)Servicio Gastroenterología. Hospital Churrusca Visca, CABA, Argentina. (2)Servicio Anatomía Patológica. Hospital Churrusca Visca, CABA, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La hepatitis alcohólica es un síndrome clínico caracterizado por ictericia e insuficiencia hepática, ocurre generalmente después de años de consumo excesivo de alcohol y presenta una mortalidad cercana al 50% sin tratamiento.

CASO CLÍNICO: Mujer de 39 años tabaquista, enolista 96 g/d, consulta por dolor abdominal y fiebre de 2 semanas de evolución. Al examen físico adelgazada con estigmas de hepatopatía crónica, ictericia universal, hepatomegalia dolorosa, ascitis y edemas en miembros inferiores. Se interna.

Estudios complementarios: Laboratorio: Hto 27%, Hb 9 mg/dl, GB 19.140 /mm3 N 85%, Plaquetas 138.000/mm3, AST 196 U/l, ALT 46 U/l, AST/ALT 4,3, FAL 148 U/l, GGT 369 U/l, BT 7,3 mg/dl, BD 4 mg/dl, TP 46% = 15,4', albúmina 1,7 g/dl, colesterol total 247 mg/dl, TAG 443 mg/dl. Ecografía con Doppler espleno-portal: hepatomegalia, ascitis; porta > 12 mm con flujo hepatopeto.

Paracentesis diagnóstica: GASA>1,1 sin criterio de PBE. Tc de tórax, abdomen y pelvis: derrame pleural bilateral. Hepatomegalia de contornos regulares, disminución de la densidad compatible con esteatosis. Líquido libre en cavidad abdominopelviana. Pleurocentesis: trasudado sin criterio de empiema bacteriano espontáneo.

Cultivos: esputo para BAAR, PPD, HC y UC negativos. Serologías virales y autoinmunes: negativas. Inter-curre con un episodio de hematoquezia autolimitado, sin descompensación hemodinámica. VEDA: esofagitis grado B de los Ángeles, gastropatía portal leve y disminución de pliegues duodenales. VCC: mucosa de colon derecho congestiva, granular, friable. Videocápsula endoscópica: hallazgos similares a colon derecho en fleon terminal. Anatomía patológica: duodeno con altura vellositaria conservada, sin incremento de LIEs. Colon: lámina propia con edema y focos de microhemorragia. Hallazgos sugestivos de colopatía portal hipertensiva. Hemodinamia: GVHP 15 mmHg.

Biopsia hepática transyugular: esteatohepatitis con infiltrado neutrofilico moderado, balonización de hepatocitos con cuerpos de Mallory en su interior, fibrosis sinusoidal y en puente que intenta delimitar nódulos, compatible con hepatitis alcohólica.

Tratamiento: Score de Maddrey 35 puntos, MELD 19 puntos. Inicia tratamiento con metilprednisolona, N-Acetilcisteína, soporte nutricional, complejos vitamínicos, lorazepam, baclofeno y propranolol. Evolucionara favorablemente, con caída de 2 puntos del MELD a las 48 horas y score de Lille 0.16 a los 7 días, completando tratamiento por 28 días.

CONCLUSIÓN: La Hepatitis alcohólica es un síndrome clínico de injuria hepática aguda sobre crónica. El tratamiento se apoya sobre distintos pilares, donde la abstinencia cumple un rol primordial y debe jerarquizarse desde el inicio junto con el soporte nutricional para lograr el éxito terapéutico. Los scores pronósticos permiten identificar los pacientes con mayor mortalidad, en quienes se debe iniciar tratamiento específico y valorar su respuesta al mismo. La administración de metilprednisolona 40 mg/d durante 4 semanas es el tratamiento recomendado en aquellos con score de Maddrey mayor o igual a 32. La asociación con N-Acetilcisteína demostró disminuir la progresión al síndrome hepatorenal y la mortalidad. El score de Lille al 7º día de tratamiento discrimina los pacientes refractarios a corticoides (Lille>0.45), quienes deberán ser evaluados para trasplante hepático.

CC/P-01

¿CON QUÉ JUEGAN NUESTROS NIÑOS?. NUESTRA EXPERIENCIA SOBRE INGESTIÓN DE CUERPO EXTRAÑO

Leidi, G(1); Balcarce, N(1); Beltramone, M(1); Bernedo, V(1); Besga, A(1); Borobia, P(1); Corfield, E(1); Cueto Rúa, E(1); Devigo, K(1); Gonzalez, T(1); Guzmán, L(1); Lucero, NA(1); Manterola, M(1); Menendez, L(1); Miculán, S(1); Nanfito, G(1); Uhlir, A(1); Zubiri, NA(1); Ben, N(1)

(1)Servicio de Gastroenterología y Hepatología Pediátrica, Hospital Sor María Ludovica, La Plata, Argentina.

Introducción: La ingestión de cuerpo extraño (CE) es un accidente muy frecuente en los niños. La mayor incidencia es en menores de 5 años. El 80% de los CE ingeridos son eliminados en las heces. Menos del 19% requieren extracción endoscópica y sólo el 1% extracción quirúrgica. En general llegan a la consulta después de que un adulto ha sido testigo de esta circunstancia, cuando el mismo niño lo informa o tras la aparición de síntomas.

El objetivo de este trabajo es conocer cuáles son los cuerpos extraños que más frecuentemente motivaron endoscopias altas, la edad de ingestión, si hay diferencias en cuanto al sexo, la posibilidad de detección mediante radiografía, su localización más frecuente al momento de la endoscopia y la presencia o no de lesiones.

Material y métodos: Se trata de un trabajo transversal, descriptivo y retrospectivo. Se analizó la base de datos de endoscopias realizadas en nuestro servicio durante un período de 6 años (2006-2012). En este tiempo se efectuaron 1929 endoscopias altas, correspondiendo 150 (8%) a cuerpos extraños. Para el análisis de los datos se usó EPI info 6.

Resultados y conclusiones: La edad de máxima incidencia fue entre 2 y 3 años y no se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo (1:1). Al momento de la consulta el 35% de los pacientes refería disfagia y el 2% presentaba hematemesis. El 72% de los objetos ingeridos fueron radiopacos, siendo las monedas el más frecuente (42%). El lugar donde se hallaron mayormente fue en esófago superior (61,3%), a nivel del cricofaríngeo, seguido de esófago inferior (4,6%), estómago (2,6%) y duodeno (2%). Se observaron lesiones de la mucosa en el 26% de los casos. En el 20,6% de las endoscopias no se visualizó ningún CE, habiendo sido indicadas en su mayoría por la ingesta de vidrio (48%) y de huesos de pollo (13%), observándose lesiones en sólo el 6,4%.

Se requirió extracción quirúrgica en el 1,3% de los casos.

Recomendaciones: La conducta ante la ingesta de CE depende de las características del niño (edad, antecedentes patológicos), cuadro clínico y forma, tamaño, composición y localización del CE.

Está indicado VEDA urgente en caso de: Ingestión de imanes, pilas de botón, objetos punzantes y CE localizados en esófago con signos de obstrucción completa o asociados a síntomas respiratorios.

La sospecha de perforación e ingestión de bolsas de narcóticos requieren tratamiento quirúrgico urgente.

Hay medidas preventivas fundamentales, como educar a las personas encargadas de los niños y poner especial énfasis en que sus juguetes sean seguros.

CC/P-02

TUMOR DE ESOFAGO: CASO INFRECUENTE

Canteros, JS(1); Vera, NV(2); Reynoso, A(2); Iriarte, SM(1); Ledesma, CV(1)
(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Militar Central Cir. My. Dr. Cosme Argerich, Buenos Aires Argentina (2)Servicio de Clínica Médica, Hospital Militar Central Cir. My. Dr. Cosme Argerich, Buenos Aires Argentina

Introducción: El aparato digestivo representa la localización extra ganglionar más común de los linfomas no hodgkin (LNH) (30-60%), que constituyen el 1-5% de las neoplasias malignas del tubo digestivo. Localización esofágica menor a 1%. Los LNH tipo T tienen la particularidad de ser menos frecuentes y más agresivos, con menor respuesta terapéutica y mayor porcentaje de recidiva. El síntoma suele ser la disfagia progresiva. Los hallazgos radiológicos y endoscópicos incluyen lesiones polipoides, nodulares, ulceradas o simplemente alteraciones mucosas. El diagnóstico histológico de estos tumores puede ofrecer dificultades dada las extensas áreas de necrosis con pequeños sectores de infiltrado linfocítico atípico.

Caso clínico: masculino 28 años, con disfagia de 2 meses de evolución y epigastralgia. Asociado a astenia, adinamia, pérdida de 20 kg en los últimos 3 meses. Al examen físico adenopatías en región cervical, supraclavicular y submaxilar. VEDA que evidencia lesión lobulada de aspecto polipodea, superficie lisa, desde los 20 cm hasta los 30 cm de ADS, que se biopsia, siendo negativas para células atípicas. Biopsia escisional de ganglio cervical cuyo análisis histológico informa LNH tipo T. TC helicoidal de columna identificó fractura de D12. PET metástasis en mediastino, ganglios supraclaviculares, cervicales y D12.

Conclusión: lo interesante del caso radica en que se trata de una rara localización de un tumor agresivo, poco frecuente pero que ha tenido una respuesta inicial satisfactoria a la quimioterapia.

CC/P-04

SINDROME DE CARNEY: INFRECUENTE Y DESAFIANTE.

Mosqueda, NM(1); Vucko Anriquez, C(1); Ojeda, M(1)
(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia. Hospital Julio C. Ferrando. Resistencia, Argentina

Introducción: Los Gist son infrecuentes y de conducta impredecible. Se requiere de sospecha diagnóstica, confirmación y tratamiento específico ya que son resistentes a la quimio y radioterapia. Es muy importante evaluar factores pronósticos que ayuden a predecir la evolución del paciente.

Objetivo: presentar un caso de Síndrome de Carney, que aunque infrecuente debe pensarse, ante la presencia de uno de los tumores, ya que los mismos suelen presentarse en forma sucesiva. **Descripción del caso:** Hombre de 32 años con gastrectomía parcial por un tumor de histología no conocida a los 13 años de edad. A los 14 años sufrió neumotórax traumático, en la Rx se observaron nódulos pulmonares bilaterales. En el año 2010, ingresó por neumonía con derrame pleural. En la radiografía de tórax se observaron nódulos pulmonares bilaterales, también visualizados en la Tomografía de tórax y abdomen como también una formación endoluminal gástrica. En la ecografía se observaron nódulos hepáticos hipocogénicos. En la Veda mostró una formación elevada submucosa de 8 cm aproximado, en techo gástrico. La histología informó Gist, con inmunohistoquímica que evidenció: células epiteloides, bajo índice mitótico, CD 117 y CD 34 +. Histología de nódulos pulmonares informo condromas. Los valores séricos y urinarios de catecolaminas fueron normales. El centellograma con MIBG fue negativo. Comenzó tratamiento con imatinib 400 mg, dosis duplicada hace unos meses por falta de respuesta.

Discusión: síndrome de Carney, se caracteriza por la aparición, concomitante o sucesiva, de tres tumores diferentes: Gist, condroma pulmonar y paraganglioma extraadrenal. Es más frecuente en mujeres jóvenes, generalmente multicéntricos y con escasa sintomatología local tumoral. La edad de diagnóstico varía desde 7 a 40 años. La etiología de la tríada de Carney es desconocida. La presencia de la tríada completa es infrecuente (Gist: 73 %, condromas pulmonares: 15 %, paragangliomas: 10 %). La presencia de dos tumores es suficiente para el diagnóstico como en nuestro caso clínico. La combinación más frecuente es la de tumor gástrico y condromas pulmonares. Los Gist son grupo heterogéneo de neoplasias del tubo gastrointestinal. Se origina en células intersticiales de Cajal, a lo largo del plexo mientérico de la pared intestinal y expresan la proteína KIT, que se identifica utilizando el anticuerpo monoclonal CD 117. Ciertos parámetros indican una mala evolución (tamaño mayor de 5 cm, conteo mitótico mayor de 5/50 x campo, ulceración mucosa). La tasa de metástasis es del 55%, la mayoría hepáticas, la diseminación extraabdominal es infrecuente, con frecuente recidiva. Los condromas pulmonares son típicamente asintomáticos.

Conclusión: Carney publicó la asociación de tumores poco frecuentes y desde entonces se publicaron no más de 120 casos. El manejo de estos pacientes requiere de una tarea multidisciplinaria. Se debe llegar al tratamiento quirúrgico aunque sea frecuente la recidiva.

CC/P-03

PRESENTACIÓN INUSUAL DE LA ESCLERODERMIA

Di Domenico, D(1); Fischman, RV(1); Prado Lueso, M(1); Bosolino, A(1)
(1)Servicio de gastroenterología - Sección motilidad - Sanatorio Julio Mendez. Argentina.

Introducción: La esclerodermia es una enfermedad crónica del tejido conectivo, probablemente autoinmune, caracterizada por fibrosis en piel y órganos internos (tracto gastrointestinal, pulmón, corazón y riñón). Presenta anticuerpos específicos, morbi-mortalidad según compromiso visceral, relación mujer/hombre 9:1 e incidencia 10-18/millón. Existen 2 formas clínicas: 1) Esclerosis sistémica subtipos: A) Difusa: Fibrosis proximal de extremidades, tronco, cara y visceral. Incidencia 10/millón. Anticuerpo antitopoisomerasa I positivo (Scl-70). Menos del 10 % de dichos pacientes presenta una evolución rápida y progresiva, con una sobrevida del 50% a los 5 años y B) Limitada o CREST: Fibrosis distal (manos, pies y cara) compromiso visceral tardío, anticuerpo anticentromero. Mejor pronóstico) y 2) Localizada afecta piel y en algunos casos músculo, articulaciones y hueso. Subtipos: lineal y morfea. Incidencia 20/millón. **Objetivo:** 1) Reportar un caso clínico de presentación atípica 2) Resaltar la importancia de los estudios de motilidad para diagnóstico precoz de patologías sistémicas. **Caso clínico:** Paciente masculino, 40 años con antecedentes de diabetes tipo 2. Consulta por disnea clase funcional II y pérdida de 15kg, de peso en 3 meses. Examen físico: Máculas café con leche en tronco. En la internación evoluciona con disfagia esofágica firme a sólidos y líquidos, hiperpigmentación cutánea generalizada con compromiso visceral, osteoarticular y engrosamiento de piel en miembros superiores. Estudios: TAC TORAX: Afectación intersticial bilateral, con septos engrosados en la periferia. Dilatación esofágica. **ESPIROMETRIA:** Patrón restrictivo. **ECOCARDIOGRAMA:** Derrame pericárdico leve. **SEGD:** Dilatación masiva de esófago. **VEDA:** Esofagitis LAC C. **MANOMETRIA ESOFAGICA:** Aperistalsis de los 2/3 distales de esófago, hipotonía del esfínter esofágico inferior. Se biopsia piel y se decide control ambulatorio. Al egreso se recibe: SCL 70 positivo, capilaroscopia anormal. Biopsia de piel: compatible con Morfea cutánea tardía. Se confirma esclerodermia sistémica difusa. **Comentario:** La esclerodermia es una patología con baja incidencia. Habitualmente se presenta en el sexo femenino, en su forma localizada, limitada y de lenta evolución. El caso clínico muestra una presentación inusual: paciente joven, sexo masculino, con patología difusa, rápidamente progresiva especialmente durante la internación. Por su compromiso esofágico de ingreso, evidenciado por tomografía, se efectuó manometría compatible con afectación del músculo liso, orientando estudios hacia patologías sistémicas como esclerodermia, confirmada al alta médica. **Conclusiones:** 1) Considerar que el sexo masculino también puede estar comprometido en la esclerodermia, 2) La forma de presentación rápidamente progresiva y con mal pronóstico no es la más frecuente y 3) La manometría esofágica puede aportar datos diagnósticos precoces y así evitar complicaciones mayores.

CC/P-05

SARCOMA DE KAPOSI SECUNDARIO A CORTICOTERAPIA CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Galizzi, ML(1); Ordano, JF(1); Barbaglia, Y(1); Zalazar, F(2); Bucci, P(2); Jimenez, F(1)
(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital J. M. Cullen, Santa Fe, Argentina (2)Laboratorio de Práctica Profesional, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina

Paciente de 69 años, con diagnóstico hace 1 año de penfigoide ampollar por el cual recibe tratamiento con meprednisona 40 mg/día durante 4 meses y posterior descenso gradual hasta la actualidad.

A 6 meses de iniciado el tratamiento con corticoides debuta con lesiones cutáneas tipo pápulas rojo-violáceas de 5mm aproximadamente en miembros, tórax y abdomen. Se realizan biopsias de las mismas con diagnóstico de Sarcoma de Kaposi. Presenta serologías para VHB-C, VDRL y HIV negativas. Con el objetivo de plantear esquema terapéutico y determinar compromiso mucoso, se realiza VEDA donde se observan lesiones sobrelevadas rojo-vinosas de 5mm aproximadamente, de superficie irregular, múltiples, dispersas en toda la mucosa gástrica. Además se realiza PCR anidada para la detección de VHH-8 siendo los resultados positivos tanto en las lesiones cutáneas como en las lesiones mucosas.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: El sarcoma de Kaposi (Sk) se convirtió en un problema de salud importante con la aparición del SIDA en la década de 1980. Se han descrito cuatro formas clínico-epidemiológicas de SK: SK clásico, SK endémicas, SK iatrogénicas, y asociada al SIDA. En 1994, el herpesvirus asociado con el sarcoma de Kaposi o herpesvirus humano tipo 8 (VHH-8) se identificó por Chang y sus colegas, y se ha detectado en todo el mundo a frecuencias que van desde 80 a 100%. El pénfigo y penfigoide ampollar (PA) son trastornos autoinmunes que se caracterizan por erupciones cutáneas vesículo-ampollares. Esta enfermedad es causada por anticuerpos contra los dos principales antígenos de membrana, BPAG1 y BPAG2, asociados con la lámina lúcida y los hemidesmosomas en queratinocitos basales. El diagnóstico se realiza mediante el uso de técnica directa y pruebas indirectas de inmunofluorescencia de la piel y el suero, respectivamente, mostrando los patrones característicos de la deposición de inmunocomplejo.

Informes de un aumento en la incidencia de SK en pacientes con PA sin evidencia de infección por VIH, llevó a la búsqueda de asociaciones directas de HHHV8 y trastornos vesículo-ampollares. En nuestra revisión de la literatura, encontramos varios estudios realizados por PCR, análisis inmunohistoquímico y serología con resultados contradictorios, siendo la PCR anidada el método de detección más sensible y específico.

CONCLUSIÓN: En la actualidad existe suficiente evidencia que demuestra que el VHH-8 es el agente causal de todas las formas de sarcoma de Kaposi. Estudios sero-epidemiológicos han establecido que la prevalencia de la infección por VHH-8 varía geográficamente y está influenciada por factores de riesgo ambientales.

Siendo Argentina un país endémico (seroprevalencia de 20 a 70%) es importante confirmar la presencia del VHH-8 tanto para el diagnóstico como para aportar datos a la epidemiología de la enfermedad.

El SK iatrogénico es una entidad de baja incidencia. El caso aquí presentado es uno de los pocos reportados asociados a inmunosupresión por tratamiento de PA.

CC/P-06

TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL GÁSTRICO: REPORTE DE UN CASO DE TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO

Yasuda, S(1); Acquaviva, J(2); Zannoli, R(2); Jeréz, J(1); Machuca, G(1); Sacco, A(3); Conchetti, H(3); Suaya, G(1); Currás, A(1)

(1)División Gastroenterología, Hospital Juan A. Fernández, CABA, Argentina (2)División Cirugía General, Hospital Juan A. Fernández, CABA, Argentina (3)División Patología, Hospital Juan A. Fernández, CABA, Argentina

INTRODUCCIÓN: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son las neoplasias mesenquimáticas más frecuentes del tubo digestivo y representan el 1% de los tumores malignos de esta localización. Se originan en las células intersticiales de Cajal. El órgano más afectado es el estómago (70%) seguido por el intestino delgado. En el 95% de los casos el tumor estromal típico tiene inmunomarcación positiva para CD 117. Se presenta con mayor incidencia a los 60 años en forma sintomática con sangrado digestivo o dolor abdominal. El pronóstico depende del tamaño, localización, índice mitótico y efectividad de la resección. La cirugía es la única terapéutica curativa. El Imatinib está indicado cuando es localmente irreseccable o tiene metástasis, o como adyuvancia si es de riesgo moderado a alto.

OBJETIVO: Compartir la experiencia en el diagnóstico y tratamiento de un tumor estromal gástrico.

CASO CLÍNICO: Paciente de 73 años, sexo femenino con antecedentes de HTA, Artritis reumatoidea, colecistectomizada y anemia crónica, consultó por astenia, hiporexia y deposiciones melánicas de 7 meses de evolución. Al examen físico, hemodinámicamente estable, abdomen blando, depresible, indoloro. Laboratorio: anemia normocítica. Se realizó videoendoscopia digestiva alta y seriada esofagogastroduodenal que evidencian en fundus gástrico lesión submucosa de aproximadamente 3 cm con superficie ulcerada que se biopsia. Informe anatomopatológico: a nivel submucoso proliferación de células ahusadas con moderada atipia nuclear. Inmunohistoquímica positiva para CD 117, CD 34, Vimentina y Ki 67: 2%. Se completa evaluación con Neumo-TAC: a nivel del techo gástrico próximo al cardias formación sólida de 33 x 22 mm que presenta realce luego de la inyección del contraste. Sin alteración de planos vecinos, ni adenopatías, sin secundarismo. Se realizó gastrectomía parcial laparoscópica, identificando lesión de 3 cm en fundus gástrico cercano a la unión gastroesofágica que se resecta. Examen anatomopatológico de la pieza quirúrgica: GIST con 2 mitosis cada 50 campos de gran aumento, márgenes libres de lesión. Evoluciona favorablemente en el postoperatorio y continúa control por consultorios externos.

CONCLUSIONES: El diagnóstico diferencial de GIST debe realizarse con otros tumores subepiteliales (leiomioma, leiomiomasarcoma, lipoma). La ecoendoscopia con biopsia guiada tiene una sensibilidad del 82%, mientras que la biopsia estándar usualmente es inadecuada para el diagnóstico por la localización subepitelial. En el presente caso clínico la lesión submucosa gástrica con superficie ulcerada permitió el diagnóstico preoperatorio de GIST mediante biopsia endoscópica convencional. Respecto al tratamiento, la cirugía laparoscópica constituyó una excelente opción para la resección, que implicó una detallada disección dado que la ruptura del tumor durante el procedimiento puede aumentar la probabilidad de recurrencia intraperitoneal.

CC/P-08

SANGRADO DIGESTIVO OSCURO POR ANGIODISPLASIA EN ILEO DISTAL

Antón Bejarano, P(1)

(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina

La Asociación Americana de Gastroenterología, define la Hemorragia o sangrado de origen oscuro (OGIB) como la hemorragia digestiva de causa desconocida que persiste y recurre (persistencia o recurrencia de anemia ferropénica, sangre oculta en heces o sangre visible) después de un resultado inicial o prueba inicial negativa en el estudio endoscópico convencional (colonoscopia y esofago-gastroduodenoscopia). El diagnóstico etiológico de esta patología es difícil, debido fundamentalmente a que la sintomatología es poco específica y el acceso al intestino delgado muy laborioso por su gran longitud y sinuosidad. Corresponde al 5% de las hemorragias gastrointestinales. Se presenta un caso clínico de hemorragia digestiva baja de origen oculto. Corresponde a un varón de 62 años, con antecedentes de asma bronquial y arritmias, que desde agosto del 2011 presenta descenso de hemoglobina, con Test de addler +. La videoendoscopia alta muestra una hernia de hiato paraesofágica, gastritis erosiva y congestiva; en la colonoscopia se observó divertículos colónicos, y dos pólipos que fueron biopsiados. (Biopsia: 1. Adenoma tubular. 2. Pólipo hiperplásico). El tránsito de intestino delgado se informa normal. Ante la persistencia de las melenas y la anemia ferropénica progresiva, con requerimiento transfusional; se decidió realizar el estudio con cápsula endoscópica, en donde informan sospecha de Angiodisplasia en íleon distal. Actualmente el paciente tiene programada la terapéutica con termocoagulación con argón.

PALABRAS CLAVES: Hemorragia digestiva oculta, angiodisplasia en intestino delgado, cápsula endoscópica.

CC/P-07

LINFANGIECTASIA INTESTINAL PRIMARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Contreras, M(1); Antoniska, MA(2); Neder, MD(1); Palma Macias, C(1)

(1)Hospital de Pediatría Juan. P. Garrahan (2)Hospital de Pediatría Juan. P. Garrahan. Argentina.

Introducción: la linfangiectasia intestinal primaria es una causa poco frecuente de diarrea crónica en la infancia. La etiopatogenia de la anomalía linfática permanece incierta, probablemente por ruptura de vasos linfáticos a nivel de la mucosa con escape de linfa hacia la luz intestinal; el resultado final es un cuadro clínico caracterizado por diarrea intermitente, vómitos, ocasionalmente dolor abdominal, edemas y retraso de crecimiento. **Objetivo:** describir una causa pediátrica poco frecuente de diarrea crónica. **Materiales y Métodos:** Revisión de historia clínica y bibliografía. **Caso clínico:** Paciente de 6 años sin antecedentes perinatológicos que inicia a los 4 meses cuadro de diarrea asociada a distensión abdominal con parasitológico positivo para giardia realizando tratamiento sin respuesta. A los 5 años presenta cuadro ascítico edematoso, con hipoalbuminemia, función renal normal y proteinuria positiva. Se asume como Síndrome nefrótico realizando tratamiento con corticoides por 45 días, persistiendo cuadro gastrointestinal. Se realiza TAC abdominal: engrosamiento de intestino delgado. Eco abdominal: dilatación de asas intestinales. Al ingreso a este Hospital se realiza laboratorio con linfopenia, hipogamaglobulinemia, e hipoalbuminemia, perfil celiaco negativo, Clearance de ATT 155, van de kamer 8, elastasa en materia fecal normal, coprocultivo negativo, parasitológico: giardia, orina completa normal, test del sudor y d508 negativos. VEDA puntillado blanquecino difuso en duodeno, con histología compatible con linfangiectasia intestinal. Inicia tratamiento con dieta hipograsa y leche con TCM con buena respuesta clínica y resolución de cuadro gastrointestinal. **Conclusión:** la caracterización de la diarrea junto con el cuadro clínico, laboratorio y la endoscopia digestiva permitió el diagnóstico precoz de linfangiectasia, y su adecuado tratamiento

CC/P-09

FISTULA AORTOENTERICA

Torríco, F; Gutierrez, S; Perna, L; Merlin, M; Tevez, S; Villacis, L; Berarducci, P

Introducción: La Fístula Aortoduodenal es una causa poco común de sangrado gastrointestinal que resulta en una condición catastrófica si no se trata adecuadamente. El diagnóstico es difícil, puede sospecharse en pacientes de edad avanzada y antecedente de aneurisma aórtico.

Objetivo: Presentar un paciente con Fístula Aortoduodenal y analizar la presentación clínica, así como las opciones de diagnóstico y tratamiento realizadas.

Paciente y Métodos: Masculino de 75 años con antecedentes de hipertensión arterial, consulta a Emergencia por hematemesis y melena 24 hs de evolución. Al ingreso: paciente hipotenso, taquicárdico, con tendencia al sueño. A la reanimación inicial respondió adecuadamente. Laboratorio: Hto. 32, Hb. 10.9 Urea 0.5 Creat 1.4 La VEDA informó: estómago y bulbo con abundante cantidad de sangre roja rutilante y coágulos que impedían la correcta visualización de la mucosa, segunda y tercera duodenal con abundante cantidad de sangre fresca que podría corresponder a lesión post bulbar. Evolucionó con deposiciones melánicas abundantes, hipotensión, taquicardia y oliguria que requirió reanimación, múltiples transfusiones y soporte vasopresor. Evaluado por Cirugía, laparotomía exploradora, gastrotomía hallándose una úlcera gástrica, rafia de la misma. En el pos quirúrgico inmediato presentó abundante débito hemático por SNG y PCR, responde a maniobras de reanimación. Reingresa a quirófano: tumor en cara posterior de la tercera porción duodenal fistulizado a aorta, sangrado intraoperatorio y PCR sin respuesta a maniobras de reanimación. La AP informó fragmentos de pared duodenal con material fibrinohemático adherido a la serosa, focos de fibrosis con depósitos de hemosiderina en muscular y submucosa, sin evidencia de atipia.

Discusión: La Fístula Aorto-duodenal primaria se asocia frecuentemente a aneurisma de la aorta, especialmente cuando ésta es aterosclerótica. Los tumores duodenales son una causa rara. La úlcera aórtica penetrante ha sido reconocida como una entidad patológica independiente, puede producir fístulas penetrantes en órganos adyacentes. La presentación más frecuente de las fístulas aortoentéricas es la HDA intermitente y autolimitada denominada sangrado heraldo, manifestada con melena o hematemesis, y es seguido horas a semanas por una HDA masiva con mortalidad cercana 100%.

La endoscopia es el primer procedimiento diagnóstico que permite revelar otras causas de sangrado, estudio sin lesiones o presencia de gastritis o úlceras sin sangrado activo no descartan fístula aortoduodenal. La tomografía con contraste evidencia la comunicación aorta entérica en un 30%-61%. El diagnóstico se confirma por laparotomía y el tratamiento indispensable es quirúrgico.

En nuestro paciente consideramos que la fístula aortoentérica fue la causante de cuadro clínico y óbito por las características del sangrado y compromiso hemodinámico.

Conclusiones: El diagnóstico de fístula aortoentérica primaria debe ser considerado en cualquier paciente con hemorragia digestiva alta de causa inexplicada.

La endoscopia es el primer paso en el diagnóstico. Un sangrado heraldo sin hallazgos clínicos que lo justifiquen es una indicación para la intervención quirúrgica inmediata. La reparación quirúrgica es la única opción terapéutica.

Abreviaturas: PCR: paro cardiorespiratorio

CC/P-10

LINFOMA DE MANTO RECTAL : MANIFESTACIÓN INFRECUENTE DE LA ENFERMEDAD

Higa, R; Lozzi, RD; Román, HO; Pagani, F; Fanjul, V; Aquilini, F; Pellizzoni, M

Introducción

El linfoma de manto es un subtipo de linfoma no Hodgkin de tipo B caracterizado por la traslocación 11:14 q13 q32. La mayoría de los pacientes se presentan en estadios avanzados. Un 15 % pueden tener una evolución indolente. El compromiso gastrointestinal es alto siendo entre un 38 al 62% de los linfomas del manto. El compromiso rectal es raro siendo el 0.2 % de todas las neoplasias rectales y el 1.4 % de todos los linfomas no Hodgkin.

Objetivo

Comunicar un caso infrecuente de linfoma del manto de localización rectal y su curso evolutivo luego del tratamiento específico.

Presentación del caso

Se presenta una paciente de sexo femenino de 76 años de edad, asintomática, en buen estado general y que consulta por antecedentes de esplenomegalia y trombocitopenia diagnosticadas años atrás, se realiza una Tomografía Computada de cuello que muestra adenomegalias en las cadenas cervicales, la mayor de 17 mm. Torax sin lesión, Abdomen:hepatoesplenomegalia, adenomegalias a nivel celioesentérico y retroperitoneal, la mayor de 3 cm. Se indica Videolaparoscopia a lo que la paciente se niega. Proteínograma con banda monoclonal del tipo IgG lambda. Se realizó Biopsia de médula ósea: Medula hiper celular sin otro dato relevante. Llega a nuestro Servicio refiriendo proctalgia, por lo cual se realiza una Videocolonoscopia en la que se observan pliegues rectales engrosados con múltiples erosiones. Anatomía Patológica: se realiza inmunohistoquímica CD 20 + CD3+ CD 43+CD5+ CD23- CCD1 + . Diagnóstico: Linfoma B con células de manto Estadio IV A.

Comienza tratamiento con R CHOP 6 ciclos y luego Rituximab, con lo cual actualmente la paciente está en remisión de adenomegalias y esplenomegalia, con buena tolerancia al tratamiento y con conservación del estado general.

Comentario: el linfoma rectal es una rara manifestación de la enfermedad, la ausencia de síntomas puede llevar a un retraso en el diagnóstico y en el tratamiento. Los hallazgos endoscópicos pueden variar y ser multiforme, por lo que la sospecha de la misma y su confirmación histopatológica implican un tratamiento adecuado con mejoría de la sobrevida.

CC/P-12

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN POSTRANSPLANTE HEPATICO

Manterola, M(1); Besga, AS(1); Gonzalez, T(1)

(1)Hospital de Niños Sor Maria Ludovica de La Plata, Servicio de Gastroenterología. Argentina.

Paciente de 17 años trasplantada hepática a los 13 años (2008), con antecedentes de colitis ulcerosa a los 5 años y a los 6 años Hepatitis Autoinmune. Asp hepatológico; buena evolución, laboratorios normales, medicada con tacrolimus y corticoides a bajas dosis. Asp GI: Con buena evolución hasta el 2009, luego comienza con diarrea, deposiciones nocturnas, pujos, tenesmo y anemia severa. VCC: Recto colitis crónica activa. BX: Colon y recto con epitelio superficial regenerativo, distensión de criptas e infiltrado inflamatorio mixto en lamina propia con focos de criptitis. Tratamiento con mezalazina 4 g/día + inmunosupresión de base con mejoría de la clínica y de laboratorio.

En 2012 presenta aumento en la frecuencia de las deposiciones, en ocasiones con sangre y anemia microcítica-hipocromica severa que requirió internación. VEDA: normal, VCC: mucosa colonica con ulceras, resto de fibrina, pncolitis. BX: Rectocolitis crónica activa compatible con proceso inflamatorio crónica. Inicia tratamiento con hidrocortisona durante 5 días ev, luego corticoides orales (40 mg/día) + mezalazina. Se descartan causas infecciosas virales, bacterianas, y parasitarias. (CMV en sangre y tejido, TBC, HIV, toxina clostridium). En noviembre 2012 con escasa respuesta a los tratamientos previos comienza con infliximab. Luego de la inducción la niña se encuentra asintomática con laboratorios normales

CC/P-11

TUMOR NEUROENDOCRINO DE RECTO: COMO SEGUIMOS?

Lotero Polesel, JC(1); Vega, A(2); Torres, A(3); Bogado, SA(3); Cedermas, M(4); Martínez, F(5) (1)Servicio Gastroenterología- Dpto Medicina, H Grl 601 Hospital Militar Central "Cir My Dr Cosme Argerich", CA de Buenos Aires, Argentina (2)Servicio Anatomía Patológica, H Grl 601 Hospital Militar Central "Cir My Dr Cosme Argerich", CA de Buenos Aires, Argentina (3)Servicio Oncología- Dpto Medicina, H Grl 601 Hospital Militar Central "Cir My Dr Cosme Argerich", CA de Buenos Aires, Argentina (4)Servicio Coloproctología- Dpto Cirugía, H Grl 601 Hospital Militar Central "Cir My Dr Cosme Argerich", CA de Buenos Aires, Argentina (5)Servicio Cirugía General- Dpto Cirugía, H Grl 601 Hospital Militar Central "Cir My Dr Cosme Argerich", CA de Buenos Aires, Argentina

El término carcinoide fue utilizado por primera vez en 1907 y deriva de la palabra alemana Karzinoid, que significa "similar al carcinoma", aludiendo a la incertidumbre que ha caracterizado a la clasificación y tratamiento de estos tumores neuroendócrinos (TNE).

En la población general los carcinoides de recto son raros (1,8% de las neoplasias rectales), aunque representan el tercer sitio más común para los tumores carcinoides (7 al 12% de los TNE en raza blanca y hasta 27% en la negra). Son infrecuentes, con una incidencia de 0,3 a 0,5 por 100.000 por año. Aunque los carcinoides del recto tienen una de las tasas más altas de sobrevida a 5 años (cerca del 75%-90%) de todos los TNE, el fracaso en reconocer su potencial de malignidad los hace susceptibles de un tratamiento primario y seguimiento inadecuados. Las normas de consenso sobre el manejo de los carcinoides colorectales bien diferenciados sugieren que la resección local es apropiada para los tumores menores de 2 cm confinados a la submucosa, sobre la base de un presumido potencial metastático bajo. La resección mucosa convencional ha sido el abordaje endoscópico tradicional; no obstante, estudios recientes han mostrado a la resección submucosa asociada con una tasa más baja de positividad de los márgenes. La modalidad primaria de tratamiento para todos los carcinoides rectales es la resección local o regional. Dada la naturaleza frecuentemente incidental de su presentación, muchos carcinoides rectales son resecados endoscópicamente sin un conocimiento previo de su naturaleza neoplásica. Las características anatomopatológicas específicas de estos tumores, que pueden hacer aconsejable la linfadenectomía, permanecen mal definidas. Se han propuesto varios determinantes del potencial metastático, incluyendo la invasión linfovascular, alta tasa mitótica, invasión de la muscular propia y el sexo masculino. La influencia de la profundidad del tumor es más discutida. Si se considera la resección endoscópica solamente, puede realizarse la ecografía endoluminal para determinar la profundidad y adecuación de la resección.

Se presenta el caso de una mujer joven sin factores comórbidos relevantes que consulta por proctorragia en quien se realiza la resección endoscópica de un pólipo de recto y que en la histopatología resulta un TNE. Se plantean alternativas derivadas de ésta modalidad terapéutica y se debate el seguimiento.

CC/P-13

HIPEREOSINOFILIA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Scacchi, MA(1); Colombo, P(1); Quiroga, R(1); Caruso, S(1); Chiriano, F(1); Tosti, R(1); Villalba, J(1); Maruelli, S(1); Campos, L(1); Notari, L(1); Hermida, R(1); Perez Esteban, N(1); Licciardello, M(1)

(1)Servicio de Gastroenterología, Complejo Médico policial Hospital Churrucá - Visca, CABA, Argentina

INTRODUCCIÓN: La hipereosinofilia se define por un aumento de los eosinófilos en sangre mayor a 500 ccl/mm³. Una amplia variedad de enfermedades del tejido conectivo, alérgicas, infecciosas, neoplásicas, e idiopática se asocian con un aumento en la sangre o tejido de eosinófilos, y varían desde enfermedades asintomáticas hasta trastornos que amenazan la vida.

OBJETIVO: presentar un paciente con enfermedad inflamatoria intestinal asociada a hipereosinofilia secundaria.

CASO CLINICO: paciente masculino, de 52 años, oriundo de Merlo (Bs. As), antecedente de colitis ulcerosa diagnosticada en 2009, en tratamiento con mesalazina. En 2012 presenta cuadro de reactivación moderada de su enfermedad, siendo tratado con mesalazina más corticoides en forma oral, con buena respuesta. Evoluciona favorablemente durante 6 meses, evidenciándose luego en laboratorio control anemia leve, leucocitosis con hipereosinofilia severa (14260 ccl/mm³, 38% de eosinófilos = 5418 eosinófilos/mm³), aumento de la eritrosedimentación (107 mm/hora), disminución de los depósitos de hierro, e hipergamaglobulinemia oligoclonal. El paciente se encontraba asintomático. Se solicitan serologías virales para HBV, HCV y HIV, perfil de autoinmunidad, anticuerpos para enfermedad celíaca, toxina para Clostridium Difficile, y dos coproparasitológicos seriados, radiografía de torax y senos paranasales; todos negativos. Se realiza endoscopia digestiva alta (VEDA) y videocolonoscopia (VCC) con toma de biopsias. VEDA: sin lesiones. VCC: pseudopólipos en colon transverso y colon sigmoide, con patrón vascular de recto conservado, y ausencia de signos endoscópicos de actividad. AP: infiltrado de eosinófilos en esófago, estómago, bulbo y duodeno. Colon derecho, transversal, descendente y recto con distorsión arquitectural críptica focal, conservación de la mucosecreción y marcado infiltrado linfoplasmocitario y eosinofílico en mucosa y submucosa. El paciente evoluciona asintomático, con hipereosinofilia y eritrosedimentación acelerada en forma persistente, por lo que se repite tercer coproparasitológico, evidenciando larvas de Strongiloides Stercolaris.

RESULTADOS: El paciente recibe tratamiento con ivermectina, con buena respuesta, normalización del laboratorio y negativización de los coproparasitológicos.

CONCLUSIONES: La eosinofilia es prominente en enfermedades parasitarias por helmintos, siendo su nivel en sangre paralelo a la magnitud y al alcance de la invasión tisular por las larvas. El examen de heces para huevos y parásitos se debe hacer cuando se consideran ciertas infecciones por helmintos. Sin embargo, no siempre se visualizan en las heces, debido a que la hembra de S. Stercolaris pone muy pocos huevos por día, son pocas las larvas eliminadas y su liberación no es continua. Si bien el gold estándar para el diagnóstico de Strongiloides es el parasitológico seriado, los exámenes de heces tradicionales no son sensibles y se requieren hasta siete exámenes para llegar a una sensibilidad del 100%. Existen pruebas serológicas (ELISA) para detección de strongiloidiasis, de utilidad en aquellos casos en que las larvas no se detectan en exámenes de heces, y cuya ventaja adicional consiste en que normalmente existe una caída significativa del título de anticuerpos 6 meses después de la erradicación de la infección, lo que puede hacer posible el uso de estas pruebas como una prueba de curación.

CC/P-14

RECTOCOLITIS QUÍMICA POR PERÓXIDO DE HIDROGENO

Marulli, S(1); Campos, L(1); Caruso, S(1); Chiriano, F(1); Colombo, P(1); Copello, H(1); Hermida, R(1); Licciardello, M(1); Notari, L(1); Perez Esteban, N(1); Scacchi, MA(1); Tosti, R(1); Quiroga, R(1); Villalba, J(1)
(1)Complejo Médico policial Hospital Churrucua - Visca. Argentina.

Introducción: la colitis química es causada por la contaminación de endoscopios o administración de enemas que contienen diversos productos químicos. La mayoría de las reportadas en la literatura se produjeron por la contaminación accidental de los endoscopios con glutaraldehído y/o peróxido de hidrógeno. El diagnóstico se sospecha por el antecedente de la exposición. Los síntomas son dolor abdominal y rectal, hematoquezia y diarrea. Los hallazgos endoscópicos e histológicos son inespecíficos y pueden simular una colitis isquémica o inflamatoria, con mucosa ulcerada, granular y friable. La mayoría resuelve con terapia conservadora.

Objetivo: presentar un caso de rectocolitis química provocado por la administración de un enema con peróxido de hidrógeno.

Materiales: paciente de sexo masculino, de 62 años, ex tabaquista, hipertenso, diabético tipo II insulino-requiriente, con antecedente de cirugía de revascularización miocárdica y constipación habitual con requerimiento de maniobras digitales para evacuar. Consulta a un centro de salud por dolor abdominal y constipación súbita, donde se indica enema evacuante con fosfato monosódico / fosfato de sodio y agua oxigenada. Concorre 24 hs después por hemoproctorragia y pujos. Laboratorio: Hematocrito 41%, Hb 12.3mg/dl, leucocitos 11300/mm³. TC de abdomen y pelvis: engrosamiento difuso de las paredes del colon sigma y recto. VCC: desde los 23 cm hacia el margen anal mucosa congestiva, sangrante y friable, con úlceras cubiertas por fibrina que ocupan casi toda la circunferencia del recto. AP: colon izquierdo con mucosecreción conservada, edema y vasoectasias en lámina propia. Recto con mucosecreción disminuida, con marcada hemorragia, vasocongestión e infiltrado eosinofílico moderado en corion. Se indica internación, reposo digestivo, antibioterapia y enemas con budesonide y mesalazina.

Resultados: mejoría de la sintomatología y cese de la hemoproctorragia 24 horas después.

Conclusión: el peróxido de hidrógeno puede causar daño colónico similar al de una colitis ulcerosa o pseudomembranosa. Los hallazgos endoscópicos pueden revelar ulceración, granulación y friabilidad mucosa. El mecanismo de daño rectal es por micropenetración al epitelio, intersticio y capilares, con posterior liberación de moléculas de oxígeno que forman quistes de gas en diferentes capas de tejido, progresando a hemorragia, ulceración y necrosis. Las complicaciones son la colitis isquémica y/o peritonitis, estenosis y fistula rectovaginal. El tratamiento es la interrupción de la exposición, reposo intestinal, reanimación con líquidos y antibióticos de amplio espectro. El beneficio potencial de la terapia médica (esteroides o 5-ASA) en comparación con la terapia conservadora es desconocido.

CC/P-16

AIRE EN LECHO PANCREÁTICO

Nazar, MC(1); Palmieri, PA(1); Germán, A(1); Kirschbaum, FJ(1); Marino, M(1); Fiorentino, R(1); Basso, S(1); Mauriño, E(1)
(1)Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo". Argentina.

Introducción: la presencia de aire en el lecho pancreático en contexto de una pancreatitis aguda o crónica, es un hallazgo clínico poco frecuente, debiendo descartar diversos diagnósticos diferenciales, en primer término pancreatitis enfisematosa por su elevada mortalidad. **Objetivo:** presentar un caso clínico de aire en lecho pancreático como hallazgo y sus diagnósticos diferenciales. **Materiales y métodos:** masculino 44 años, tabaquista, antecedentes de dolor epigástrico tipo cólico de 1 año de evolución que disminuía con antiespasmódicos, consulta por dolor abdominal de 10 días de evolución sin mejoría con antiespasmódicos, vómitos, pérdida de peso mayor al 10% PCT, Ictericia leve en piel y mucosas. Hiperplucemias persistentes (179), BT 1.85 TGO 148 TGP 135 FAL 208 amilasa: 55 Ecografía: Vesícula de paredes engrosadas y contenido litiasico múltiple, aerobilia, páncreas no se visualiza por meteorismo. TC: páncreas aumentado de tamaño, con aire en su lecho. VEDA: vrices esofágicas pequeñas, en bulbo sobre cara posterior cercano a rodilla superior lesión elevada sésil de 0.8 cm congestiva compatible con orificio fistuloso, compresión extrínseca del antro. SEG.D: no se evidencia trayecto fistuloso. RMN: Alteración de la morfología de páncreas, colecciones multiloculadas anterior a la cabeza del mismo, con realce posterior al contraste, vesícula con lito de 48 mm sobre bacinete, Trombosis esplénica y circulación colateral en región antroduodenal y curvatura mayor. Tratamiento: nada vía oral, alimentación enteral, tratamiento antibiótico y colecistectomía. TAC (a 20 días): con disminución de las imágenes de gas. **RESULTADO:** Pancreatitis aguda biliar complicada con aire en lecho pancreático por fistula entérica **Conclusión:** Las fistulas pancreático-entéricas tienen una incidencia 2,6% en Pancreatitis aguda a un 7% en la crónica. Las Pancreatitis complicadas con necrosis infectada cursan con gas en lecho pancreático en un 30% de los casos. Puede producirse debido a la descompresión de un pseudoquistes. Son más frecuentes en transverso distal y ángulo esplénico, con importante repercusión hemodinámica. Los estudios complementarios fueron dirigidos a evidenciar trayecto fistuloso con la sospecha de localización alta (estomago o intestino delgado) debido a que estas se correlacionan con menor compromiso del estado general en relación a la baja carga de gérmenes, tal como se presentó en este caso. Destacamos la importancia ante el hallazgo topográfico de aire en lecho pancreático, de la sospecha de pancreatitis enfisematosa, por su alta mortalidad relacionada con sepsis y shock.

CC/P-15

GASTRINOMA PANCREÁTICO: A PROPOSITO DE UN CASO

Alcaraz Serrat, J(1); Cappelli, ME(1); Lombardo, D(1); Aybar Odstrcil, IM(1); Tortosa, M(1); Fuentes, SS(1); Panico, P(1); Salas Paz, L(1)
(1)Hospital Padilla. Argentina.

INTRODUCCIÓN: Los gastrinomas son tumores neuroendocrinos derivados de las células pluri-potenciales de origen endodérmico, su localización predominante (triángulo de los gastrinomas) es en duodeno, seguido por páncreas y ganglios adyacentes. Su incidencia es escasa alrededor de 1 a 3 casos por 100.000 habitantes. Son productores de gastrina y condicionan el síndrome de Zollinger Ellison. Pueden ser esporádicos o estar asociados a NEM 1. La mayoría de los pacientes presentan síntomas o complicaciones de la hipersecreción ácida, aunque en casos puntuales la clínica puede estar "condicionada" por tratamientos previos. **Objetivo:** Advertir sobre una presentación poco habitual de gastrinoma.

CASO CLÍNICO: Paciente de 47 años que presenta hipo persistente, acompañado de vómitos líquidos abundantes de 10 días de evolución. Deshidratado leve, hemodinámicamente compensado, afebril. Antecedentes: Esofagitis por reflujo Grado C y dos Úlceras duodenales Forrest III en Videoesocopia Alta 9 meses atrás. Realizó esquema con IBP, permaneciendo asintomático por lapso de 8 meses.

Laboratorio al ingreso: Gb 11600 (71% N), Hto 36%, Hb 12gr%, Pla_q 307000/ml, VSG 9mm, Glucemia 109gr/l Urea: 0,20gr/l, Creatinina: 0,68mg/l, Prot T 5,6gr%, Alb 2,7gr%, GGT 214 u/l, resto de hepatograma normal. Función Renal normal.

VEDA al ingreso: Candidiasis Esofágica. Gastropatía congestiva y erosiva en techo, Reflujo duodenal gástrico.

ECO Abdominal: hepatomegalia heterogénea por múltiples focos inhomogéneos que destructuran la glándula, compatibles con secundarismos. Formación sólida lobulada, hipocóica en la topografía del lecho pancreático, que engloba parcialmente a los grandes vasos (penetrando tronco celiaco y desplazando a la arteria mesentérica superior). Por su volumen compromete los planos grasos e interfaces de dlivaje con las estructuras en contacto.

TAC Abdominal: Áreas hipodensas mal definidas y otras pseudonodulares en todo el parénquima hepático. En cuerpo de páncreas lesión sólida con realce heterogéneo de 59 x 67mm, en estrecha relación con la arteria Mesentérica superior, que infiltra la vena esplénica.

Marcadores Tumorales: CEA y Ca 19.9: normales.

Perfil tiroideo, PTH, Calcio y Vit D, normales.

Gastrinemia: 2328 pg/ml (VN: 13-115).

PAF de lesiones Hepáticas: Células neoplásicas compatibles con MTTs de carcinoma poco diferenciado.

Inmunomarcación: inmunofenotipo correspondiente a MTTs de tumor neuroendócrino bien diferenciado de probable origen digestivo GH1.

CONCLUSIÓN: los tumores neuroendocrinos de páncreas (gastrinomas) son de baja incidencia, por ello resulta necesario para su diagnóstico una fuerte sospecha clínica con revisión exhaustiva de antecedentes y métodos complementarios diversos. Las estrategias diagnósticas y terapéuticas deben ser abordadas por un equipo multidisciplinario (Gastroenterólogos, Endocrinólogos, Imagenólogos, Patólogos, Oncólogos y Cirujanos).

CC/P-17

CONTROVERSIAS EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UNA PACIENTE CON TUMOR NEUROENDÓCRINO DE PÁNCREAS Y NEOPLASIA ENDÓCRINA MÚLTIPLE 1.

Ledesma, CV(1); Iriarte, SM(1); O'Connor, JM(2, 3, 4); Pedro, F; Sanguineti, JM(5); Canteros, JS(1); Martinez, F(1); Bertini, K(6); Vega, A(7)

(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Militar Central Cir. My. Dr. Cosme Argerich, Buenos Aires Argentina (2)Grupo ARGENTUM (Grupo Argentino de Trabajo en Tumores Neuroendócrinos Gastro-entero-pancreáticos) (3)Servicio de Oncología, Instituto Alexander Fleming, Buenos Aires Argentina (4) (5)Servicio de Gastroenterología, Hospital Militar Salta, Salta Argentina (6)Servicio de Endocrinología, Hospital Militar Central Cir. My. Dr. Cosme Argerich, Buenos Aires Argentina (7)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Militar Central Cir. My. Dr. Cosme Argerich, Buenos Aires Argentina

Introducción: Los Tumores Neuroendócrinos Pancreáticos (TNEP) representan menos del 5% de todos los cánceres de páncreas con una incidencia global de 5 casos por millón por año. Una minoría se asocia con síndromes genéticos hereditarios, como neoplasia endocrina múltiple de tipo 1 (NEM1), enfermedad de Von Hippel-Lindau, neurofibromatosis y esclerosis tuberosa. El 15 al 35% de los gastrinomas están relacionados con NEM1. Debido a la multifocalidad de los TNEP en pacientes con NEM1, se desalentó el tratamiento quirúrgico. Sin embargo, el tamaño del tumor puede no ser un indicador de comportamiento maligno ya que la enfermedad metastásica puede estar presente en el MEN1 aún con tumores primarios pequeños.

Objetivo: Presentación de un caso de Síndrome de MEN 1 con TNEP estadio 4, en la que se decidió tratamiento quirúrgico.

Caso Clínico: Paciente femenina de 52 años con antecedentes de diarrea crónica, nódulo de paratiroides, cáncer de mama, dos episodios de hemorragia digestiva alta con VEDA: dos úlceras duodenales. Laboratorio: anemia ferropénica. Gastrinemia mayor de 1000 pg/ml. Antecedentes familiares de primer grado de cáncer de páncreas y de segundo grado de MEN 1. RMN hepática de alto campo: múltiples imágenes focales hiperintensas en ambos lóbulos hepáticos, hipocordrio izquierdo masa heterogénea 114x74x70mm desde el hilio esplénico hasta el confluente esplenomesentérico-portal. Rastreo corporal con 99mTc-octotride: cuerpo de páncreas foco de actividad aumentado de 40 x 25 mm expresión de receptores de somatostatina 2 y 5. Biopsia guiada por ecografía de lesiones hepáticas y pancreáticas: Inmunoquímica: CKAE1/AE3, vimentina, cromogranina, sinaptofisina positivos. Tumor neuroendócrino bien diferenciado (NET-1/G1). Hígado: tejido hepático sin cambios significativos. Amplificación por PCR y secuenciación de exones 2 del gen MEN 1 del brazo largo del cromosoma 11 en la posición 13: mutación c.249-252 del GTCT, codones 83-84, exón 2. Se realiza esplenopancreatectomía corporocaudal con linfadenectomía regional. Estandarización patológica: pT3 pN1 pM1. Estadio 4.

Conclusión: Thompson y colaboradores apoyaron la cirugía para pacientes con MEN-1 asociados a TNEP, ampliando las indicaciones quirúrgicas a pacientes con tamaño tumoral menor de 1,5 a 2 cm o mayor o con un aumento del mismo durante el seguimiento. El objetivo de esta operación es retrasar la necesidad de una pancreatectomía total. Serán necesarios estudios a largo plazo que determinen la eficacia de este enfoque.

CC/P-18

FISTULA CUTANEA UNA COMPLICACIÓN INUSUAL DE LA PANCREATITIS AGUDA POST COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA
Jerez, J(1); Baez, E(1); Suaya, G(1); Aira, O(1); Constanza, C(1); Blanco, R(1); Machuca, G(1); Marchesini, F(2); Currás, A(1)

(1)División Gastroenterología, Hospital Juan A. Fernandez, CABA, Argentina (2)División Cirugía General, Hospital Juan A. Fernandez, CABA, Argentina

INTRODUCCIÓN: La tasa de complicaciones que se ha reportado después de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) varía entre 5% y 10%. La pancreatitis aguda es la complicación más frecuente con una incidencia de 1,3-15,1%. Los criterios para pancreatitis post-CPRE, incluyen la reaparición de dolor abdominal, asociado con el incremento de tres veces la amilasa sérica o lipasa, dentro de las 24 horas post-CPRE. Las complicaciones de la pancreatitis aguda pueden ser locales o sistémicas. La fistula pancreática (interna o externa) es un trastorno poco frecuente, siendo la causa subyacente disrupción del conducto pancreático. Las fistulas pancreáticas externas suelen aparecer después del drenaje percutáneo de un pseudoquistes pancreático, debridamiento y drenaje quirúrgico de la necrosis pancreática aguda, lesión quirúrgica o resección pancreática. Entre el 70 - 82% de las fistulas se cierran sin intervención quirúrgica. El tratamiento se basa en la optimización nutricional, farmacológico (octreotida), endoscópico y, por último en la cirugía.

OBJETIVO: Presentar un caso con una complicación inusual de pancreatitis aguda post-CPRE.

CASO CLÍNICO: Paciente de 39 años de edad con antecedente de coledoclitiasis, consultó por dolor abdominal, ictericia, coluria e hipocolia. Al examen físico: ictericia, Murphy positivo. Laboratorio Hto. 33,5%, Hb. 11,5 g/dl, plaquetas 105000/mm³, B.T 10,6 mg/dl, B. D 6,10 mg/dl, TGO 85 U/l, TPG 114 U/l. La ecografía abdominal: litiasis vesicular, con pared engrosada, vía biliar intra y extra hepática dilatada, litos en colédoco distal. Se realizó CPRE: colédoco de 10mm con lito en su interior, no se logró extraer cálculo, se colocó prótesis plástica. Evolucionó a las 24 horas con una pancreatitis aguda con Ranson de 1 (LDH 453U/l); a las 48 horas Ranson de 2 (Hto. 28%, Ca+ corregido 7,8 mg/dl) y falla hemodinámica (APACHE 9), ingresando a unidad de terapia. Desarrolla gran masa abdominal en hemiabdomen derecho, dolorosa y de consistencia aumentada. Tomografía abdominal: derrame pleural bilateral, con colección peripancreática, que se extiende a pared abdominal antero-lateral derecha y edema de tejido celular subcutáneo. Se realizó drenaje percutáneo, con cultivo positivo para Klebsiella y determinación de amilasa en 11600 U/l, por lo que se interpretó como una fistula pancreática a pared abdominal. Se inició tratamiento farmacológico (octreotida) y posteriormente drenaje quirúrgico. La paciente evolucionó favorablemente.

CONCLUSIONES: La fistula pancreática plantea un problema poco frecuente; de difícil manejo clínico y quirúrgico. El tratamiento oportuno se basa en el control de la fistula, optimización de la nutrición, identificación de la disrupción del conducto pancreático, intervención farmacológica (octreotida), endoscópico (stent) y por último, se plantea el tratamiento quirúrgico.

CC/P-20

PRESENTACIÓN POCO HABITUAL DE HIPERTENSIÓN PORTAL EN PEDIATRÍA.
Beltramone, MP(1); Balcarce, N(1); Bernedo, V(1); Besga, A(1); Borobia, P(1); Corfield, E(1); Cueto Rua, E(1); Devigo, K(1); Gonzalez, T(1); Guzmán, L(1); Guillermina, L(1); Lucero, NA(1); Manterola, M(1); Menendez, L(1); Miculán, S(1); Nanfíto, G(1); Uhlir, A(1); Zubiri, C(1); Ben, R(1)

(1)Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Sor María Ludovica, La Plata, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La trombosis de las venas hepáticas o Síndrome de Budd-Chiari, es una causa rara de hipertensión portal (HTP) en la infancia. Típicamente se manifiesta con hepatomegalia dura y ascitis. Puede ser de etiología ideopática o secundario a un estado de hipercoagulabilidad como el Síndrome Antifosfolípido (SAF), que predispone a trombosis venosa, arterial o ambas, asociado a la presencia de anticuerpos antifosfolípidos como anticardiolipinas (ACA) o anticoagulante lúpico (AL).

OBJETIVO: presentar un caso de trombosis de vena suprahepática asociada a SAF primario. Paciente femenino de 3 años que consultó por distensión y dolor abdominal de 7 días de evolución. Se presentó con regular estado general, subfebril, abdomen distendido, depresible, no doloroso, sin vicromegalias, línea de matidez cóncava hacia arriba, onda ascítica positiva y edemas en miembros inferiores. Laboratorio de ingreso: Hto: 48% Hb: 14,3 gr% Plaquetas: normales, leucocitosis con fórmula repartida, hepatograma normal, Quick: 62%, KPTT: 32", Urea: normal, Creatinina: 1,6mg/dl, proteínas totales: 67 gr/l Albúmina: 37 gr/l, medio interno normal y proteinuria negativa. Ecografía abdominal: Hígado con aumento de ecoestructura a nivel portal, periportal y pared vesicular. Lóbulo izquierdo aumentado de tamaño. Lóbulo derecho difícil de visualizar. Doppler: Registros venosos hepático alterados compatibles con HTP, engrosamiento de epiplón menor sin trombosis portal. Se realizó paracentesis evacuadora de 1000 ml de líquido y reposición con albumina y diuréticos. Citoquímico: líquido límpido amarillento, 27 células (80% PMN), proteínas 4,4gr/l, glucosa 1,04gr/l. GASA: 1.18. Cultivo de bacterias comunes, BAAR y hongos negativos. Se realizó: TAC con doble contraste y angiografía donde se visualizó compresión de vena cava inferior por lóbulo caudado hipertrofiado; VEDA que mostró vórtices tipo I en tercio inferior esofágico hasta tercio medio; venografía con trombosis de venas suprahepáticas y estenosis secundaria de vena cava inferior por compresión extrínseca generada por lóbulo caudado hipertrofiado. Con estos hallazgos se diagnosticó síndrome de Budd-Chiari y se realizó Shunt portocavo regulado. La evolución postquirúrgica fue tórpida con difícil manejo de ascitis, medio interno y múltiples complicaciones infecciosas, se realizaron controles periódicos con ecografía y doppler abdominal que evidenciaron shunt permeable y disminución del tamaño del lóbulo caudado. Frente al diagnóstico de Síndrome de Budd-Chiari, se solicitó AL y ACA ambos positivos, se descartó LES, y comenzó con anticoagulación inicialmente con HBPM y luego con anticoagulantes orales.

CONCLUSIÓN: Frente al diagnóstico de síndrome de Budd-Chiari, debemos tener en cuenta al SAF como posible causa de hipercoagulabilidad, debido a que es necesario el tratamiento oportuno para disminuir el riesgo de trombosis recurrente (70% las venosas y 90% las arteriales).

CC/P-19

PANCREATITIS AGUDA COMO DEBUT DE UN TUMOR MUCINOSO INTRAQUISTICO DE PANCREAS; EVOLUCIONANDO CON PANCREATITIS RECIDIVANTES POST CIRUGIA.

Raiden, K(1); Cordoba, C(2); Marangoni, A(3); Carri, H(4)

(1) Servicio de Gastroenterología Sanatorio Allende Nueva Córdoba (2) Servicio de Gastroenterología de Sanatorio Allende Nueva Córdoba (3) jefe del Servicio de Diagnostico por Imagenes-Sanatorio Allende- Nueva Córdoba (4) Jefe del Servicio de Gastroenterología -Sanatorio Allende Nueva Córdoba. Argentina.

Introducción: Las neoplasias intraquisticas del páncreas son lesiones poco frecuentes que suponen aproximadamente el 10% del total de las lesiones quísticas pancreáticas y el 1% de los tumores de páncreas, y son de manejo multidisciplinario. Aparecen con mayor frecuencia en las mujeres adultas y se relaciona con el consumo de tabaco.

Objetivos: Presentación de un caso con etiología poco frecuente y evolución no esperada

Materia y Métodos: Paciente de 34 años, sin antecedentes patológicos, que ingresa en marzo del 2010 con diagnóstico de Pancreatitis Aguda Balthazar C- Amilasa: 3387- Lipasa: 9247 sin ningún otro parámetro alterado. En la Tomografía Computada de ingreso se informa: Pancreatitis Balthazar C observándose en fase cefálica una imagen líquida tabicada algo redondeada de 20 mm de diámetro sobre el margen dorsal que deforma levemente el borde pancreático y determina leve dilatación del Wirsung. Al no poder descartarse un proceso expansivo a ese nivel se decide realizar una Resonancia Abdominal con Colangio: Formación quística de morfología irregular multilobulada con una estructura tubular que se encuentra en comunicación con el Wirsung a la altura de la región cefálica del Páncreas, compatible con lesión Neofomativa tipo Ductoectático Mucinoso. Ante esta sospecha diagnóstica se decide Conducta Quirúrgica: Se realiza Duodenopancreatectomía Cefálica- Anatomía patológica: Fibrosis intersticial y peripancreática, ectasia ductal leve del conducto pancreático mayor y sus ramas con preservación del epitelio, Fibrosis leve de ampolla de Váter y Colédoco. Un año después reingresa por Pancreatitis Aguda Balthazar C sin poder determinar causa. Y al año siguiente repite otro episodio de iguales características.

Resultados y Conclusiones: Los Tumores mucinosos del páncreas son neoplasias poco frecuentes, el diagnóstico se basa en los estudios radiológicos y la clínica (no siendo la pancreatitis aguda la forma de presentación habitual) La inexistencia de episodios previos de pancreatitis facilita el diagnóstico diferencial con pseudoquistes. La actitud terapéutica en los tumores mucinosos, debe ser quirúrgica ante la imposibilidad de discernir preoperatoriamente la Histología definitiva. Dada la presentación clínica inusual y la evolución con pancreatitis recidivantes post cirugía, interpretamos como única causa posible de las mismas la alteración Fibrotica descrita en la pieza histológica de los conductos pancreáticos.

CC/P-21

PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO HEPÁTICO Y ENFERMEDAD CELÍACA. ASOCIACIÓN INFRECUENTE

Basso, DL(1); Converso, ML(2); Paradelo, M(2); Idoeta, AA(1); Defagó, MR(1)

(1)División de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Hospital San Roque. Córdoba. Argentina. (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital San Roque. Córdoba. Argentina.

INTRODUCCIÓN: El pseudotumor inflamatorio es una entidad rara, benigna, de etiología desconocida, más frecuente en pulmón e hígado. Puede ser único o múltiple y de tamaño variable.

Suele presentarse con fiebre, dolor abdominal, malestar general, pérdida de peso o ser asintomático.

El diagnóstico es difícil porque las imágenes son inespecíficas. La biopsia hepática permite diagnóstico en el 40-50%. Debe hacerse diagnóstico diferencial con hepatocarcinoma, absceso, colangiocarcinoma y metástasis.

Está descrita su asociación con enfermedad de Crohn, diabetes, colangitis esclerosante primaria y pancreatitis autoinmune, entre otras.

OBJETIVO: Presentar rara asociación de pseudotumor inflamatorio con enfermedad celíaca descompensada.

CASOS CLÍNICO: Hombre de 37 años asmático, con diagnóstico de enfermedad celíaca en la niñez sin cumplimiento de dieta, presenta malestar general, pérdida de peso, fiebre, dolor en hipocondrio derecho y dorso de 20 días de evolución e hipoventilación en base pulmonar derecha.

En el laboratorio, se observa leucocitosis con neutrofilia, eritrosedimentación elevada, hipertransaminasemia leve, FAL y GGT elevadas, hipergammaglobulinemia policlonal e hipoalbuminemia. Alfa-feto proteína, CEA, serología viral, VDRL, hemocultivos y urocultivos negativos.

La radiografía de tórax presenta mínimo derrame pleural derecho. La ecografía abdominal muestra dos imágenes hepáticas nodulares sólidas, hipocogénicas, definidas de 15 y 22 mm. TAC toracoabdominal con derrame pleural derecho, lesiones hepáticas focales múltiples hipodensas con necrosis, sin compromiso de vía biliar. Se realiza biopsia hepática percutánea. La histopatología muestra marcada fibrosis difusa e infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, ocasionales eosinófilos, sin atipia ni malignidad.

EVOLUCION: Se indica dieta libre de gluten y controles periódicos. A los 2 meses, se objetiva aumento de peso, mejoría de los parámetros de laboratorio y ecografía normal. A los 18 meses paciente asintomático y cumpliendo dieta.

CONCLUSIÓN: La asociación de enfermedad celíaca descompensada con pseudotumor inflamatorio es infrecuente, debería ser tenida en cuenta entre los diagnósticos diferenciales, ya que es una patología benigna que retrograda espontáneamente.

CC/P-22

AMILOIDOSIS HEPÁTICA

Carraro, C(1, 2); Germán, A(1, 2); Narvaez, A(1, 2); Marino, M(1, 2); Palmieri, P(1, 2); Kirschbaum, F(1, 2); Cartier, M(1, 3); Levi, D(1, 3); Miguez, C(1, 3); Muñoz, A(1, 3); Cavanne, A(1, 4); Romero, G(1, 4)
(1)Hospital Udaondo (2)Residencia Gastroenterología (3)Sección Hepatología (4)Sección Anatomía Patológica. Argentina.

Introducción: La amiloidosis hepática es una manifestación de la amiloidosis sistémica que se caracteriza por el depósito anormal de inmunoglobulina monoclonal de cadenas ligeras (AL) o de sus fragmentos, en el parénquima hepático. Es frecuentemente mal diagnosticada o no diagnosticada y puede estar asociada con mal pronóstico. La tinción de tejido hepático con Rojo Congo es el "Gold standard".

Objetivo: Presentar un caso de amiloidosis hepática como causa de hepatomegalia.

Materiales y métodos: Paciente femenino de 63 años, sin antecedentes, que consulta por dolor abdominal, aumento del perímetro abdominal y edemas en miembros inferiores de 3 meses de evolución. Presentaba hepatomegalia, hipoalbuminemia, hiperlipidemia, líquido ascítico compatible con hipertensión portal y proteinuria en rango nefrótico.

Laboratorio: HTO: 37 HB: 11,8 GB: 10.800 TP 83 KPTT 32 Na 140 K 3,6 LDH 530 TGO 40 TGP 24BT: 0,5 FAL 275 COL 373

Serologías virales: HIV, HCV, HBV, VDRL y Chagas: Negativas.

Proteínograma: Pt 4,6 g/dl Alb 1,9 g Alpha 1: 0,2 g Alpha 2: 0,9 g Beta 1: 0,4 g Beta 2: 0,3 g Gamma: 1 g

Orina: 11,7 gr/24 hs.

Electroforesis en orina: se observa presencia de bandas que corresponden a cadenas pesadas IgG e IgA y cadenas livianas kappa y lambda.

VEDA: Sin particularidades.

Ecocardiograma Doppler: ante la falta de signos de hipertrofia ventricular en el ECG podrían corresponder a signos de amiloidosis cardíaca. Función sistólica conservada.

Eco Doppler Esplenoportal: Moderada alteración del flujo espectral trifásico en vena suprahepática media e izquierda. Vena suprahepática derecha de calibre disminuido con flujo no detectable al Doppler. Arteria hepática con velocidad de flujo aumentada. Escaso líquido libre en cavidad. Resto s/p.

Biopsia Mucosa Rectal: Rojo Congo negativo.

Biopsia Grasa Subcutánea: No se observan depósitos (PAS, Rojo Congo)

Biopsia hepática transyugular: Parénquima hepático con estructura alterada por la presencia de depósito difuso e intenso de material rosado homogéneo que se tiñe con la técnica de Rojo Congo. Persisten conductos biliares y hepatocitos atroficos. I.D: Amiloidosis

Se interpreta cuadro como AMILOIDOSIS HEPÁTICA

Conclusión: En las últimas décadas tanto la sobrevida como la calidad de vida de los pacientes con amiloidosis ha mejorado gracias al diagnóstico precoz, al mayor conocimiento de los riesgos y a los avances en el tratamiento de esta patología, rara pero con alta morbilidad.

Su diagnóstico resulta dificultoso, debe tenerse en cuenta en pacientes que presenten hepatomegalia y FAL elevada; generalmente se basa en la positividad de la tinción rojo Congo en la muestra histopatológica.

CC/P-24

CAPILLARIASIS INTESTINAL: REPORTE DE UN CASO EN ARGENTINA

Manresa, M(1); Astutti, B(1); Urigoitea, R(1); Hurtado, E(1); Galletto, P(1); Girotti, C(1); Curciarello, J(1); Calzona, C(1)
(1)HIGA Rossi. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La capillariasis intestinal humana es una zoonosis emergente causada por el nematodo *Capillaria philippinensis*. Los huéspedes naturales son los peces y las aves que los consumen. La transmisión al humano se genera principalmente al ingerir pescado crudo o insuficientemente cocido. Dicha infestación se restringe al intestino delgado generando una enteropatía malabsorbible severa asociada a dolor abdominal que puede llevar a la muerte sin tratamiento adecuado. Suele evidenciarse hipoalbuminemia, hipopotasemia, anemia y eosinofilia. El diagnóstico se basa en el rescate de huevos, larvas y/o gusanos adultos en el examen directo de las heces. En ocasiones existen falsos negativos debido a la liberación intermitente de los huevos y/o a la falta de entrenamiento del observador. Ante una alta sospecha clínica y coproparasitológicos negativos puede realizarse aspirado o biopsia intestinal para confirmar la presencia del parásito. El tratamiento consiste en albendazol 400 mg/día vía oral durante 4 semanas, con buena respuesta al mismo. Se han reportado más de 2000 casos en Filipinas y Tailandia, y casos esporádicos en Corea, Japón, Taiwán, Egipto, India, Irán, Italia, Emiratos Árabes Unidos, España, Reino Unido y China. En el año 2010 se reportó un caso en una joven cubana siendo el único documentado en América hasta la actualidad. **OBJETIVO:** Presentar un caso de diarrea crónica de etiología infrecuente en América del Sur. **CASO:** Mujer residente en La Plata de 48 años que consulta por diarrea de 6 meses de evolución, asociada a dolor abdominal, urgencia defecatoria y pérdida de peso significante (>10%). Refiere haber realizado un crucero por Centroamérica 3 semanas previas al comienzo de los síntomas. Examen físico sin hallazgos de relevancia. En el laboratorio no se evidenciaron alteraciones. Pruebas serológicas para enfermedad celíaca y HIV negativas. Tirotrófina normal. Coprocultivo negativo. Coproparasitológico positivo para *Capillaria philippinensis*. Recibió tratamiento con mebendazol 400mg/día durante 20 días con resolución del cuadro clínico y negativización del coproparasitológico. **CONCLUSIÓN:** Considerar el diagnóstico de esta parasitosis en pacientes con diarrea crónica, en presencia de antecedentes de ingesta de pescados crudos o posiblemente mal cocidos, sobre todo teniendo en cuenta que la evolución natural de esta enfermedad puede ocasionar la muerte.

CC/P-23

ABDOMEN AGUDO INFLAMATORIO EN UN PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA

Bello, GF(1); Belloni, R(1); Carrica, S(1); Fainberg, M(1); Barbero, R(1); Sciarretta, M(1); Garavento, L(1)
(1)Servicio de Gastroenterología, H.I.G.A. General San Martín, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El abdomen agudo es un cuadro poco frecuente en pacientes cirróticos, que puede presentarse en una forma atípica, así como requerir un manejo distinto.

Objetivos: - Reportar una complicación infrecuente en pacientes cirróticos.

- Sugerir una pauta de manejo ante la sospecha de abdomen agudo en este tipo de pacientes.

Paciente y Método: Paciente masculino, de 56 años de edad, con antecedente de cirrosis hepática por alcohol (Child B), que se presenta con dolor abdominal agudo de intensidad 8/10, 24hs de evolución, asociado a vómitos y diarrea. Al examen físico, se encontraba hemodinámicamente estable, afebril; abdomen blando, depresible y doloroso en forma difusa.

Laboratorio: Hto 33%, GB: 23.100/ul, amilasa: 56 UI/l, protrombina: 59%.

Ecografía: Hígado disminuido de tamaño de contornos lobulados y ecorresponda heterogénea difusa. Líquido libre abdominal en subhepático, periesplénico e interasas a nivel de FID.

Se realiza paracentesis y se administra empíricamente cefotaxime 2 gr/12hs sospechando peritonitis bacteriana espontánea (PBE). Se suspende al recibir el análisis físico-químico del líquido ascítico, con características normales.

A las 24hs, evoluciona en forma tórpida, intensificando su dolor y localizándolo en FID, y tras ser evaluado por cirugía se decide su intervención con laparoscopia exploratoria. Se realiza apendicectomía y se drena líquido libre seropurulento.

Resultados: La anatomía-patológica de la biopsia quirúrgica evidenció apendicitis aguda inespecífica. Finalmente evoluciona clínicamente favorable tras la cirugía, y es dado de alta tras 8 días de internación.

Conclusiones: La cirrosis altera el estado inmunológico del paciente. A pesar de esto, no limita las manifestaciones de un cuadro de abdomen agudo inflamatorio como es el caso de una apendicitis, aunque es visto con muy baja frecuencia y con diversas formas de presentación.

Hay tres factores esenciales que determinan el riesgo quirúrgico en cirróticos: el grado de descompensación de su enfermedad de base (score de Child-Pugh y MELD), si la operación se realiza de urgencia o programada, y la naturaleza o tipo de cirugía. Igualmente se evidenció que la apendicectomía presenta menor tasa de mortalidad que la mayoría de cirugías no-hepáticas en cirróticos.

Un estudio comparativo entre apendicectomía laparotómica y laparoscópica en cirróticos evidenció que el dolor post-operatorio y la permanencia hospitalaria era significativamente menor en el segundo grupo, mientras que el costo era similar.

La ascitis aumenta el riesgo de dehiscencias abdominales, hernias de la pared, compromiso respiratorio y PBE. El paciente del caso, al ser Child B, presenta una tasa de morbilidad del 42%, tasa de mortalidad de 15% en 30 días y de 55% en un año.

La literatura en este tipo de complicación en cirróticos es limitada.

CC/P-25

ESOFAGITIS NECROTIZANTE O "ESÓFAGO NEGRO"

Nazar, MC(1); Fiorentino, R(1); Salim, S(1); Zerbo, O(1); Cabanne, A(1); Amendola, R(1); Corti, RE(1); Stefanolo, JP(1); Pintos, J; Welsh, P(1); Matus, GS(1); Marino, M(1)
(1)Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo"

Introducción:

La Esofagitis necrotizante aguda es una patología muy poco frecuente, su patogenia no está del todo aclarada, relacionándose con situaciones de hipoperfusión, obstrucción del tracto digestivo alto y malnutrición. El diagnóstico es endoscópico e histológico. **Objetivo:** conocer una patología poco frecuente y subdiagnosticada, enfatizar en la sospecha clínica y así evitar sus complicaciones. **Caso clínico:** masculino de 71 años con antecedentes de HTA, tabaquista severo 60 pack/year, enfermedad ulcero-péptica hace más de 30 años sin tratamiento, 3 internaciones por hemorragia digestiva alta, la última hace 7 años, consumo de Aspirina. Consulta por vómitos postprandiales tardíos y epigastralgia, sin pérdida de peso. Se realiza Video endoscopia digestiva alta: Esófago desde los 30 cm de ADS hasta los 40 cm mucosa con coloración negruzca que alterna con áreas blanquecinas en toda la circunferencia del órgano. Duodeno: Bulbo se observa úlcera de 2 cm de diámetro con fibrina bordes irregulares se toman biopsias. Infranqueable a 2da porción duodenal. Anatomía patológica: Esófago: Material necrótico-fibrino-leucocitario. Duodeno: coagulo hematíco, material necrótico-fibrino-leucocitario que engloba elementos micóticos y un fragmento de mucosa duodenal con numerosas glándulas de Bruner e inflamación crónica activa. TAC de abdomen y pelvis: engrosamiento parietal gástrico sin otros hallazgos significativos. Se inicio tratamiento con reposo digestivo, hidratación parenteral, antibiocioterapia, sucralfato y omeprazol a doble dosis con mejoría clínica. **Resultado:** Esofagitis necrotizante aguda con retención gástrica secundaria a obstrucción al tracto de salida por úlcera duodenal. **Conclusión:** La esofagitis necrotizante se presenta en forma habitual con hemorragia digestiva alta, como así también vómitos y dolor epigástrico, Suele subdiagnosticarse con hallazgo erróneo de esofagitis por reflujo por endoscopia. Entre las causas se describen una hipoperfusión temporal, en paciente con factores predisponentes como ser el déficit nutricional, obstrucción al tracto de salida infecciones víricas, estados de shock, cetoacidosis diabética, entre otras. Las complicaciones asociadas incluyen estenosis y abscesos transmurales.

CC/P-26**DISFAGIA INTERMITENTE POR ESOFAGITIS EOSINOFILICA**

Olivera, OA(1); Alsina, MF(1); Fernández, R(2); Gómez, G(1)
 (1)Sección Sanidad, RIM 26, Ejército Argentino, Junín de los Andes, Argentina. (2)Sección Sanidad, GAM 6, Ejército Argentino, Junín de los Andes, Argentina.

INTRODUCCION: La Esofagitis Eosinofílica (EE) se caracteriza por presentar infiltración eosinofílica en la mucosa esofágica, presumiblemente de causa alérgica o idiopática. En su forma aislada es reconocida como causa de disfagia y reflujo sin respuesta al tratamiento anti-secretor. Los primeros casos fueron reportados en los años setenta. El síntoma predominante es la disfagia. En el esófago normalmente no se observan eosinófilos, sin embargo, es un órgano inmunológicamente activo (al igual que el colon), que es capaz de reclutar células en respuesta a múltiples estímulos, entre ellos el reflujo gastroesofágico (RGE).

PACIENTE: Paciente de sexo masculino, 46 años, militar en actividad. Refiere antecedentes de rinitis alérgica y dermatitis atópica.

CASO CLÍNICO: Consulta en febrero de este año por disfagia intermitente para sólidos, de comienzo reciente, aislados episodios de pirosis y pérdida de peso de aproximadamente 10kg en 3 meses. Se realizan análisis de laboratorio presentando TSH 5.31 uIU/ml (N=0.30-5.00), T4L 1.10ng/dl (N=0.80-2.00), serie roja normal, eosinofilia relativa (5%) y absoluta. Se realiza VEDA que informa: cambio mucoso a 36 cm. Hiato esofágico a 37cm. En esófago por encima del cambio mucoso se identifica lesión sésil erosionada asociada a erosión lineal corta, no confluentes. Resto de mucosa con signos de acantosis glicogénica. Leve eritema antral. Bulbo duodenal normal. Se toman biopsias de esófago y estómago. Anatomía Patológica de biopsias de esófago distal muestra acantosis y presencia de infiltrado de eosinófilos que afecta la mucosa y submucosa. Se trata al paciente con dosis completa de IBP por tres meses. El paciente continuó con síntomas. En mayo de este año se realiza nueva VEDA que informa: ondas terciarias simultáneas y pliegues en todo el cuerpo esofágico. El resto del informe similar al anterior. Biopsias. Anatomía Patológica: en muestras tomadas en esófago proximal y distal presentan hiperplasia basal, edema intercelular y exocitosis intraepitelial de eosinófilos que supera los 15 eosinófilos/campo. En corion presencia de infiltrados eosinófilos subepiteliales. **DISCUSION:** La esofagitis eosinofílica (EE) provoca síntomas similares a la ERGE con la que confronta como frecuente problema diagnóstico. Es una patología emergente de creciente incidencia en países desarrollados. Es más frecuente en niños que adultos. Se manifiesta por disfagia de crónica o intermitente y episodios recurrentes de impactación alimentaria en esófago que ocasionalmente requiere intervenciones endoscópicas. Otros síntomas son el dolor torácico y la pirosis. El diagnóstico de EE debe sospecharse ante pacientes con disfagia, impactación alimentaria, dolor torácico atípico o clínica sugestiva de ERGE que no responde al tratamiento intensivo con inhibidores de la bomba de protones.

CC/P-28**LEIOMIOSARCOMA GASTRICO , UN DESAFIO EN LA ERA POST GIST**

Ahumaran, G(1); Laudanno, O(2); Gollo, P(2); Lasagna, R(2); Zusaeta, M(2); Dioca, M(3); Rojas Bilbao, E(3)
 (1)Hospital Bocalandro, Argentina (2)Hospital Bocalandro (3)Hospital Roffo

La mayoría de las neoplasias mesenquimales del tracto gastrointestinal son diagnosticados como tumores del estroma gastrointestinal (GIST), constituyen sus criterios diagnósticos la expresión de CD117 y/o presencia de mutaciones c-KIT o PDGFR. Un 5% de estas neoplasias no expresan CD117 y el estudio mutacional toma mayor relevancia. Leiomiomas primarios del tracto gastrointestinal son muy raros y presentan características clinicopatológicas bien definidas en la actualidad.

Objetivo: presentar un caso de leiomiomas gástrico y sus características inmunohistoquímicas que permiten diferenciarlos de otros tumores subepiteliales

Caso clínico: paciente masculino de 69 años, consulta por epigastralgia, melena y pérdida 8 kg de peso. Se realiza veda encontrándose en techo gástrico una lesión elevada aprox 2 cm con ulceración central compatible con lesión submucosa

Tac de torax y abdomen muestran imágenes compatibles con secundarismo a nivel hepático y pulmonar bilateral

Anatomía patológica microscopia: en la submucosa gástrica proliferación neoplásica fusocelular, con nucleos ovoides hiper cromáticos moderado pleomorfismo, escasas mitosis, observándose invasión de la mucosa

Inmunohistoquímica: positiva para vimentina, desmina, actina L y negativos para: cd34, dog1, cd117. Perfil mutacional mediante realtime pcr: c-KIT (Wild-type exón 11, 9, 13 y 17) y PDGFR (Wild-type exón 12 y 18) fueron negativas. Confirmado el diagnóstico de leiomiomas del paciente comenzó con quimioterapia convencional

Conclusiones: La histología, los patrones inmunohistoquímicos y estudios mutacionales de los tumores mesenquimatosos ayudan al diagnóstico diferencial, teniendo implicancias en el pronóstico y la terapéutica. Quimioterapia para los leiomiomas o imatinib en los gist.

CC/P-27**MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES CON ATRESIA DE ESÓFAGO**

Núñez, MH; Petri, V; Riga, C; Kohn, J; Romero, E; Defago, V

INTRODUCCION: La Atresia de Esófago (AE), es una de las malformaciones más frecuente, que consiste en la falta de continuidad entre el tercio superior medio, con el tercio inferior, frecuentemente asociado con fistula traqueo esofágico. Se considera que la incidencia es de 1 en 2.500 vivos. La enfermedad por reflujo gastroesofágico es una complicación muy frecuente en éstos pacientes y los métodos de diagnóstico variaron de acuerdo a la posibilidad de los métodos con que contamos, hoy la combinación de monitoreo de peachimetria con impedanciometria multicanal intraluminal (IMI) para la evaluación los movimientos de los alimentos e identificar lo ácido de lo no ácido este método es muy importante. Nuestro objetivo es comunicar nuestra experiencia en tres pacientes, entre los años 2011 - 2013 **Material y Método:** Dos pacientes son de sexo masculino y una mujer, cuyas edades son 6,7 y 10 años, como antecedentes en uno de los varones presentó fistula que se resolvió. Se les realiza en los tres pacientes, tránsito esofagogastrroduodenal, cámara gama con Tc99, IMI, con catéter de 6 canales y una de monitoreo de Ph por 24 hs de Sierra, endoscopias con toma de biopsias y en dos de ellos manometría de esófago. **Resultados:** Hemos obtenidos, tránsito esofagogastrico con leve estenosis en zona de cirugía, cámara gama sin pasaje a pulmón, y en la endoscopia con esofagitis grado A; IMI, en uno de los pacientes un trazado normal, y en los otros dos, movimientos de más de 20 episodios no ácidos, con un score de Boix Ochoa de 20 a 25 para los ácidos, coincidiendo con los síntomas, ya que nos permitió la decisión quirúrgica, en un paciente. **Conclusión:** Entre todos los métodos diagnóstico, el de IMI se correlaciona la AE y enfermedad por reflujo, sin embargo, creemos que debemos continuar en ésta línea de trabajo para obtener más resultados con mayor casuística

CC/P-29**PRESENTACION DE CUATRO CASOS CON SENSIBILIDAD AL GLUTEN**

Menendez, L(1); Balcarce, N(1); Beltramone, M(1); Bernedo, V(1); Besga, A(1); Borobia, P(1); Corfield, E(1); Cueto Rua, E; Devigo, K(1); Gonzalez, T(1); Guzman, L(1); Leidi, G(1); Lucero, N(1); Manterola, M(1); Miculan, S(1); Nanfito, G(1); Uhlir, A(1); Zubiri, C(1); Ben, R(2)

(1)Servicio Gastroenterología, Hospital Sor Maria Ludovica, La Plata, Argentina. (2)Jefe de Servicio de Gastroenterología, Hospital Sor Maria Ludovica La Plata, Argentina

INTRODUCCIÓN: En los últimos años ha cobrado mayor interés la existencia de un cuadro clínico muy similar a la enfermedad celiaca (EC) que no se ajusta a los cánones tradicionales de diagnóstico. Se trata de pacientes que suman alto puntaje clínico para la sospecha diagnóstica de EC y que presentan serología y biopsia de intestino delgado (BID) normal.

A estos pacientes durante años se les realizó dietas de exclusión alimentaria frecuentemente relacionadas a proteínas de leche de vaca sin éxito o se los interpretaba como síndromes de intestino irritable.

La literatura relata desde la década del 80 la existencia de un síndrome que relaciona el gluten de la dieta con un efecto toxico generador de síntomas gastrointestinales en presencia de una mucosa normal. A esta entidad se la denomina Síndrome de Cooper-Cook.

En los últimos años ha habido numerosas publicaciones que hacen referencia a esta entidad pero ahora bajo la denominación de sensibilidad al gluten.

OBJETIVO: Demostrar la existencia de la entidad sensibilidad al gluten en ausencia de enfermedad celiaca.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó una revisión de historias clínicas de pacientes que concurren al servicio de Gastroenterología del HIAEP Sor María Ludovica de La Plata encontrándose 4 pacientes que cumplieron con los criterios clínicos de dicha entidad.

RESULTADOS: Todos presentaron varias determinaciones normales de IgA transglutaminasa, IgG anti gliadina e IgA anti endomisio con dosaje de IgA total, además se realizó dosaje de IgE total y rast (IgE específica) para leche de vaca, trigo, huevo y soja. Dado la persistencia del cuadro clínico, aun con serología negativa se sometieron a dichos pacientes a endoscopia digestiva alta, con múltiples biopsias proximales y distales cuyos resultados fueron normales. Todos habían probado previamente dietas de exclusión a proteínas de leche de vaca sin éxito. Todos se sometieron a dieta sin tacc luego de la toma de la biopsia, recuperando peso y normalizando las deposiciones.

CONCLUSION: La sensibilidad al gluten es una entidad que debe tenerse en cuenta en aquellos pacientes con síntomas digestivos no atribuibles a enfermedad celiaca, entendiéndose que la dieta sin tacc representa una mejoría clínica para los mismos.

ISQUEMIA MESENTÉRICA VENOSA EN PACIENTE CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO SECUNDARIO

Miranda, C(1); Barrientos, R(2); Rodríguez, M(3)

(1)Clínica Médica, Clínica Pasteur, Neuquén, Argentina (2)Terapia Intensiva, Clínica Pasteur, Neuquén, Argentina (3)Cirugía, Clínica Pasteur, Neuquén, Argentina

Los anticuerpos antifosfolípidos fueron descritos por primera vez en 1906 en un estudio de Wassermann los pacientes con resultados positivos en las pruebas serológicas para sífilis.

La presencia de estos anticuerpos en pacientes con trombosis arterial y venosa o la morbilidad en el embarazo comprende el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.

Este síndrome se conoce como SAF primario cuando se produce en forma aislada y secundario cuando se produce en asociación con otras condiciones, tales como el lupus eritematoso sistémico (LES).

El lupus eritematoso es una enfermedad autoinmune compleja de origen desconocido caracterizado por la producción de numerosos anticuerpos (ac) contra diversos antígenos (ag) propios del individuo. La diversidad de los síntomas clínicos, serológicos e inmunológicos son el resultado de la activación de mecanismos inmunes, diferentes genes y vías de la inflamación que comprometen los diferentes órganos y sistemas.

Trombosis venosa mesentérica se ha estimado, de forma variable, 0,002 a 0,06% de todas las hospitalizaciones, 0,01% de todas las admisiones quirúrgicas de emergencia y menos de una de cada 1.000 laparotomías por "abdomen agudo".

La trombosis puede ser primaria, cuando se debe a un trastorno de coagulación y secundaria, como ocurre en los procesos intraabdominales.

El tromboembolismo venoso es la manifestación clínica inicial más frecuente observada en el SAF, que se produce en el 32% de los pacientes que cumplen los criterios de la conferencia de consenso para el diagnóstico. El tratamiento inicial del tromboembolismo venoso en pacientes con SAF consta de la terapia anticoagulante.

Paciente de sexo femenino de 47 años con antecedentes de Tabaquista, obesidad, metrorragia sin estudio; ingresa derivada por presentar dolor abdominal en hipogastrio de una semana de evolución por lo que consulta el día 08/03/13 se interna y se trata como infección urinaria alta. Se externa el día viernes 09/03/13. El día 10/03/13 se re interna por continuar con dolor y deposiciones melánicas, por lo que se realiza cirugía, laparotomía exploradora donde se constata isquemia intestinal desde el ángulo de Treitz hasta 10 cm de la válvula ileocecal, se evidencia pulso mesentérico, interpretando cuadro como isquemia venosa, se realiza lavado con suero tibio se deja abdomen abierto contenido por bolsa de Bogotá, e ingresa a esta UTI en ARM, inestable hipotensa con escasa respuesta al volumen por lo que requiere inotrópicos. Es evaluada por cirugía e inicia anti coagulación.

Se solicita marcadores tumorales los cuales se informan negativos, se solicita colagenograma encontrándose patrón compatible con enfermedad autoinmune sistémica.

Se realiza ecografía abdominal con doppler que muestra adecuado patrón de flujo a nivel del registro Doppler. No se observan signos de fleo intestinal.

Paciente con buena evolución, tolerando dieta, anti coagulada con acenocumarol, con SIVACO.

HEMORRAGIA DIGESTIVA SECUNDARIA A DUPLICACIÓN ILEAL CON HETEROTOPÍA GÁSTRICA

Wedé, G(1); Gonzalez, J(1); Weyersberg, C(1); Sasson, L(1); Ruiz, JA(1)

(1)Servicio de Gastroenterología Hospital de Pediatría Juan P Garrahan. Argentina.

Introducción: La duplicación ileal con mucosa gástrica heterotópica es una malformación congénita rara. La presentación clínica puede variar dependiendo del tamaño y la localización, la presencia de mucosa heterotópica y la comunicación con la luz intestinal. El sangrado gastrointestinal es una complicación frecuente y suele presentarse como melena o enterorragia. **Caso clínico:** Paciente de 11 años, sexo femenino, con antecedentes de anemia microcítica hipocrómica de dos años de evolución, con buena respuesta al tratamiento con Sulfato ferroso por vía oral. Consulta por melena y enterorragia, con anemia severa (Hemoglobina de 5,3), con descompensación hemodinámica y requerimiento de Transfusión de Glóbulos Rojos. Se realiza Ecografía Abdominal normal, Centellograma con Tecnecio 99, sin captación patológica. VEDA y VCC normales. Ante la falta de evidencia del sitio de sangrado, se solicita Videocápsula endoscópica, que demuestra en fleon distal formación tubular que se proyecta y comprime extensamente la luz con un orificio de bordes elevados, el que presenta escaso sangrado activo en napa. Impresión diagnóstica Duplicación Intestinal tubular versus Divertículo de Meckel. Se realiza Laparotomía exploradora: a 70 cm de válvula ileo cecal, aumento del diámetro y consistencia de las asas, continuándose hacia proximal con una duplicación intestinal de 2 cm de diámetro pegado al asa normal en su borde mesentérico. Resección del segmento de 98cm de longitud, con anastomosis término terminal. Presento buena evolución postquirúrgica. Anatomía Patológica de la pieza quirúrgica: Duplicación intestinal con heterotopía gástrica.

Conclusión: A pesar de tratarse de una rara patología debe sospecharse en casos de hemorragia digestiva que se manifiesten como enterorragia.

COMPLICACION DE LINFOMA NO HODGKIN EN PACIENTE CELIACO

Olivera, OA(1); Páscolo, DA(2); Rodríguez Blanco, D(2)

(1)Sección Sanidad, RIM 26, Ejército Argentino, Junín de los Andes, Argentina. (2)Servicio de Cirugía General, Hospital Militar Regional Córdoba, Córdoba, Argentina.

Introducción: La EC (Enfermedad Celíaca) es común a nivel mundial (1:100-300 personas), con una relación entre hombre/mujer de 2:1. Muchos pacientes con enfermedad celíaca tienen síntomas mínimos, o se presentan atípicamente. En adultos, la enfermedad celíaca (EC) es diagnosticada en promedio > 10 años después de que el paciente presenta sus primeros síntomas. Si no se reconoce la EC en un individuo, puede aumentar el riesgo de complicaciones que amenacen la vida y que son difíciles de manejar como por ejemplo el linfoma intestinal. **Objetivo:** El objetivo fue presentar el caso de un paciente celíaco diagnosticado luego de los 50 años que desarrolla linfoma de ID y complica por perforación.

Paciente: Hombre de 72 años de edad, con diagnóstico endoscópico y anatomopatológico de gastritis crónica y enfermedad celíaca desde hace 10 años. Desnutrición (BMI 16,9).

Caso clínico: Ingresó por guardia médica por dolor abdominal y distensión progresiva de 48hs de evolución. Al examen físico presenta signos de peritonismo con disminución de RHA. Estudios de laboratorio normales. La radiografía de abdomen muestra asas distendidas de ID con niveles hidroaéreos (HA). TC abdomen: dilatación y niveles HA en ID, líquido libre interasas. Se realiza laparotomía exploradora con la sospecha de perforación de víscera hueca, se encuentra perforación yeyunal a 40cm del asa fija, se resecan 10cm de intestino y se realiza anastomosis término-terminal. El análisis macroscópico de la pieza muestra lesión eritematosa, sobre elevada con región central ulcerada y perforada. La IHQ informa Linfoma difuso de células grandes B, anaplásico. El paciente se recupera favorablemente de la cirugía, se le indica quimioterapia CVP + R por 6 ciclos, sobrevivió 2 años en la actualidad.

Discusión: Las enfermedades malignas son más frecuentes en los pacientes con EC clásica de larga data y no tratada. Se piensa que una dieta libre de gluten protege contra el desarrollo de las neoplasias, si bien esto podría no ser el caso para el desarrollo de los linfomas asociados a enteropatía en pacientes celíacos diagnosticados más allá de los 50 años. Los tumores de intestino delgado (ID) son neoplasias poco frecuentes. Los linfomas son la tercera neoplasia primaria del ID y constituyen entre el 15 y el 20% del total de tumores malignos de ID. Los tumores de ID son muy infrecuentes, suponen menos del 2% de todas las neoplasias gastrointestinales. Es llamativo ya que el ID representa el 75% del tubo digestivo. Sin embargo debe tenerse en cuenta ante clínica de abdomen agudo perforativo principalmente en pacientes celíacos.

ENTEROPATIA PERDEDORA DE PROTEÍNAS: TRES ETIOLOGÍAS PARA UN MISMO SÍNDROME

Uhlir, A(1); Balcarce, N(1); Beltramone, M(1); Bernedo, V(1); Besga, A(1); Borobia, P(1); Corfield, E(1); Cueto Rua, E(1); Devigo, K(1); Gonzales, T(1); Guzmán, L(1); Leidi, G(1); Lucero, NA(1); Manterola, M(1); Menendez, L(1); Miculán, S(1); Nanfíto, G(1); Zubiri, C(1); Ben, R(1)

(1)Servicio de Gastroenterología y Hepatología Pediátrica, Hospital Sor María Ludovica, La Plata, Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La enteropatía perdedora de proteínas es complicación de una variedad de patologías intestinales caracterizadas por la pérdida excesiva de proteínas por el tubo digestivo. Los mecanismos patogénicos pueden ser alteraciones: linfáticas, de la superficie mucosa o vasculares. Los exámenes complementarios deben ser orientados según la sospecha etiológica. **Objetivo:** Describir tres casos clínicos de enteropatía perdedora de proteínas con presentación similar y diferente etiología.

1° Caso: Niña de 4 años que ingresa por edemas, vómitos y "calambres". Antecedentes de diarrea, irritabilidad y astenia de un mes de evolución. Peso y talla Pc <3, hipotrofia muscular y distensión abdominal con matidez infraumbilical. Laboratorio: anemia, enzimas hepáticas elevadas, hipoproteíнемia, hipoalbuminemia, hipoalbuminemia, hipoalbuminemia, hipocalcemia, hipocalcemia. IgA 1,86 g/L, EMA +, Ttg IgA 129 U/L, AGA2 IgG 205 U/L, esteatocrito 30 %, función renal y orina normal. Score Celiared: 171 (100 % de probabilidad). VEDA: signos endoscópicos de atrofia. Anatomía patológica: atrofia grado 4. Requiere correcciones del medio interno y albúmina, NEC de hidrolizado proteico, continuándose con dieta sin TACC.

2° Caso: Niño de 2 años que ingresa con sospecha de suboclusión intestinal. Eutrófico. Presenta edemas y derrame pleural, distensión y dolor abdominal. Laboratorio: hipoalbuminemia, hipoproteíнемia, anemia, dislipemia, función hepática y renal normal. Requiere expansiones y albúmina. VEDA: gastropatía eritematosa con patrón en mosaico, friable, pliegues engrosados. Histopatología: gastropatía hipertrófica CMV (+) en techo y curvatura mayor.

3° Caso: Niña de 2 años con edema bípalebral y de miembros inferiores. Antecedente de diarrea crónica y vómitos alimenticios. Examen físico: pérdida de peso y abdomen distendido. Laboratorio: linfopenia, hipoproteíнемia, hipogammaglobulinemia a expensas de IgG, esteatocrito 9%. Función hepática y renal normal y anticuerpos para celiaquía negativos. Score Celiared: 39 puntos (probabilidad del 80%). Requiere reposiciones hidroelectrolíticas, albúmina, ayuno y nutrición parenteral. VEDA, colonoscopia y anatomía patológica normal. Se descartan infecciones, alergias e inmunodeficiencias. Ante la no mejoría se realiza TAC de abdomen: relación anormal de los vasos mesentéricos. SEG, tránsito intestinal y colon por enema muestran signos de malrotación. Resolución quirúrgica: vólvulo de intestino medio. Diagnóstico de linfangiectasias secundarias a malrotación intestinal y vólvulo crónico.

Conclusión: La enteropatía perdedora de proteínas debe ser considerada en pacientes que presenten edemas, derrame pleural y/o pericárdico e hipoalbuminemia con exclusión de causas de alteración de la síntesis, pérdida aumentada por riñón o piel. El tratamiento debe ser dirigido al soporte nutricional y resolución de la patología de base.

CC/P-34**HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA DE CAUSA INUSUAL**

Trakál, JJ(1, 2); Gorordo Ipiña, C(1, 2); Fernández, D(1, 2); Zárate, F(1, 2); Olmos, G(1, 3); Pugliese, A(1, 3); Viscido, G(1, 3); Sambuelli, G(1, 4); Armando, L(1, 4)

(1)Clínica Universitaria Privada Fabiola (2)Gastroenterología (3)Cirugía General (4) Anatomía Patológica. Argentina.

Paciente masculino de 53 años de edad sin antecedentes patológicos de relevancia, que comienza 5 días previos a la consulta con dolor abdominal tipo cólico y tenesmo rectal. Horas previas al ingreso institucional presenta aumento del dolor, síntomas autonómicos hematoquezia seguida de síncope.

Al ingreso se realiza estabilización hemodinámica, presentaba anemia sin otras alteraciones importantes de la analítica laboratorial, se realiza ecografía abdominal que muestra líquido libre en Douglas, FII y FID con importante engrosamiento de paredes colónicas. Distensión de asas de intestino delgado y enrarecimiento de grasa mesentérica. Se decide competir con una TC en la que se ve enrarecimiento de la grasa mesentérica con múltiples imágenes compatibles con ganglios mesentéricos; importante engrosamiento de la pared del colon descendente, colon sigmoideos y el recto, con enrarecimiento de su grasa periférica; engrosamiento de la fascia pararenal anterior y lateroconal izquierda.

Se decide realizar una videocolonoscopia de urgencia que muestra hasta los 60 cm explorados mucosa con ausencia de vasos submucoso en toda el área explorada, con múltiples parches erosivos, algunos con fibrina en toda la extensión del colon. No puede progresarse hacia proximal ya que presenta un área estenótica que no se distiende a la insuflación y maniobras para avanzar el estudio. Durante todo el procedimiento se observan restos de materia fecal y hemo que provienen de proximal. Se toman biopsias que se envían a anatomía patológica y bacteriología. Debido a los hallazgos (y al descartar BAAR) se comienza con el esquema de Truelove-Witts.

A pesar del tratamiento repite tres episodios más de hematoquezia la última cataclísmica lo que obliga a realizar una colectomía total de salvataje.

El paciente evoluciona de forma favorable siendo retransitado tres meses más tarde sin nuevos episodios.

El análisis histopatológico de la pieza quirúrgica arroja como diagnóstico final una Miopatía visceral familiar, con una lesión ulcerosa preestenótica que erosionava vasos.

Lo interesante de este caso es lo infrecuente de la patología y que a su vez dentro de esta rara enfermedad esta es una complicación poco frecuente.

CC/P-36**ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE COLON EN MENORES DE 30 AÑOS**

Olivera, OA(1); Krasiuk, M(2); Vilarelle González, J(2); Fernández, R(2); Monzón, E(2)

(1)Sección Sanidad, RIM 26, Ejército Argentino, Junín de los Andes, Argentina. (2)Sección Sanidad, GAM 6, Ejército Argentino, Junín de los Andes, Argentina.

INTRODUCCION: La prevalencia de enfermedad diverticular de colon (EDC) incrementa con la edad, siendo rara en menores de 40 años (<10%), aunque en los últimos años se ha incrementado. En pacientes jóvenes la diverticulitis se ha descrito más agresiva en comparación a los de mayor edad.

OBJETIVO: Presentar dos casos clínicos de EDC en pacientes jóvenes.

CASO 1: Soldado de 23 años con antecedente de sinusitis crónica. Fumador 40 cig/día desde hace 10 años. Sin medicación. Consulta por dolor abdominal de 24hs de evolución, continuo y progresivo en hipogastrio y FII, no aumenta con movilización y no mejora con defecación. Sin diarrea, nauseas ni vómitos. Al examen: 37,8°, dolor a la palpación en FII, leve defensa y reacción peritoneal. Laboratorio: GB14.600 c/N86%, Hb14.5, Hto44, VSG 65, Glc 94, Uremia28, GOT43, GPT61, FAL256, Amilasa55, Na138, K 4.1, Cl99, APP90, KPTT40, Plq229.000. Se le realizan radiografías de tórax y abdomen sin hallazgos patológicos. Ecografía abdominal informa ausencia de líquido libre, riñón izquierdo disminuido de tamaño. Interacción con antibióticos EV (Ampicilina+Sulbactam). TC de abdomen y pelvis con contraste EV: se observa engrosamiento de las paredes de sigmoideos a nivel de su unión con colon descendente, acompañado de la presencia de múltiples divertículos, aumento de la grasa adyacente y engrosamiento de las paredes de colon descendente con divertículos aislados. Al 5to día el paciente mejora y se otorga el alta. Continúa tratamiento vía oral. En forma ambulatoria VCC confirma numerosos ostium diverticulares en sigmoideos y descendente.

CASO 2: Militar de 29 años con antecedente de dispepsia, apendicetomía y hernioplastia inguinal. Fumador de >20 cig/día desde hace 15 años. Sin medicación. Consulta por deposición de abundante cantidad de sangre roja rutilante que luego se acompaña de dolor abdominal difuso tipo cólico. No presentó mareos, diarrea, nauseas ni vómitos. Al examen: estable hemodinámicamente, afebril, dolor a la palpación en marco colónico con leve reacción peritoneal. Al tacto rectal hemorroides externas sin evidenciar sangrado, sangre fresca en escasa cantidad. Laboratorio: GB6.600, Hb12.1, Hto38. Grupo 0 factor Rh(-). Se interna con hidratación parenteral y protección gástrica. Evoluciona bien. Se realiza rectosigmoidoscopia observándose la presencia de múltiples divertículos en colon sigmoideos. Al 3er día alta.

DISCUSION: Aproximadamente 20% de los pacientes con EDC desarrollarán diverticulitis. Su incidencia en menores de 50 años es de 10-22%. Los hábitos dietéticos y el sedentarismo podrían relacionarse a su aparición en jóvenes. Es interesante destacar la presencia de tabaquismo en ambos pacientes y varias series analizadas, aunque no está descrito como factor implicado en el origen de esta patología. No existen datos suficientes que confirmen mayor virulencia en jóvenes, quizá la agresividad observada se relaciona con el retraso del diagnóstico por bajo índice de sospecha.

CC/P-35**LINFOMA PLASMABLÁSTICO CECAL EN HIV+**

Di Palma, G(1); Barbieri, C(1); Jordan Moreno, C(1); Butierrez, F(1); Waldbaum, C(1); Sorda, J(1)

(1)Hospital de Clinicas Jose de San Martin

Paciente masculino de 27 años, con diagnóstico de HIV un año previo a la consulta (CD4+ 76mm3; CV alta; sin adherencia al TARV), que presenta un cuadro clínico de 4 semanas de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso, intermitente de tipo cólico, que aumenta de intensidad en las últimas 48hs, haciéndose continuo y predominante en hemiabdomen derecho. El cuadro se acompaña de deposiciones acuosas sin moco, pus ni sangre. Refiere, además, sudoración nocturna y pérdida de peso de 10 kg en los últimos 4 meses.

En el laboratorio presenta anemia, eritrosedimentación y LDH aumentada.

En la TAC de Abdomen se evidencia imagen compatible con invaginación intestinal ileocolica.

El cuadro clínico cede espontáneamente horas después del ingreso. Se indica un nuevo estudio tomográfico donde no hay evidencias de la invaginación hallada anteriormente.

Se realiza videocolonoscopia donde se halla un pólipo sesil de 5 mm y una úlcera redondeada de bordes sobrelevados de aprox 2 cm en el ciego.

El diagnóstico anatomopatológico de las lesiones halladas en la endoscopia fue compatible con infección por citomegalovirus y Linfoma plasmoblástico (inmunofenotipo positivo para CD38 y CD45; negativo para CD20).

Se interpreta el cuadro como infección intestinal por citomegalovirus e invaginación ileocolica secundaria a Linfoma Plasmoblástico en paciente HIV positivo.

CC/P-37**INCONTINENCIA FECAL SEVERA. TRATAMIENTO DE DOS PACIENTES CON RETROALIMENTACIÓN BIOLÓGICA.**

Zubiri, C(1); Balcarce, N(1); Beltramone, M(1); Bernedo, V(1); Besga, A(1); Borobia, P(1); Corfield, E(1); Cueto Rua, E(1); Devigo, K(1); Gonzalez, T(1); Guzmán, L(1); Leidi, G(1); Lucero, NA(1); Manterola, M(1); Menendez, L(1); Miculán, S(1); Nanfiro, G(1); Uhlir, A(1); Ben, R(1)

(1)Servicio de Gastroenterología y Hepatología Pediátrica, Hospital Sor María Ludovica, La Plata, Argentina.

Introducción: Tratamiento de la incontinencia fecal con Retroalimentación biológica (RB)

La incontinencia fecal es el pasaje involuntario de materia fecal a través del ano.

La incontinencia depende de la función del músculo puborrectal, del piso de la pelvis y los esfínteres anales interno y externo. Los mismos requieren un sistema nervioso sensitivo normal.

Los trastornos que alteran estos mecanismos son pasibles de tratamiento con RB que consiste en el monitoreo de una actividad fisiológica, la defecación, por la cual el paciente adquiere control voluntario.

Es crucial la motivación del paciente y la interacción con el médico para que el procedimiento sea eficaz. Paciente 1: Niño de 11 años con mielomeningocele (MMC), que deambula por sus propios medios, sordomudo y con retraso mental leve. Consultó por incontinencia fecal diaria y de consistencia líquida que obligaba al uso de pañales, condicionándolo socialmente e impidiendo su independencia.

En la primera consulta se detecta incontinencia fecal por retención (encopresis). Se indicó enemas evacuantes para desimpactación y dieta rica en fibras. Posteriormente resolvió el estreñimiento, pero continuaba con incontinencia de materia fecal normal. Luego de dificultosos interrogatorios refiere no tener sensación defecatoria ni deseo de evacuar.

Se realiza manometría rectoanal que mostró presión de reposo del esfínter anal y fuerza de contracción y sensibilidad disminuidas. Respuesta a la tos presente y disminuida. Pujo normal. Comenzó con sesiones de RB. Al principio la mejoría fue parcial, se decide convocar a la docente de sordomudos.

Posteriormente el niño comenzó a comprender las consignas dadas y consecuentemente a mejorar la incontinencia rectal y los parámetros manométricos.

Paciente 2: Niña de 9 años operada por teratoma sacrococcígeo. Derivada por presentar incontinencia fecal y urinaria.

Se observó incontinencia retentiva. Se desimpactó, pero continuaba con incontinencia de materia fecal normal, adaptada a las actividades normales con el uso de pañales.

La manometría anorrectal fue normal y comenzó con sesiones de RB.

Al inicio con poca motivación, sin respuesta favorable. Se realizó consulta psicológica, observándose temor por dejar los pañales, se continuó trabajando en forma conjunta, lográndose continencia fecal completa.

Discusión: El tratamiento de la incontinencia fecal en pacientes con historia de MMC o cirugía en la región sacro-cóxigea, suele mejorar en la mayoría de los casos.

La primera medida es lograr una consistencia normal de la materia fecal con un ritmo adecuado.

La re-educación esfinteriana por RB ayuda a adquirir la continencia rectal de una forma fisiológica, mejorando sensibilidad rectal y la contracción.

Es necesario un apoyo especial del médico para recuperar una vida más social, considerando importante complementar el tratamiento con terapia psicológica y ofrecer a los pacientes un tratamiento personalizado.

No tratamos solo la incontinencia rectal sino que ponemos fin a la marginación social, dando lugar a una persona más segura de sí misma.

CC/P-38

PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Salas Paz, L(1); Cazon, R(1); Lombardo, D(1); Usandivaras, J(1); Ortíz Mayor, M(1); Panico, P(1); Alcaraz Serrat, J(1)
(1)Hospital Padilla. Argentina.

INTRODUCCION: El pseudomixoma peritoneal es una entidad clínica poco frecuente caracterizada por la presencia en cavidad peritoneal de colecciones de contenido mucinoso. Se encuentra de forma incidental en aproximadamente 2/10.000 laparotomías siendo más común en las mujeres. Se relaciona, en la mayoría de los casos con la diseminación intraperitoneal de un cistoadenoma o cistoadenocarcinoma mucinoso de ovario o apéndice, pero también se puede relacionar con tumores en otras localizaciones del tracto gastrointestinal. Aunque este tumor se considera biológicamente poco agresivo, es un tumor mortal si no es adecuadamente tratado. El objetivo es presentar un caso de un paciente con pseudomixoma peritoneal secundario a cistoadenocarcinoma. **CASO CLINICO:** Varón, de 68 años, que consulta por dolor en epigastrio, distensión abdominal, pérdida de peso, e hiporexia. Antecedentes personales de HTA y Broncoespasmos. Al examen físico, impresiona pálido y adelgazado y en abdomen se palpa masa tumoral en hemiabdomen superior. La ecografía abdominal describe la lesión, destacando la presencia de tabiques o bien de formación de múltiples quistes, que dan un aspecto en "panal de abejas" y presencia de ascitis. Paracentesis: líquido amarillo turbio, sin coágulos, proteínas totales 5,50g/dl, glucosa 107mg, LDH 232 U/lt, amilasa 48 u/lt. Se efectúa punción de tumoración epigástrica con biopsia por congelación: se observa mucina con algunas células atípicas. Marcadores tumorales: aumento de CA19-9 y CEA. Videoesocopia Alta: en estómago, techo con parches congestivos, compresión extrínseca de cara anterior y algunos pliegues congestivos en techo y antro. Colonoscopia: normal. Ingresa a quirófano y se logra resección parcial de tumoración que compromete epiplón mayor y resección de implantes en peritoneo parietal, colon ascendente, sigmoidees y recto. Biopsia: cistoadenocarcinoma mucinoso. No se pudo determinar origen. A posteriori el paciente se niega a recibir tratamiento oncológico. **CONCLUSIÓN:** El término Pseudomixoma Peritoneal se asocia a la presencia de tumor mucinoso en cavidad peritoneal. Clínicamente el término Pseudomixoma debe restringirse a un tumor que origina un síndrome producido por la secreción copiosa de moco, responsable del conocido como "abdomen gelatinoso". La diseminación se produce por la siembra de células neoplásicas en la cavidad abdominal en un proceso conocido como "adenomucosis peritoneal diseminada", las cuales llegan como metástasis o por ruptura de la lesión primaria. El síntoma de presentación más frecuente es el aumento del perímetro abdominal. El tratamiento de primera elección es la cirugía de reducción de la masa tumoral combinada con quimioterapia intraperitoneal hipertérmica. Se estima que la supervivencia media de este tumor oscila entre el 32-85% a los 5 años. La recurrencia del cuadro ocurre en el 76% y depende tanto de la localización del tumor, como del grado histológico

CC/P-40

COLANGITIS RECURRENTE POR HEPATOLITIASIS

Tevez, SV(1); Torrico, FR(1); Villacis Navarrete, BL(1); Perna, LA(1); Gutiérrez, S(1)
(1)Servicio de Gastroenterología. Hospital Alejandro Posadas. Buenos Aires. Argentina

Introducción:

La hepatolitis se define como la presencia de cálculos en la vía biliar periférica hasta la confluencia de los conductos hepáticos, independientemente de la coexistencia de cálculos en otro sector de la vía biliar como por ejemplo, la vesícula y/o la vía biliar extrahepática. En el sudeste asiático, el 50% de las litiasis biliares corresponden a hepatolitis; en Argentina existen menos de 100 casos reportados.

Objetivo: presentación de una paciente con colangitis recurrente por hepatolitis

Caso clínico:

Mujer de 63 años de edad que consulta por cuadro compatible con colangitis aguda. Antecedentes: oriunda de Porto Alegre (Brasil). Pancreatitis biliar aguda con Derivación bilio-digestiva (hepatocoyeyunostomosis) en 2003. Cuadros compatibles con colangitis a repetición de un año de evolución. Examen físico: lúcida, febril. Abdomen doloroso en epigastrio e hipocondrio derecho, con defensa. Ecografía abdominal: hígado de forma y tamaño conservado. Vía biliar intrahepática dilatada. Colédoco dilatado. Múltiples imágenes compatibles con litiasis coledociana. Colangio RMN: múltiples imágenes con defecto de relleno en la vía intrahepática y hepático común. Laboratorio: HTO: 40%. Hb: 13,5 g/dl Gb: 18300. Plaquetas: 435000. TP: 102%. U:36. Cr:1. GOT:21 U/l GPT:26 U/l. Amilasa:12 U/l BT: 1,9 mg/dl. BD:1,2mg/dl. FAL:325. Los marcadores virales para hepatitis B, C, y HIV negativos. Autoanticuerpos ANA, ASMA, AMA, LKM y ANCA negativos. Se indicaron antibióticos (Ciprofloxacina y Metronidazol), previa realización de hemocultivos, los cuales resultaron posteriormente negativos. Se consulta al Servicio de Cirugía y se realiza colangiografía transparietohepática la cual demostró múltiples imágenes negativas en la vía biliar compatibles con litos. Se colocó catéter interno-externo. Mejoría sintomática durante la internación. Tratamiento ambulatorio con 900mg/día de ácido ursodesoxicólico. En los 2 meses subsiguientes, paciente asintomática, buen estado general. Ecografía abdominal de control evidenció vía biliar no dilatada, sin imágenes compatibles con litiasis. Se retiró catéter percutáneo. **Conclusión:** La hepatolitis es una patología infrecuente, y no existe consenso sobre la terapéutica ó manejo? inicial. Dada las múltiples recurrencias y el antecedente quirúrgico de la paciente; se optó por el tratamiento percutáneo como método inicial con una buena respuesta clínica, biológica y ecográfica.

CC/P-39

COLANGIOPANCREATITIS DISTAL EN PACIENTE CON PANCREATITIS CRÓNICA

Barbieri, C(1); Di Palma, G(1); Jordan, C(1); Waldbaum, C(1); Fontana, D(1); Sorda, J(1)
(1)Hospital de Clínicas Jose de San Martín. Argentina.

Mujer de 74 años con antecedentes personales de tabaquismo, diabetes tipo II no insulino-requiriente, colecistectomía laparoscópica por litiasis (1994), amigdalectomía en la infancia, hipotiroidismo, pancreatitis crónica idiopática, diagnosticada en 1999 tratada con enzimas pancreáticas.

Comienza tres meses previos a su internación con diarrea con esteatorrea y pérdida de peso; evoluciona con prurito, hipocolia, ictericia con registros febriles y escalofríos por lo que se interna.

En el examen físico, febril, taquicárdica, con dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho. Se realiza laboratorio HTO 33 Hb 10.9 GB 11900 (89N%) plq 197000 Glu 76 U 48 Cr 0.8 Bt 7.4 mg/dl Bd 6.3 mg/dl AST 136 (x4.5) ALT 96 (x3.2) Fal 1536 (x5.2) LDH 562 (x1.4).

En la TAC, RMN de abdomen y Colangio RMN: dilatación de vía biliar intrahepática, colédoco dilatado con diámetro máximo de 18 mm, con disminución abrupta del calibre a nivel distal y conducto de Wirsung dilatado en forma difusa, a predominio de cabeza de páncreas. Glándula pancreática con signos de atrofia sin adenopatías.

Se realizó duodenopancreatocistostomía céfalica + gastroenteroanastomosis, hepaticoyeyunostomosis y anastomosis ducto-mucosa pancreática.

La anatomía patológica evidenció: Adenocarcinoma de vía biliar distal asociado a pancreatitis crónica.

La paciente evolucionó favorablemente, por lo que fue dada de alta al 7mo día postoperatorio.

CC/P-41

FISTULA PANCREÁTICA PLEURAL

Stefanolo, JP; P. Russo, A; Matus, G; Pucci, B; Welsh, P; Marino, M; Fiorentino, R; Basso, S; Mauriño, E(1); Medina, JM
(1)Clínica gastroenterológica. Hospital Bonorino Udaondo. Capital Federal. Argentina

INTRODUCCION

La fistula pancreática pleural es una rara complicación de la pancreatitis aguda y crónica. Para el diagnóstico se requiere sospecha clínica en contexto de pancreatitis con derrame pleural persistente o recurrente.

OBJETIVO

Presentar el caso clínico de una complicación poco frecuente de pancreatitis y su manejo.

MATERIALES Y METODOS

Masculino 49 años, enolista severo, con dolor epigástrico irradiado a hipocondrio derecho y dorso, intensidad 8/10, refractaria a analgésicos de 3 meses de evolución; mas pérdida del 8% del peso corporal total.

Laboratorio: Amilase 600 U/l. Ecografía abdominal: esteatosis leve, vía biliares no dilatadas. Imagen quística cefálica pancreática de 21x14mm. Líquido libre en cavidad. Rx tórax: derrame pleural izquierdo. Toracocentesis: exudado complicado con amilasa de 25.731U/l. RNM: imagen quística cefálica, trayecto fistuloso pancreático pleural.

Tratamiento: restricción oral, nutrición parenteral total y octreotida por 1 mes. Por mala evolución requiere cirugía con resección cuerpo y cola de páncreas. Evolución posterior favorable, asintomático.

RESULTADO

Pancreatitis crónica alcohólica complicada con pseudoquiste y fistula pancreático pleural.

CONCLUSIONES

La fistula pancreático pleural es una manifestación infrecuente de pancreatitis crónica, generalmente se presenta en hombres jóvenes con alcoholismo crónico y en ocasiones puede ser la primera manifestación de la enfermedad.

La incidencia de esta complicación ronda entre el 3% y 7% de las pancreatitis y 6% al 14% de los que presentan pseudoquistes. Se produce por la ruptura de un pseudoquiste o del conducto a la cavidad pleural. Para diagnóstico se requiere una amilasa elevada en líquido pleural. Opciones terapéuticas: médico (restricción oral, nutrición parenteral total y octreotida), endoscópico (Stent) o quirúrgico. Existen pocos reportes en la bibliografía.

CC/P-42**PANCREATITIS DEL SURCODUODENAL**

German, A(1); Matus, G; Kirschbaum, F; Narvaez, A; Marino, M; Fiorentino, R; Basso, S; Monestes, J; Sanchez, O; Kujaruk, M; Mauriño, E

(1)Servicio de Clínica Gastroenterología, Hospital Carlos Bonorino Udaondo, Buenos Aires, Argentina

Introducción: la pancreatitis del surco pancreatoduodenal es una forma rara e inusual de presentación de la pancreatitis crónica. Su diagnóstico es un gran desafío ya que suele presentarse de la misma manera que los tumores de cabeza de páncreas.

Objetivo: presentar un paciente con pancreatitis del surco; como diagnóstico diferencial de tumor en cabeza de páncreas.

Materiales y métodos: Paciente masculino de 43 años con antecedente de tabaquismo. Consulta por cuadro de 6 meses caracterizado por epigastralgia intensa irradiada a dorso; pérdida del 25% del peso corporal total; astenia; adinamia y vómitos alimentarios en el último mes. Al examen físico, depleción del estado nutricional; con dolor a la palpación en epigastrio.

Laboratorio: Hto 44%; FAL 379; Bilirrubina 2; Amilasa 338; albumina 4,4; CEA 19,9: 42 u/ml; CA 7ng/ml.

Eco: meteorismo; imagen hipoecoica de 28 x 20 x 17 mm perivesicular.

Veda: En 2da porción duodenal congestión y edema con reducción de la luz puntiforme e infranqueable. Friabilidad al roce. BX: sin evidencias de malignidad.

TAC: imagen solido quística en cabeza de páncreas, de 50 x 47 cm; deforma el surco duodeno pancreático. Dilatación de la vía biliar intra y extrahepática; vesícula distendida con litos.

Conducta: Duodenopancreatectomía por diagnóstico presuntivo de tumor en cabeza de páncreas.

Anatomía patológica: pancreatitis crónica activa con reacción gigantocelular en la región duodenal compatible con pancreatitis del surco.

Resultados: Pancreatitis del surco pancreático-duodenal.

Conclusiones: La pancreatitis del surco es una rara forma de pancreatitis crónica. Su etiología es desconocida; aunque se relaciona íntimamente con el consumo de alcohol y tabaco. A pesar del gran avance en los métodos diagnósticos; el diagnóstico definitivo suele hacerse con el análisis de la pieza de resección quirúrgica.

CC/P-43**INFECCION SEVERA COMPLICADA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE**

Fiorentino, R(1); Marino, M(1); Castilla Renis, M(1); Don, G(1); Giacomantone, C(1); Nazar, MC(1)

(1)Hospital Bonorino Udaondo

INTRODUCCIÓN: La infección por Clostridium difficile (ICD) es la causa más frecuente de diarrea intrahospitalaria, observándose un aumento en su incidencia y mortalidad, asociada a su presentación severa complicada. Se encuentra relacionado con al menos 2 factores: el incremento de la virulencia de las cepas de C. difficile y la vulnerabilidad del huésped.

OBJETIVO: Analizar la forma de presentación severa complicada de infección por Clostridium difficile en un caso clínico.

CASO CLÍNICO: Paciente que curso internación reciente por gangrena de Fournier 2º a flujión hemorroidal, realizándose toilette quirúrgica y antibióticoterapia. Ingresó por dolor abdominal, difuso, tipo cólico, aumento del número de deposiciones (>20/día), líquidas, mucosas y descompensación hemodinámica. Laboratorio: leucocitos 52.000 creatinina 2.3 ácido láctico 5.7, toxina CD positiva. Radiografía de abdomen: niveles hidroaéreos de colon. Ecografía abdominal: líquido libre en cavidad. Tratamiento: Expansión con coloides, metronidazol EV, Vancomicina VO. El paciente evoluciona sin respuesta al tratamiento, se decide su pase a UTI evolucionando con shock séptico y muerte.

CONCLUSIÓN: La ICD severa complicada incluye deshidratación, trastorno hidroelectrolítico, hipoalbuminemia, megacolon tóxico, perforación intestinal, hipotensión, insuficiencia renal, sepsis y muerte. Como Hallazgos de laboratorio se destacan: leucocitos >50.000 / mm3, ácido láctico >5 mmol/L.

Tratamiento sugerido: vancomicina VO cada 6 horas y 500mg/ 100ml de SF por vía endoluminal cada 6 horas y /o metronidazol 500 mg cada 8 horas.

De ser necesario debe considerarse, realizar la colectomía subtotal con preservación de recto.

La presencia de un valor de ácido láctico mayor a 5 se asocia a una mortalidad cercana al 75%, demostrando de esta manera, la severidad de esta forma clínica de la enfermedad.

CC/P-44**COLANGIOPANCREATITIS INTRAHEPÁTICA ASOCIADO A COLITIS ULCEROSA ACTIVA**

Luzuriaga, MG; Porfilio Gularte, MG; Parra Wirth, EV; Vinuesa, F

Paciente de sexo masculino de 25 años de edad con antecedentes de colitis ulcerosa de 14 años de diagnóstico presentando epigastralgia y pérdida de peso de 20 kg.

Se realizaron múltiples estudios complementarios: coreografiar normal. En laboratorios se evidenció fal elevada con mínima elevación de transaminasas, se realizó nueva ecografía al mes en la que se observó en lóbulo izquierdo de hígado imagen solida de 3 x 3 cm aproximadamente. Se solicitaron nuevos laboratorios que evolutivamente mostraron franco aumento de fal (3000 UI) con transaminasas normales, Hto 40%, gb 30 000 con 13% de cayados y VSG de 60 mm/h, TP 100%. Al momento de la consulta, abdomen asimétrico, hepatomegalia dolorosa. Se realizó nueva ecografía y tomografía de abdomen en la que se observó: en lóbulo izquierdo extensa formación sólida heterogénea de 8 x 7 cm. pequeños ganglios visibles en retroperitoneo lateroortico izquierdo. La CRNM informó vía biliar extrahepática y coledoco normales, se observa gran formación solida en lóbulo izquierdo que afecta a los segmentos II-III y parte del IV. VCC:CU con actividad severa, ANCA P negativo y ca 19.9 elevado. Se realizó tratamiento con antibióticoterapia, mesalazina 4 gr, corticoides y laparotomía en la que se observó: "proceso neoplásico infiltrativo y conglomerado adenopáticos múltiples, se realizó biopsia de ganglios con estudio en diferido que informó en ganglio del tronco cefálico infiltración por células neoplásicas malignas indiferenciadas, además extensas áreas de necrosis. Las técnicas de inmunomarcación histoquímicas fueron compatibles con colangiocarcinoma. El paciente se encuentra actualmente en plan de quimioterapia

Objetivo: presentación de un caso de colangiocarcinoma intrahepático en paciente con colitis ulcerosa en actividad

Discusión: El colangiocarcinoma intrahepático (CCI) es la segunda neoplasia maligna primaria más frecuente del hígado, pero sigue siendo una enfermedad relativamente rara, responsable sólo por el 4% al 14% de los nuevos tumores hepáticos diagnosticados. Recientemente, se ha enfocado un mayor interés clínico sobre el CCI, debido a la documentación epidemiológica de un aumento paulatino mundial en su incidencia, tiene pronóstico sombrío por su diagnóstico en fases tardías de su evolución y la ausencia de un tratamiento efectivo. Aparece en hígado sano o bien en enfermedades crónicas de las vías biliares intrahepáticas, como es el síndrome de Caroli, la colangitis esclerosante primaria, etc. La colangitis esclerosante tiene una conocida asociación con colitis ulcerosa.

Conclusión: El colangiocarcinoma es una enfermedad maligna de gran agresividad, en el caso que presentamos evidenciado por la tasa de crecimiento y la falta de enfermedad hepática previa evidente a pesar de que la colitis ulcerosa puede asociarse a colangitis esclerosante primaria de pequeños conductos, la cual debería estudiarse por biopsia hepática.

CC/P-45**HEPATITIS GRANULOMATOSA IDIOPÁTICA REPORTE DE UN CASO**

Chiriano, F(1); Campos, L(1); Caruso, S(1); Colombo, P(1); Copello, H(1); Notari, L(1); Scacchi, A(1); Tosti, R(1); Quiroga, R(1); Villalba, J(1); Maruelli, S(1); Erchart, C(2); Ruf, A(3)

(1)Servicio Gastroenterología, Hospital Churrucá Visca, CABA, Argentina. (2)Servicio Anatomía Patológica, Hospital Churrucá Visca, CABA, Argentina. (3)FUNDIEH, CABA, Argentina.

INTRODUCCIÓN: Los granulomas hepáticos son un desafío en la práctica clínica ya que pueden ser expresión de diversas enfermedades autoinmunes, infecciosas, drogas y neoplasias.

Los pacientes pueden presentarse asintomáticos o con compromiso sistémico. Para su diagnóstico se requiere una biopsia hepática. La hepatitis granulomatosa idiopática es una enfermedad infrecuente de causa desconocida, que se presenta con alteración del hepatograma, fiebre, artralgias, mialgias y hepatoesplenomegalia asociado al hallazgo de granulomas epitelioides no caseificados en la biopsia hepática. Su diagnóstico es por exclusión.

CASO CLÍNICO: Mujer de 47 años con antecedentes de hepatopatía crónica de 5 años de evolución, manifestada por brotes y remisiones, etiología no aclarada, tratada con corticoides por su respuesta favorable.

Su última internación es motivada por astenia, fiebre, ictericia, tos seca, alteración del hepatograma y hepatoesplenomegalia.

Biopsia hepática 30 días previos: granulomas epitelioides, bien delimitados, no necrotizantes con cicatrización central, con células gigantes multinucleadas. Ducto biliar interlobulillar con alteraciones degenerativas y presencia de ductopenia. Actividad leve. Fibrosis moderada.

Por los hallazgos histológicos, se decide iniciar UDCA y descender corticoides. Su recaída sucede al alcanzar dosis de 2.5 mg/día de meprednisona.

Laboratorio: GB 3.200/mm3, Hto 32%, plaquetas 67.000/mm3, VSG 79 mm, AST 253 UI/L, ALT 296 UI/L, GGT 69 UI/L, FA 194 UI/L, BT 15 mg/dl, BD 11mg/dl, serologías virales y autoinmunes negativas, enzima convertidora de angiotensina 62 Ug/L, Calcio 9.5 mg/dl, PPD y cultivos de esputo, sangre y médula ósea para BAAR y hongos negativos.

Estudios complementarios: Tomografía computada: micronódulos linfáticos con localización retrocavopretroqueal, hepatoesplenomegalia sin lesiones focales. PAMO: sin hallazgos patológicos. VEDA: sin vórices esofágicas.

Se revisa biopsia por facultativo* y se decide, luego de descartar etiología infecciosa y oncohematológica, restituir los corticoides, inicia meprednisona 40 mg/d, hasta lograr dosis de mantenimiento de 8 mg/d con mejoría clínica, bioquímica y radiológica.

CONCLUSIÓN: El granuloma es una respuesta inespecífica ante una gran variedad de estímulos. En nuestro medio las más frecuentes son la brucelosis y la tuberculosis, mientras que la sarcoidosis es la enfermedad predominante en la literatura anglosajona. El 30% de las granulomatosis son idiopáticas y aunque no existe una clara explicación de su fisiopatología, algunos autores sugieren que puede ser una variante de la sarcoidosis. El diagnóstico no debe basarse exclusivamente en la histología sino en la asociación clínico-radiológica en presencia de granulomas epitelioides no caseificados, descartando infecciones por micobacterias y hongos. El tratamiento con corticoides objetiva una rápida respuesta tras su instauración.

CC/P-46**SÍNDROME DE BUDD CHIARI CRÓNICO, ENTIDAD QUE MERECE SOSPECHARSE Y UN ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO.**

Leiria, FD(1); Alba, P(1)
(1)Hospital Cordoba. Argentina.

Paciente sexo femenino de 23 años de edad que reside en la localidad de san Javier de esta provincia que en marzo de 2012 presenta episodio de dolor abdominal con aumento de transaminasas y fiebre ante lo que se sospecha Hepatitis Ag por Virus A con buena evolución por lo que se le indica alta sanatorial. En mayo de ese mismo año comienza nuevamente con dolor a predominio en hipocondrio derecho asociado a litiasis vesicular por lo que se le realiza colecistectomía.

Posteriormente presenta episodios de dolor abdominal poco significativos asociados a aparente ictericia los cuales no son estudiados ya que la paciente no consulta.

En junio de 2012 queda embarazada (primigesta), comienza con los controles obstétricos evidenciándose progresivo aumento de transaminasas y de colestasis, clínica de prurito, por lo que se indica ácido ursodesoxicólico.

En la semana 29 de gestación se agrega cuadro de hipertensión por lo que se decide terminar el embarazo y se deriva a Hospital Materno Neonatal por ser considerado de alto riesgo.

Estudios complementarios en su puerperio inmediato: Ecografía abdominal con eco doppler vascular hepático – RMN – TAC de abdomen con contraste = se constata hepatoesplenomegalia homogénea, escasa cantidad de líquido subfrénico, vena porta normal, arteria hepática y esplénica permeables con diámetro conservado y venas suprahepáticas, previo a drenar en vena cava inferior con imagen hipocóica y ausencia de registro de flujo en su interior. (previo a esta imagen de stop el flujo está invertido). VEDA con várices esofágicas grado II – III, gastropatía congestiva (Bx: gastritis asociada a helicobacter pylori).

Serologías para virus hepatotropos y HIV negativos.

Se comienza tratamiento con acenocumarol y propranolol.

Se solicitan estudios hematológicos y reumatológicos. Anticuerpos: ANA positivos (1/320) patrón moteado ASMA positivos (1/80) ANCA negativos, inmunoblotting negativos, anticardiolipinas negativos.

Biopsia hepática dirigida por ecografía: -Necrosis lítica focal (spotty), apoptosis e inflamación focal: foco x 10x. -Inflamación portal: leve en todas las áreas portales. -Colestasis hepatocitaria e intra canalicular leve.

CONCLUSIÓN: Debido a que el síndrome de Budd-Chiari no es a menudo considerado como un diagnóstico, los pacientes con alteraciones importantes en las pruebas de función hepática pueden ser erróneamente evaluados para la hepatitis. Más a menudo, los pacientes reciben un diagnóstico de colecistitis debido a la combinación de dolor abdominal y un examen ecográfico que muestra engrosamiento de la pared de la vesícula. No es inusual para estos pacientes se sometan a una colecistectomía,

} POR OTRA PARTE, reconocer sus formas subagudas y crónicas, nuestras dificultades para su abordaje y su seguimiento, son la clave para su tratamiento.

CC/P-48**HEPATITIS AGUDA GRAVE POR VIRUS C: CURACIÓN ESPONTÁNEA**

Pratto, D(1); D'Ottavio, G(2); Wulfson, A(2)

(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Juan Bautista Alberdi, Rosario, Argentina (2)Servicio de Gastroenterología, Hospital de Emergencias Clemente Álvarez, Rosario, Argentina

Motivo de Consulta: ictericia, coluria y prurito de 10 días de evolución, buen estado general, sin signos de encefalopatía. Ascitis.

Laboratorio: Hto44% Hb12 GB5.800 Gli83 Ur48 BT31mg/dl (D25) TGO992 TGP1668 FAL142 GGT156 Tp18 (VN:11) HBsAg(-) IgM anticore(-) VHA(-) PCR virus C+(lb) FAN,AML, AMT, HIV(-) LDH38 Cea4 AFP6 CE19-9 216. Ac HVC(-) Factor V:30%

Ecografía Abdominal: Hepatomegalia heterogénea. Esteatosis. Barro biliar, pared vesicular de 6mm. Nódulo de 22 mm en segmento VII, Esplenomegalia hiperecócica. Ascitis moderada. RMN: Vía biliar normal, MOE redondeada hipointensa T1-hiperintensa T2 de 22mm en segmento VII, otra en el IV de 8mm. Ascitis.

Persiste con hiperbilirrubinemia directa, sin encefalopatía y ascitis por 3 semanas. Se agrega al tratamiento UDCA 1200mg/día y al 6to día descenso de la bilirrubina. Sin ascitis a la 4ta semana.

Control ambulatorio:

4 sem: BT10/7 Tgo 183 Tgp271 Fal97 Ggt52

8 sem: BT6/4 Tgo 101 Tgp 187 Fal 99 Ggt 47

12 sem: Normalización PCR Virus C-

Control a los 6 y 12 meses PCR Virus C- ECO: s/p.

CC/P-47**SÍNDROME DE OVERLAP: HEPATITIS AUTOINMUNE – CIRROSIS BILIAR PRIMARIA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN Y ENFERMEDAD CELÍACA.**

Falco, E(1, 2, 3, 4); Bertero, M(2, 3, 4, 5); Bengió, V(2, 3, 4, 5); Zárate, F(1, 2, 3, 4); Alba, P(2, 3, 4, 6)

(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. (2)Hospital Córdoba. (3)Córdoba capital. (4)Argentina. (5)Servicio de Anatomía Patológica. (6)Servicio de Reumatología.

El Síndrome de Overlap entre hepatitis autoinmune (HAI) y cirrosis biliar primaria (CBP) es una entidad clínica poco frecuente, en la cual se comparten hallazgos clínicos, analíticos, inmunológicos e histológicos de ambas entidades, presentando dificultades en el diagnóstico debido a la ausencia de criterios bien definidos, con implicancia en la instauración de un tratamiento adecuado y oportuno con fines pronósticos.

Presentamos un caso de una paciente de sexo femenino, de 20 años, con diagnóstico reciente de Síndrome de Sjögren Primario y Síndrome de Malabsorción en estudio, que manifiesta prurito generalizado de un mes de evolución. No tiene antecedente de ingesta de drogas hepatotóxicas y serología viral negativa. Las alteraciones laboratoriales y en las biopsias de intestino delgado y de hígado fueron compatibles con Enfermedad Celíaca y Síndrome de Overlap o Superposición HAI – CBP, con buena respuesta a la dieta libre de gluten y la terapia combinada con corticoides y ácido ursodesoxicólico.

CC/P-49**PARANGLIOMA ABDOMINAL:PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Jordan Moreno, CM(1); Sorda, J(1); Waldbaum, C(1); Barbieri, C(1); Di Palma, G(1); Buitierrez, F(1)

(1)Hospital de Clinicas José de San Martín

Paciente femenina de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial (de difícil manejo tto. con enalapril), hemorragia digestiva baja en múltiples oportunidades (pólipos colonicos), anemia ferropénica (en tto con Hierro), DBT (tto. metformina)

Consultó por un cuadro de 1 semana de evolución, caracterizado por presentar astenia, adinamia, diarrea de características estearreicas con 10 episodios por día. desorientación, confusión. Refiere pérdida de peso de 10 Kg en 3 meses (30%) con apetito conservado, presentó episodios de hiperglucemia mayor a 600 mg/dl y rubor facial.

Ingresa hemodinámicamente estable TA140/90 FC 80 FR20; caquéctica, confusa, con abdomen: con tensión superficial conservada RHA (+), masa duro elástica de bordes irregulares que ocupa epigastrio e hipocondrio izquierdo, no dolorosa.

Los exámenes de laboratorio revelaron un hemograma con anemia microcítica, con hipocalcemia, hipoalbuminemia, hiperglucemia y aumento de la fosfatasa alcalina y del lactato deshidrogenasa.

Ecografía abdominal: en región retroperitoneal formación sólida heterogénea de 105x80x100 mm (resto normal), Tomografía de tórax, abdomen con contraste oral y EV con signos de enfisema pulmonar bilateral sin lesiones localizadas, en el mediastino aumento del tamaño del lóbulo tiroideo izquierdo que se extiende al mediastino superior; mide 61 x 33 mm. En abdomen extensa formación sólida y heterogénea de bordes definidos, con calcificaciones en su interior de localización retroperitoneal de Aprox 110x 75mm probablemente en espacio para-renal anterior, a nivel paramediano derecho, por debajo del páncreas y adyacente a la arteria aorta.

La video endoscopia alta muestra lesión vegetante ulcerada friable indurada con base de +/-5 cm en segunda porción duodenal se biopsia con anatomía patológica que informan fragmentos de mucosa duodenal erosiones con presencia de membrana fibrino leucocitaria infiltrada por nidos corresponden a un adenocarcinoma pobremente diferenciado. En la Video Colonoscopia pólipos plano en ciego de 5 mm y polipo sesil en sigma con anatomía patológica que informan adenoma tubular con displasia de bajo grado Viena 3/ - Adenoma tubulo-vellosos con displasia de alto grado Viena 4

Se le realiza una laparotomía exploradora evidenciándose signos de hipertensión portal con circulación colateral; tumoración de 120x60 mm adherida a planos profundos que involucra cabeza de páncreas, vena porta, vena mesentérica superior y raíz del mesenterio (que se biopsia) anatomía patológica: fragmentos de tumor retroperitoneal de tejido provenientes de un paraganglioma (tumor de Zuckerkandl) con técnicas de inmunomarcación: Cromogranina (+), Sinaptofisina (+) Enolasa (+), S100 (+)

RP-01

INFLUENCIA DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN LA MAGNITUD DEL PERFIL FERMENTATIVO INTESTINAL

Senderovsky, M(1); Lasa, JS(1); Peralta, D(1); Dima, G(1); Soifer, L(1)

(1)Centro de Educación Médica e Investigación Clínica (CEMIC), Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCION: El test de hidrógeno en aire espirado con lactulosa (THAEL) es una herramienta no invasiva útil para la estimación de alteraciones en el perfil fermentativo intestinal y sobrecrecimiento bacteriano (SIBO) en sujetos con síntomas intestinales funcionales. Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) utilizados en forma crónica podrían favorecer la colonización bacteriana del intestino y tener una influencia en el desarrollo de alteraciones del THAEL. **OBJETIVOS:** Comparar la magnitud del perfil fermentativo y la ocurrencia de alteraciones compatibles con SIBO medidas por THAEL entre sujetos con diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable (SII) consumidores versus no consumidores de IBP.

MATERIALES Y METODOS: Se incluyeron en forma prospectiva sujetos con diagnóstico de SII evaluados en nuestra institución entre octubre de 2012 y marzo de 2013 a los que se les realizó un THAEL. A cada participante, se le administró un cuestionario de severidad sintomática previamente validado (IBS-SSS). Se consignaron las siguientes variables: edad, sexo, patrón clínico predominante de SII, consumo de IBP, dosis y tiempo de consumo, score sintomático global. Se calculó el área bajo la curva (ABC) de concentración de hidrógeno/tiempo para cada THAEL. Se utilizó la definición clásica de SIBO (excreción basal de hidrógeno mayor a 12 ppm, o incremento de más de 20 ppm de hidrógeno antes de los 90 minutos, o incremento en 12 ppm de hidrógeno con descenso de por lo menos 5 ppm y posterior incremento) para determinar prevalencia de SIBO en los grupos comparados.

RESULTADOS: Se incluyeron 225 pacientes, de los cuales 120 consumían IBP en forma regular y 105 no. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a las variables demográficas, siendo la edad promedio de 57±12 en consumidores de IBP y 58±12 en no consumidores; 33% y 29% (p 0.56) correspondieron al sexo masculino, respectivamente. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al patrón clínico predominante [SII con predominio de diarrea= 33% vs 27%, respectivamente; OR:1.15 (0.64-1.69)]. Ambos grupos tampoco mostraron diferencias significativas en cuanto al valor de ABC [mediana en consumidores de IBP 3776 (2124-5571) vs 4347 (2038-5481), p 0.3]; la prevalencia de SIBO fue similar [27.5% vs 33%, OR 0.77 (0.43-1.37)]. Se comparó el valor del ABC así como la prevalencia de SIBO según la dosis de IBP consumida y el tiempo de duración del consumo, no encontrándose diferencias significativas. Llamativamente, el score sintomático fue significativamente mayor en aquellos sujetos consumidores de IBP [28.5 (23-26) vs 23 (15-29), p 0.01].

CONCLUSION: El consumo de IBP en forma regular no modificaría significativamente el perfil fermentativo intestinal en sujetos con SII evaluados mediante un THAEL, independientemente de la dosis y duración del tratamiento. Aquellos con consumo de IBP, sin embargo, presentan una mayor severidad sintomática.

RP-03

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN SUJETOS CON ANGIODISPLASIAS COLONICAS: RESULTADOS PARCIALES DE UN ESTUDIO CASO-CONTROL

Arguello, M(1); Lasa, JS(1); Moore, R(1); Peralta, D(1); Dima, G(1); Zubiaurre, I(1); Senderovsky, M(1); Pasqua, A(1); Soifer, L(1)

(1)Centro de Educación Médica e Investigación Clínica (CEMIC), Argentina.

INTRODUCCION: Las angiодisplasias en intestino pueden ser una causa de sangrado digestivo prevalente en población adulta. Su mecanismo etiológico no es del todo conocido: se postula que un estímulo provocado por fenómenos de hipoxia tisular podrían llevar a mayor producción de factores angiogénicos, con el consecuente desarrollo de ectasias y comunicaciones anómalas microvasculares. Factores de riesgo cardiovascular (FRCV) podrían tener relación con la formación de angiодisplasias.

OBJETIVO: Comparar la prevalencia de FRCV en sujetos con y sin angiодisplasias colónicas. **MATERIALES Y METODOS:** Se diseñó un estudio de tipo caso-control comenzado en septiembre de 2012. Se incluyeron en forma prospectiva aquellos sujetos mayores de 18 años sometidos a una videocolonoscopia (VCC) en los que se halló al menos una angiодisplasia. Se seleccionaron como controles sujetos sometidos a una VCC sin el hallazgo de angiодisplasias. Los mismos fueron matcheados según edad y sexo a una razón de 3:1. Se excluyeron aquellos pacientes a los que se les realizó una VCC por sangrado digestivo clínicamente evidente. Se consignaron las siguientes variables: motivo de realización de VCC, hipertensión arterial (HTA), Diabetes mellitus (DM), Dislipemia (DLP), Tabaquismo (TBQ), Obesidad (determinada por el cálculo del índice de masa corporal), Cardiopatía isquémica (CI), Insuficiencia renal crónica (IRC). Se consignó además la presencia de estenosis aórtica (EA). Se comparó la prevalencia de dichos FRCV, así como la presencia de 2 o más FRCV como medidas de efecto. Se realizó un análisis univariado con posterior análisis multivariado de tipo regresión logística. **RESULTADOS:** Se incluyeron 25 sujetos con angiодisplasias y 75 controles. La edad promedio fue de 67±10 años; 60% correspondieron al sexo masculino. La anemia como motivo de realización de VCC fue más frecuente en sujetos con angiодisplasias [33 vs 9.72%; OR 4.69 (1.46-14.69)]. Se encontró antecedentes de EA en el 8% de los pacientes con angiодisplasias y en 1.33% de controles (p 0.15). En el análisis univariado, se encontró a mayor prevalencia de TBQ [29 vs 8.51%, OR 4.42 (1.14-17.1)] así como de 2 o más FRCV [70.83 vs 27.78%, OR 6.31 (2.27-17.51)] en sujetos con angiодisplasias. Fue hallado a su vez un incremento no significativo en la prevalencia de los otros FRCV analizados. Al ajustar por motivo de realización y por presencia de EA, se evidenció una asociación significativa entre el hallazgo de angiодisplasias y la presencia de 2 o más FRCV [OR 3.31 (1.04-8.91)].

CONCLUSION: La presencia de angiодisplasias en colon se asocia en forma significativa a una mayor prevalencia de FRCV. Mayor evidencia es necesaria para establecer la naturaleza de dicha asociación.

RP-02

DISFUNCIÓN CRICOFARÍNGEA CON Y SIN DIVERTÍCULO DE ZENKER. AC-TUALIZACIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA EN EL MÉTODO DE DILATACIÓN NEUMÁTICA CON BALÓN A BAJA PRESIÓN.

Alach, JE(1, 2); Daino, D(1); Contreras, M(1); Carrilero, M(1); García, A(1); Siri, C(1); Rome, J(1)

(1)Hospital San Roque de Gonnet. La Plata (2)Hospital Italiano de La Plata. Argentina.

INTRODUCCION: La disfunción cricofaríngea (DC) se desarrolla a partir de la presencia de degeneración fibroadiposa del músculo cricofaríngeo, hecho que reduce sustancialmente la capacidad elástica del músculo y la compliance de la unión faringoesofágica con consecuencias variables sobre el clearance de la faringe, pudiendo provocar clínicamente, severa disfagia orofaríngea con deshidratación, desnutrición, neumopatía a repetición e incluso la muerte si no se interviene oportunamente. Cuando la DC se acompaña de debilidad de la fascia faríngea posterior de Laimert, se puede asociar a divertículo de Zenker

OBJETIVO: Mostrar la experiencia obtenida en el área de motilidad de los Servicios de gastroenterología del Hospital "San Roque" de Gonnet y del Hospital "Italiano" de La Plata, con dilatación neumática a baja presión de la DC con y sin divertículo de Zenker asociado. **MATERIAL Y METODOS:** Desde Diciembre de 1998 hasta Diciembre 2012, fueron enrolados en este estudio observacional descriptivo, 104 pacientes con DC, diagnosticados por video deglución dinámica como método Gold Standard para el diagnóstico de esta entidad. 33 pacientes tenían asociado un divertículo de Zenker (31,7%) (G I: 5 pac; G II: 12 pac; G III: 12 pac; G IV: 4 pac). Relación hombre / mujer 1/2,2. Edad promedio: 72 años. Fueron excluidos del presente trabajo los portadores de divertículo grados III y IV, quienes fueron sometidos a cricotomía endoscópica o a cirugía. Se utilizó en el tratamiento un balón neumático de 18 mm de diámetro y 8 cm de longitud, que fue insuflado a 1,5 ATM durante 1 minuto en la región del cricofaríngeo, identificada por endoscopia. Nueve pacientes se perdieron (2 de ellos con divertículo de Zenker y 7 con DC).

RESULTADOS: La prevalencia de la disfunción cricofaríngea en los pacientes portadores de disfagia orofaríngea fue de 9,7%. Fueron dilatados con la técnica descripta 64 pacientes portadores de DC, de los cuales: 1 paciente portador de ACV murió a los 2 meses por neumopatía aspirativa (no por complicaciones inmediatas); 9 pac necesitaron dos sesiones de los cuales en 4 no hubo resultados positivos (todos ellos con ACV) y 54 pac evolucionaron satisfactoriamente. Se dilataron 15 pacientes con Zenker (G I: 5; G II: 10) Posterior a la dilatación se realizó video endoscopia para reconocer complicaciones hemorrágicas y/o perforación. A las 12 hs del procedimiento se realizó un tránsito con sustancia hidrosoluble para descartar perforación inadvertida durante el procedimiento y a las 24 hs el paciente comenzó con líquidos. **CONCLUSIONES:** La dilatación neumática con balón de 18 mm de diámetro a baja presión es un método que permite mejorar en forma considerable los síntomas de disfagia orofaríngea que presentan los pacientes con DC sin divertículo y aquellos que tienen divertículo grados I y II. Es un método seguro según nuestra experiencia ya que no se presentaron complicaciones mayores inmediatas como la perforación o el compromiso de la vía aérea. No fue necesaria la intubación de estos pacientes, por lo que se realizó en sala común de endoscopia.

RP-04

ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA EN ESÓFAGO DE BARRETT: EXPERIENCIA INICIAL EN UN ÚNICO CENTRO.

Fuxman, C(1); Ciotola, F(2); Lowestein, CD(3); Garces, R(3, 4); Cabanne, A(5, 6); Niepocione, A(7); Badaloni, A(2); Nachman, F(3)

(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Fundación Favaloro. (2)Servicio de Cirugía Esofagogástrica, Hospital Universitario Fundación Favaloro (3)Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Fundación Favaloro (4)Sección Endoscopia Digestiva, Hospital Bonorino Udaondo (5)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Fundación Favaloro (6)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Bonorino Udaondo. (7) Servicio de Cirugía Esofagogástrica, Hospital Universitario Fundación Favaloro. Argentina.

Introducción: Los pacientes con Esófago de Barrett (EB) tienen mayor riesgo de desarrollar adenocarcinoma de esófago que la población general. Este riesgo es aún mayor en pacientes con displasia de bajo grado (DBG) y de alto grado (DAG). Las estrategias actuales de tratamiento están basadas sólo en el seguimiento y control del reflujo sin intervención sobre el EB. La ablación por radiofrecuencia (ARF) es una alternativa reciente para eliminar el epitelio metaplásico que ha mostrado tasas de remisión del EB de más de 90% en centros especializados. En este trabajo presentamos la experiencia inicial de nuestro centro.

Objetivos: Evaluar eficacia y seguridad de la ARF en el EB.

Métodos: Desde Agosto de 2011 hasta abril de 2013, se trataron con ARF 23 pacientes (8 mujeres, 15 hombres) con una mediana de edad de 48,49 años (percentilo 25-75: 44,22-61-50 años), con diagnóstico histológico de EB no displásico (EBND) en el 87%, DBG 8,7 % y DAG/ADC en 4,5%. La mediana de longitud del EB fue de 3 cm (percentilo 25-75: 2-7cm). La ARF se realizó con un catéter HALO 360° en el 60,9% de los ptes y con HALO 90° en 39,1% restante. En el caso de enfermedad nodular, se realizó mucosectomía previa a la ARF. El seguimiento se realizó con endoscopia digestiva de alta resolución con magnificación y cromoendoscopia digital (FICE-VEDA) con toma de biopsia según el protocolo de Seattle. **Resultados:** Hasta la fecha, completaron el tratamiento el 76,5% de los ptes. Todos alcanzaron la remisión completa con una sesión de ARF excepto 2 casos en los cuales se realizaron dos sesiones. Estos pacientes presentaban un EB largo (7 cm).

No se desarrollaron complicaciones en el 90,1% de los casos. Se registro un caso de (4,3%) estenosis esofágica asintomática y otro con dolor post procedimiento (4,3%).

Conclusiones: La ARF ha demostrado ser un método endoscópico seguro y efectivo para el tratamiento del EB. Los resultados a mediano y largo plazo publicados son estimulantes y permiten comenzar a reevaluar los protocolos de seguimiento vigentes.

RP-05**EVALUACIÓN RÁPIDA DE LA DEPURACIÓN ÁCIDA DEL ESÓFAGO DURANTE EL ESTUDIO AMBULATORIO DEL PH ESOFÁGICO**

Senderovsky, M(1); Lasa, JS(1); Dima, G(1); Peralta, D(1); Soifer, L(1)

(1)Centro de Educación Médica e Investigación Clínica (CEMIC). Argentina.

INTRODUCCION: En la enfermedad por reflujo gastro-esofágico (ERGE), uno de los mecanismos fisiopatológicos involucrados, es la falla en la capacidad de la depuración del contenido gástrico refluído. Este último implicaría un mayor tiempo de exposición de este material en el esófago. La administración de una carga controlada de ácido durante el estudio pH métrico podría dar información útil sobre el tiempo de recuperación del pH y por ende, de la capacidad de depuración ácida esofágica.

OBJETIVO: Estudiar la posible asociación existente entre el clearing ácido del esófago y las variables pH- métricas y manométricas en sujetos con ERGE.

MATERIALES Y METODOS: En forma prospectiva y experimental, se incluyeron en forma secuencial sujetos con ERGE a los que se les realizó pHmetría de 24 horas y manometría esofágica. Al inicio del estudio pH métrico, una vez ubicado el electrodo 5cm por encima del EEI, iniciado el registro y estando cada sujeto en decúbito dorsal, se le suministró 10 ml ml de jugo de limón diluido al 50% en agua, hasta evidenciar un descenso del pH a menos de 4. Se registró a través del pHmetro el momento de dicha administración. Se calculó el tiempo de recuperación a un pH mayor a 5 posterior a dicha administración (tiempo de depuración, TD). Se comparó dicho tiempo con las variables manométricas y pH métricas habituales. Para la comparación de variables categóricas, se utilizó el test de chi cuadrado o test de Fisher, según corresponda. Para la comparación de variables numéricas no continuas, se utilizó el test de Mann-Whitney. Se consideró como significativo un valor de p menor de 0.05.

RESULTADOS: Se enrolaron 20 pacientes. La edad promedio fue de 46.5±14; 50% correspondieron al sexo femenino. 55% presentaron EII hipotensivo y 45%, disminución de la amplitud de ondas peristálticas compatible con peristalsis inefectiva. 50% tuvieron un score de deMeester mayor a 14.5. La mediana del TD fue de 176.5 segundos (7.5-268.5), con un rango de 7.5-1753 segundos. No se encontraron diferencias significativas en el TD entre sujetos con score de deMeester mayor y menor a 14.5 (176.5 vs 198.5, p=0.8). De la misma manera, no se encontró correlación significativa entre el TD y las variables que integran el score de deMeester. Por otro lado, se encontró un mayor TD en sujetos con EII hipotensivo (218 vs 94.5, P 0.04) y en sujetos con peristalsis inefectiva (221 vs 139, p= 0.08).

CONCLUSION: La evaluación de la depuración esofágica mediante el método descrito es un procedimiento sencillo y que se asoció significativamente a las alteraciones motoras manométricas, aunque no así con las pH-métricas, que se observan habitualmente en la ERGE.

RP-06**RIESGO DE INFERTILIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELIACA: META-ANÁLISIS DE ESTUDIOS OBSERVACIONALES**

Lasa, JS(1); Zubiaurre, I(1); Soifer, L(1)

(1)Centro de Educación Médica e Investigación Clínica (CEMIC), Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCION: Se ha descrito previamente la asociación entre la enfermedad celiaca (EC) y trastornos extra-intestinales, como desórdenes ginecológicos. La asociación entre infertilidad y EC ha sido previamente estudiada, con resultados conflictivos.

OBJETIVO: Describir la asociación entre infertilidad y EC

MATERIALES Y METODOS: Se realizó un meta-análisis de estudios observacionales siguiendo las recomendaciones del Grupo MOOSE (Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology). Se incluyeron estudios controlados, ya sea con diseño de tipo caso-control o de cohorte. Se realizó una búsqueda por computadora desde 1966 a enero de 2013 en las siguientes bases de datos: MEDLINE, EMBASE, LILACS y la Biblioteca Cochrane. Analizamos dos tipos de estudios: aquellos que evaluaban el riesgo de infertilidad en sujetos con diagnóstico previo de EC y aquellos que investigaban la prevalencia de EC no diagnosticada en pacientes con infertilidad.

RESULTADOS: La búsqueda mostró 413 estudios potencialmente relevantes para revisión. De ellos, 399 fueron excluidos. Catorce estudios que evaluaron 83.136 sujetos fueron incluidos para el análisis. Se encontró una asociación significativa entre EC no diagnosticada y mujeres con diagnóstico de infertilidad [OR 3.48 (2.12-5.69)]. Cuando se evaluaron aquellos estudios que evaluaron la prevalencia de infertilidad en pacientes con diagnóstico establecido de EC, no se encontraron diferencias significativas con respecto a pacientes sin EC [OR 0.99 (0.86-1.13)].

CONCLUSION: La EC no diagnosticada es un factor de riesgo de infertilidad. A las pacientes mujeres que consultan por esta última se les debería descartar EC. La dieta libre de gluten podría tener un impacto positivo en la fertilidad de estos pacientes.

RP-07**PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD CELIACA EN PACIENTES CON PSORIASIS.**

Rafaeli, C(1); Suarez, D(1); Viúdez, P(1); Osorio Gonzalez, G(1); Golub, M(1); Gerlach, R(1); Stupnik, S(1); Sigcha Vidal, E(1); Poggio, N(1); Neglia, V(1); Buonsante, ME; Abeldañó, A(1); Litwin, N

(1)Hospital General de Agudos Cosme Argerich

Introducción: La enfermedad celiaca es una patología sistémica crónica, inmunológicamente determinada desencadenada por el gluten, lo que produce mal absorción de nutrientes secundaria a la atrofia vellositaria de la mucosa intestinal y que se desarrolla en individuos genéticamente predispuestos. En nuestro país un estudio multicéntrico demostró una prevalencia del 0.7% en relación a la población general. El contacto de las proteínas parcialmente digeridas del gluten con el sistema inmune provoca una reacción inflamatoria en el intestino delgado proximal siendo la respuesta dirigida hacia auto-antígenos lo que daría origen a fenómenos de autoinmunidad, como lo demuestra la asociación de la enfermedad celiaca con patologías como: diabetes insulino dependiente, enfermedad de Addison, cirrosis biliar primaria y psoriasis.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la enfermedad celiaca en pacientes con diagnóstico de psoriasis.

Material y Metodos: Se estudió una cohorte de 200 pacientes con diagnóstico de psoriasis en seguimiento por el Servicio de Dermatología de nuestro hospital entre junio del 2011 y septiembre de 2012: se registraron las características de las lesiones de la piel, el índice de masa corporal, las enfermedades concomitantes y los antecedentes familiares; se determinó el dosaje de la IgA sérica total, anticuerpo anti-transglutaminasa y anticuerpos contra peptidos deaminados de la gliadina. Todos los pacientes que presentaron al menos un marcador serológico positivo completaron su estudio con una Video-endoscopia digestiva alta con la obtención de cuatro biopsias de la segunda porción duodenal.

Resultados: Se diagnosticó enfermedad celiaca en cuatro pacientes en la cohorte de pacientes estudiados con psoriasis.

Conclusiones: Se obtuvo una prevalencia del 2% (1/50) de enfermedad celiaca en los pacientes con psoriasis, resultados similares a los obtenidos por la literatura internacional que asocian la enfermedad celiaca y la psoriasis con una prevalencia del 0.2 al 4.3%

RP-08**TRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS Y EL SÍNDROME DE LA INMEDIATEZ.**

Soifer, L(1); Argüello, M(1); Senderovsky, M(1); Lasa, J(1); Peralta, D(1); Dima, G(1)

(1)Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC. Buenos Aires, Argentina.,

Introducción: En la vida actual globalizada, todo tiene que ser "ya mismo" por lo que es frecuente la presencia de síntomas vinculables a este elevado estado de impaciencia, motivada por la demora en lograr los cambios esperados en un proceso, trámite o divertimento. A este conjunto de síntomas lo hemos denominado "el síndrome de la inmediatez".

Objetivos: El propósito de este trabajo fue el de elaborar un cuestionario que pudiera cuantificar este síndrome, darle validación al mismo y comparar los resultados entre un grupo de sujetos controles asintomáticos vs pacientes con trastornos funcionales digestivos.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo tipo caso control en el cual inicialmente se elaboraron 12 preguntas con 5 respuestas posibles, las preguntas fueron estudiadas por un grupo de evaluadores profesionales. A continuación el cuestionario fue respondido por 30 sujetos controles asintomáticos, no institucionalizados. Otorgándole un puntaje de 1 a 4, los resultados fueron evaluados para establecer la concordancia interna mediante test de Crombach Alfa. En base a las pruebas de validación fueron finalmente seleccionadas 6 preguntas que permitieron comparar los puntajes en el grupo control con los referidos por 60 pacientes. La comparación del puntaje final para ambos grupos fue realizado mediante test no paramétrico de Mann-Whitney considerando significación con una p < 0,05.

Resultados: Los puntajes medianos finales para ambos grupos fueron 2.15 para controles y 2.19 para pacientes, no se apreciaron diferencias significativas entre ambos grupos, p = 0,87.

Conclusiones: En los sujetos con trastornos funcionales digestivos la impaciencia motivada por las demoras no pareciera ser diferente a la que se presenta en la población general. Es decir los pacientes tienen igual nivel de inmediatez que los controles. Por lo que no hemos podido evidenciar que el síndrome de la inmediatez sea causa o efecto de los trastornos de la función digestiva.

Tabla 1: Cuestionario

Preguntas	1. ¿Le molesta que no se atienda rápido el teléfono cuando este suena?	2. ¿Cuán molesto se siente si en un restaurante el mozo tarda mucho en atenderlo?	3. ¿Le molesta que le hablen lenta y pausadamente?
	4. ¿Cómo tolera la demora de una computadora lenta?	5. ¿Muchas veces está apurado/a sin un motivo para estarlo?	6. ¿Cuán molesto/a se siente esperando que cambie la luz de un semáforo?
Puntaje	Para nada= 1 Mucho= 4	Un poco= 2 En mi caso no aplica=	Bastante=3 Anula la pregunta

RP-09

FACTORES SOCIO-CULTURALES DE PROTECCION Y VULNERABILIDAD DE LOS TRASTORNOS FUNCIONALES GASTRO-INTESTINALES EN LOS NIÑOS. RESULTADOS DE UNA INVESTIGACION PLURIDISCIPLINARIA

Gomez Cardona, L(1, 2); Fortin, S(1, 2); Faure, C(3); Rasquin-Weber, A(3); Gauthier, A(2); Bibeau, G(1)
 (1)Universidad de Montreal (2)Centro de investigacion Hospital Sainte-Justine (3)Hospital Sainte-Justine. Canadá.

Introducción: La prevalencia de los trastornos gastro-intestinales funcionales es del orden del 10% al 15% entre la población mundial (Barakzai y Fraser 2007) y del 10% entre la población infantil (Bareic M y col. 2002). En las clínicas pediátricas en gastro-enteroología, estos trastornos figuran entre los principales motivos de consulta (Daza y col. 2008). La ausencia de alteración estructural o bioquímica de estos constituye un reto para los médicos. Una perspectiva biopsicosocial aporta algunos elementos: la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Aunque los conocimientos han aumentado, aun falta mucho por dilucidar (Howell y col., 2004).

Objetivo: Identificar los factores socio-culturales de protección y de vulnerabilidad asociados a la evolución de estos trastornos, a partir de una perspectiva complementaria (gastroenterología y antropología). Esta comunicación presenta los principales resultados de nuestro estudio exploratorio.

Metodología: Empleamos una metodología cualitativa, la cual gana cada vez mayor reconocimiento dentro de la medicina (Lambert y McKeivitt 2002, Singh y Keenan 2010). Tuvimos acceso a 38 niños (8-12 años) con síntomas identificados en el diagnóstico Roma III. Realizamos 81 entrevistas semi-estructuradas (38 familiares y 43 individuales). Recogimos la información mediante una guía de entrevista -Turning Point-Period Interview- (Corin y col. 2007) adaptada a nuestra problemática. Analizamos las variables semióticas (síntomas), interpretativas (explicaciones) y pragmáticas (acciones con respecto de los síntomas) (Corin y col. 1992). **Resultados:** Los contextos familiares de los niños favorecen la evolución de los trastornos gastro-intestinales funcionales. Las dinámicas intra-familiares inciden en la respuesta dada a estos trastornos así como el manejo de la incertidumbre que surge del diagnóstico. Las familias poseen recursos socio-culturales para prevenir y aliviar los dolores. La comunicación en la consulta médica es de suma importancia para los pacientes y sus familias.

Conclusión: La investigación interdisciplinaria ayuda a comprender los factores que favorecen o impiden la aparición y evolución de los trastornos gastro-intestinales funcionales. La metodología cualitativa informa sobre la manera como los niños y su familia viven estos trastornos y su diagnóstico. Conocer la percepción que estos tienen de las consultas médicas es un aporte positivo para los médicos.

RP-11

PRESENTACIÓN DE UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTE: COLITIS ULCEROSA, DESARROLLO DE HEPATITIS B AGUDA SEGUIDA DE HEPATITIS AUTOINMUNE.

Czarnowski, A(1)
 (1)Servicio de Gastroenterología. Hospital El Cruce. Florencio Varela. Bs. As. Argentina

Caso clínico: Paciente varón, de 25 años, con diagnóstico de Colitis Ulcerosa (CU) desde el año 2008. En octubre del 2012 bajo mesalazina 2,5 g/día, presenta reactivación de la CU agregándose metilprednisolona 40 mg/día. A la semana consulta por astenia, ictericia, coluria, hipertransaminasemia por 19 veces el límite superior normal (LSN), con ecografía abdominal normal. Se hallaron las siguientes serologías virales:
 a) Positivas: Ag HBs >1.000, Ac HBc >8, Ac HBc IgM, AgHBe, AcHBe y Ac HVA IgG.
 b) Negativas: Ac HBs, HVC, ac HVA IgM, HIV y VDRL.
 Con diagnóstico de Hepatitis B Aguda (HBA) se suspenden los corticoides orales. Evoluciona con descenso de transaminasas y bilirrubina.
 A dos meses del diagnóstico de HBA presenta elevación de enzimas hepáticas por 8-10 veces el LSN, con negativización del AgHBs y desarrollo de Ac HBs en títulos mayores a 500 UI/ml.
 Se realizan nuevas determinaciones hallándose gammaglobulina: 1,8 g/dl, títulos elevados de anticuerpos antinucleares (ANA 1:160) y anticuerpos anti músculo liso (ASMA 1:1.280) siendo los anticuerpos antimitocondriales, LKM y serologías de fase aguda para Citomegalovirus y virus de Epstein Barr, negativos.
 El 27/03/2013 se realizó una PBH que evidenció leve esclerosis en espacio porta, infiltrados inflamatorios mononucleares con células plasmáticas, afluencia eosinofílica, ruptura de la lámina limitante, encardamiento hepatocitario adyacente, rosetas hepatocitarias escasas, necrosis en puente, daño ductal con ductopenia. Hepatitis lobulillar con apoptosis, necrosis hepatocitaria y balonización leve. Hallazgos compatibles con Hepatitis Autoinmune (HAI).
 Con DNA sérico negativo para virus B, comienza con metilprednisolona 40 mg/día observándose normalización progresiva del hepatograma en lapso de tres semanas.
 Antecedentes +: Esquema de vacunación incompleta para VHB en el 2009. Pareja previa con diagnóstico de hepatitis B crónica. Se constató hipertransaminasemia por 4 previo al cuadro de Hepatitis B Aguda.
 Impresión diagnóstica: Paciente con diagnóstico de colitis ulcerosa que al iniciar tratamiento con corticoides presenta probable reactivación aguda hepatitis B crónica seguida de su resolución espontánea y desarrollo posterior de hepatitis autoinmune.
 Comentarios: Aunque la prevalencia de Hepatitis B es baja en nuestro medio, la reactivación de la hepatitis B por corticoides puede evolucionar a una falla hepática fulminante. Este caso refuerza la importancia de realizar el screening del virus B con AgHBs, AcHBe y AcHBs a todos los pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal previo a la indicación de inmunosupresión. En caso que los marcadores virales fuesen positivos, la reactivación es prevenible con la indicación de antivirales. En este caso clínico se observó además el desarrollo de HAI aguda luego de la resolución de su hepatitis B. La HAI puede ser disparada por virus hepatotropos pero hay muy pocos casos documentados en la bibliografía médica de HBA seguida de HAI.

Laboratorio	19/06/12	11/10/12	30/10/12	22/11/12	27/12/12	06/02/13	22/03/13	05/04/13	16/04/13	24/04/13
Tratamiento			Delisisona 40 mg x 1 sem.				Delisisona 40 mg			
Plaquetas		377.000					284.000			276.000
TGO UI/ml	146	769	81	142	520	400	357	29	30	44
TGP UI/ml	162	538	142	231	923	330	384	64	47	54
Bilirrubina T.		12,7	2,6	1,4	2,3	1,9	1,7			0,7
FAL	302	483	101	108	392	443	280			144
GGT				292	389	606	587			250
Quick %		100					100			
Proteínas g/dl	7	7,2				7				
Albumina g/dl	3,5	3,3				3,3				6,7
Gama Glo. g/dl						1,86				
AgHBs		(+)				(-)				
AcHBeIgM		(+)								
AcHBs		(-)				(+)				
DNA VHB								(-)		
FAN							1:160			
ASMA							1:1.280			

RP-10

¿DISPEPSIA FUNCIONAL, EROSIONES EN EL BULBO DUODENAL E HIPERPLASIA DE GLÁNDULAS DE BRUNNER, UNA ASOCIACIÓN CASUAL?

Campitelli, EH(1); Ibarra, DDV(2); Peré, FO(2); Paskiewicz, AM(1); Ronchetti, RD(3); Racca, ML(3); Casco, C(4); Rubio, HW(5)
 (1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Aeronáutico, CABA, Argentina (2)Servicio de gastroenterología-Hospital Aeronáutico, CABA, Argentina (3)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Aeronáutico, CABA, Argentina (4)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Paroissien, La Matanza, Argentina (5)Servicio de Gastroenterología, Hospital Paroissien, La Matanza, Argentina

Introducción: La dispepsia funcional ha sido definida por los Criterios de Roma III, como la presencia de uno o más síntomas crónicos de dispepsia en ausencia de causas orgánicas, sistémicas o metabólicas que puedan justificarlos. Alteraciones como, retardo en el vaciamiento gástrico, hipomotilidad antral y alteraciones de la motilidad intestinal, disminución de la acomodación gástrica, infección por H.p., hipersensibilidad visceral, sensibilidad duodenal anormal al ácido, maldigestión de H d C y factores psicológicos, han sido vinculados a pacientes con Dispepsia Funcional. Se han evaluado y estudiado, múltiples alteraciones de tipo funcional, pero no se han descrito lesiones anatómicas, o hallazgos endoscópicos que puedan asociarse a algún tipo de dispepsia de las clasificadas, según los criterios de Roma III. Las glándulas de Brunner, son estructuras anatómicas presentes en el bulbo y segunda porción del duodeno, también es conocida la hiperplasia de las mismas, en forma múltiple o aislada, asociada o no al hamaroma; se las considera como un hallazgo anatómico incidental. Las erosiones de bulbo, como hallazgo endoscópico, acompañan a cuadros con aumento de la producción ácida, vinculados o no a la ingesta de AINES y en tratamientos recientes de erradicación del Helicobacter pylori. No hemos encontrado en la literatura, una asociación que vincule estos hallazgos como una probable asociación en un tipo definido de dispepsia, clasificada como B1b; dolor epigástrico, por los criterios de Roma III, por lo que presentamos y compartimos nuestros hallazgos.

Objetivo: Comunicar la probable asociación de la dispepsia, variedad dolor epigástrico, B1b de la clasificación de Roma III con erosiones en bulbo e hiperplasia de las glándulas de Brunner.
Materiales y Métodos: Realizamos un estudio, Observacional multicéntrico donde se enrolaron 31 pacientes, en dos centros endoscópicos, con erosiones en bulbo duodenal y nodularidad que después fue evaluada por Anatomía Patológica si correspondían o no hiperplasia de las glándulas de Brunner; todos los pacientes cumplían criterios de Dispepsia B1b. 18(58%) eran hombres, con una media de edad de 46 años, 11 eran H.p.+ El grupo control fue conformado por 85 pacientes con dispepsia no B1b, con una media de 51 años; 46(54,12%) fueron mujeres. Se incluyeron aquellos pacientes que tenían biopsias de bulbo. Se encontraron, 7 pacientes con dolor epigástrico asociada a plenitud postprandial y erosiones; 15 presentaban hiperplasia de glándulas de Brunner y 32 eran H.p.+ Los pacientes fueron evaluados por test de ureasa y A.P. para H.p. y se descartó Enfermedad Celíaca por Ac anti gliadina y Antiendomisio.
Análisis Estadístico: Se usó X2 para comparar proporciones y se calculó el odds ratios, por regresión logística. En todos los casos se utilizó una P de 0,05

Resultados: Ver tablas
Conclusiones: En aquellos pacientes que presentan dispepsia funcional de tipo dolor epigástrico, que no responden a IBP; sugerimos observar con detenimiento el bulbo duodenal y biopsiarlo en búsqueda de erosiones e hiperplasia de glándulas de Brunner. De confirmarse los hallazgos en otros grupos endoscópicos, debería evaluarse si estos son causa o consecuencia. Planificándose así, otra estrategia terapéutica y reevaluando si este tipo de Dispepsia, es verdaderamente funcional.

Casos y controles I	casos n= 31	controles n = 85	P 0,05
Edad	45,09 +/- 11	50,17 +/- 11	0,073
Hombres	18 (58%)	39 (45,88%)	0,046
H. pylori +	11 (35,48%)	32 (37,64%)	0,08
Erosiones en bulbo	31 (100%)	7 (8,235%)	0,001
Hiperplasia gland. Brunner	23 (77,41%)	7 (8,235%)	0,023
Dolor Epigástrico	31 (100%)	7 (8,235%)	0,001

RP-12

SINDROME DE INTESTINO CORTO TIPO 2. PRESENTACION DE CASO.

Nifuri, GE; Romano, ME; Ghelfi, M; Martinez, MV; Abendaño, D

Paciente de 38 años de edad, derivada del interior de la provincia por presentar cuadro de abdomen agudo, hiperamilasemia, y sospecha de pancreatitis aguda grave: Ingresa el 7/4/12 en mal estado general, hipotensa, taquicárdica. Se realiza Tac de abdomen que constata neumatosis intestinal y en sistema porta. Se realiza laparotomía exploradora de urgencia y se constata necrosis de intestino masiva que abarca todo el territorio de la arteria mesentérica superior, con peritonitis difusa, se realiza resección masiva de intestino delgado y hemicolectomía derecha con yeyunostomía y abdomen abierto y contenido. A las 48 horas se realiza second look y se cierra el abdomen. Cumple evolución en UTI con necesidad de ARM, sostén vasoactivo, sostén metabólico por acidosis, SIRS secundario a sepsis, tratamiento ATB con IMPENEM, que cumple 14 días en total. A las 48 hs se cierra el abdomen. Al 8vo día se logra destete de ARM, al 6to día se inicia NTP. A los 17 días egresa a Sala general. El 4/6/12 se realiza reconstrucción yeyunocolónica (yeyuno 45 cm y anastomosis al colon transversal) mas eventroplastia. Presentó infección de herida que se resuelve con curaciones. Presentó posteriormente una infección urinaria a E. Coli y otra infección asociada a catéter central. ambas se resolvieron con tratamiento médico según antibiograma. El 18/6/12 inicia alimentación oral con líquidos, y progresión a semisólidos y sólidos con hidratos de carbono complejos con buena tolerancia. El 16/08/12 se colocó catéter central semipermanente implantable doble lumen para continuar la alimentación parenteral. Se realizó angiografía de vasos cerebrales y toracoabdominales sin observar obstrucciones ni alteraciones estructurales. Permanece anticoagulada con enoxaparina y luego con acenocumarol. El único antecedente previo a este evento es la ingesta de anticonceptivos orales. El 17/08/12 se da el alta institucional con alimentación parenteral nocturna (de 20 a 9 horas), la misma es de 1500 ml de volumen, gl 300, aa 68, lípidos 30, electrolitos, oligoelementos, vitaminas y carnitina.

— A los 3 meses se pasa la alimentación parenteral nocturna a tres veces por semana, mantiene buenos parámetros nutricionales (aumento progresivo de peso, albúmina), a los 9 meses de la cirugía inicial, se retira catéter central y continúa con dieta fraccionada vía oral. Se realiza posteriormente estudio de trombofilia que resulta negativo.
 Al año paciente con readaptación satisfactoria en intestino corto tipo 2, en seguimiento nutricional y clínico.