CC-O-001

AMILOIDOSIS COMO CAUSA DE SÍNDROME DE OBSTRUCCIÓN AL TRACTO DE SALIDA GÁSTRICO

Villalba, M.; Caruso, S.; Godoy, A.; Kidd, M.; Licciardello, M.; Maruelli, S.; Notari, L.; Tosti, R.; Villalba, J; Colombo, P.
Servicio de Gastroenterología, Complejo Médico Policial Churruca-Visca. Buenos Aires. Argentina

Introducción: La amiloidosis es una enfermedad por depósito extracelular de fibrillas proteicas insolubles de bajo peso molecular. Existen diferentes presentaciones clínicas dependiendo del tipo de proteína, cantidad depositada y de su distribución tisular. Puede ser sistémica u órgano-específica. La amiloidosis gastrointestinal se presenta en un gran porcentaje de pacientes con compromiso sistémico pero las manifestaciones clínicas ocurren en menos del 20% de los casos. Los órganos afectados por orden de frecuencia son duodeno, estómago y colon. El depósito local de amiloide en el tracto digestivo como única localización es infrecuente. Objetivo: Presentar un caso clínico de síndrome de obstrucción al tracto de salida gástrico de etiología infrecuente y difícil diagnóstico. Caso clínico: Hombre de 63 años de edad con antecedentes de cuatro episodios de hemorragia digestiva alta en el último año. Se realizaron estudios de endoscopía en todos los casos, observándose lesión antro-pilórica excavada de aproximadamente 3 cm, friable, con bordes sobreelevados, sangrado espontáneo y marcada distorsión anatómica. Histopatología compatible con cambios inflamatorios inespecíficos. Terapéutica médica con inhibidores de bomba de protones (IBP) con escasa respuesta. Evoluciona con síndrome de obstrucción al tracto de salida por lo que se decide tratamiento quirúrgico constatándose lesión pseudo tumoral que afecta región antro-pilórica y bulbo duodenal con proceso inflamatorio crónico a nivel del pedículo hepático. Se realiza gastrectomía subtotal incluyéndose primera porción duodenal asociándose a colecistectomía con colangiografía intraoperatoria para certificar indemnidad de vía biliar. Reconstrucción en Y de Roux. La anatomía patológica diferida informa amiloidosis gástrica y depósitos de material amiloide subepitelial en la pieza de colecistectomía. Conclusión: La sospecha clínica de amiloidosis gastrointestinal es difícil en pacientes en los que todavía no se ha establecido el diagnóstico, debido a la inespecificidad de los síntomas.
La amiloidosis gástrica es una rara manifestación de esta enfermedad. Los hallazgos endoscópicos son numerosos e inespecíficos: mucosa con patrón granular, eritema, erosiones, úlceras, fragilidad de mucosa, formaciones de aspecto polipoideo, engrosamiento de pliegues e incluso lesiones benignas pueden ser confundidas con malignas por el aspecto endoscópico y radiográfico.
Esta entidad debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de úlceras benignas de comportamiento errático y escasa respuesta al tratamiento con IBP. La necesidad de descartar enfermedad neoplásica y la aparición de complicaciones marca la indicación de exploración quirúrgica en la mayoría de los casos.

CC-O-002

VARIABLES CLÍNICAS ASOCIADAS A MAL PRONÓSTICO EN LA FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO

Notari, L.; Campos, L.; Caruso, S.; Chiriano, F.; Fernández, G.; Kidd, M.; Maruelli, S.; Quiroga, R.; Scacchi, A.; Tosti, R.; Trucco, A.; Villalba, M.; Colombo, P.
Servicio de Gastroenterología. Complejo Médico Policial Churruca- Visca. Buenos Aires. Argentina

Introducción: Los pacientes cirróticos que desarrollan una descompensación aguda con falla multi-orgánica presentan elevada mortalidad. A estos pacientes se los reúne bajo la entidad insuficiencia hepática aguda sobre crónica (ACLF). Objetivo: Determinar variables clínicas asociadas a riesgo elevado de mortalidad a corto plazo en los pacientes cirróticos que desarrollarán ACLF. Materiales y Métodos: Se evaluaron en forma prospectiva 42 pacientes cirróticos internados desde junio de 2013 a junio de 2014. La puntuación Clif-SOFA (evaluación de fallo orgánico secuencial en falla hepática aguda) y los criterios ACLF se aplicaron de acuerdo con la definición la Asociación Europea para el estudio del hígado (EASL) - Clif Consorcio. Se dividieron los pacientes en dos grupos con y sin ACLF, el grupo ACLF a su vez fue subdividido en grados según el compromiso de falla orgánica presentado. Evaluamos prevalencia, edad y sexo de los pacientes, etiologías, componentes de ACLF, factores de riesgo y mortalidad a los 28 y 90 días. Analizamos los resultados con pruebas de Fisher para las variables dicotómicas y de Chi cuadrado para las continuas. Usamos como medida de asociación la odds ratio (OR) con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Consideramos como significativa una $P < 0,05$. Resultados: La prevalencia de ACLF fue de 45%. El sexo masculino fue predominante, 28 (66%) fueron hombres. Dentro del grupo ACLF los pacientes que desarrollaron mayor mortalidad fueron más jóvenes. De 42 pacientes, 23 (57%) presentaron etiología alcohólica. Las variables clínicas significativas para desarrollo de ACLF fueron la presentación de ascitis desde el ingreso (p 0.01), la proteína C reactiva (PCR) (p 0.01), el Child Pugh C (p 0.03) y el score de Clif-SOFA (p 0.006). La mortalidad para el grupo ACLF a los 28 días fue de 38.5% (10 pacientes). Observándose variabilidad según el grado: ACLF1: 11% (1 paciente), ACLF2: 14% (1 paciente) y ACLF3: 80% (8 pacientes). Conclusiones: El 45% de los cirróticos internados en nuestro centro desarrolló ACLF. La etiología más frecuente fue la alcohólica. Los pacientes con Child Pugh C y presencia de ascitis desde el ingreso desarrollaron ACLF con más frecuencia. La ascitis desde el ingreso fue un factor de riesgo significativo para desarrollar ACLF y elevada mortalidad. En ACLF grado 3 la mortalidad alcanzó el 80% a los 28 días de internación. El deterioro de la función renal fue la falla que inició la descompensación multi-orgánica de los pacientes fallecidos. Estos resultados demuestran que el score de Clif-SOFA y la definición EASL-Clif Consorcio de ACLF demostraron ser representativos en nuestro centro para identificar los pacientes con ACLF y predecir mortalidad a corto plazo. No existe un tratamiento específico para esta entidad, ni biomarcadores para adelantarnos a su desenlace. La sobrevida de estos pacientes depende del tratamiento oportuno y multidisciplinario de la descompensación aguda y de las fallas orgánicas desencadenadas.

CC-O-003

NEOPLASIA NEUROENDÓCRINA: UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA

Kidd, M.; Campos, L.; Chiriano, F.; Hermida, R.; Notari, L.; Pérez Esteban, N.; Scacchi, A.; Tosti, R.; Trucco, A.; Colombo, P.
Servicio de Gastroenterología, Complejo Médico Policial Churruca-Visca. Buenos Aires. Argentina

Introducción: Las neoplasias neuroendocrinas (NEN) se originan de células localizadas en glándulas endócrinas, ganglios linfáticos, piel o sistema endócrino difuso, productoras de aminas biógenas y hormonas peptídicas. El carcinoma adenoneuroendócrino mixto (MANEC) es un subtipo de NEN poco frecuente del tracto gastrointestinal, que consiste en una doble diferenciación adenocarcinomatosa y neuroendócrina, representando cada componente, al menos el 30% del tumor. Son altamente malignos, con alto riesgo de metástasis a distancia. La agresividad depende del componente endócrino. Objetivo: Reporte de un caso de MANEC con metástasis múltiples de primario desconocido. Caso clínico: Varón de 45 años, consulta por ictericia. Laboratorio: TGO 405 UI/l, TGP 505 UI/l, FAL 1020 UI/l, BT 13 mg/dl, BD 7 mg/dl, GGT 1006 UI/l. Tomografía: imagen nodulillar en lóbulo pulmonar medio derecho, formaciones ganglionares en hilio pulmonar derecho, peri pancreática, latero aórticas e inguinales, formaciones nodulares miocárdicas, en glándulas suprarrenales y tejido celular subcutáneo (TCS). Alteración del calibre de asa de intestino delgado en fosa ilíaca izquierda. Colangiorresonancia: vía biliar intra y extra hepática dilatada, sin imágenes endoluminales, vesícula distendida de paredes finas, disminución del calibre en tercio distal del colédoco en relación a cabeza pancreática la cual no muestra imágenes nodulares definidas. Se realiza drenaje biliar percutáneo interno-externo con mejoría analítica. Endoscopía digestiva alta: compresión extrínseca en rodilla duodenal. Colonoscopía: sin lesiones. Endocápsula: tres lesiones elevadas mamelonadas nodulares de 10 mm en yeyuno proximal. Se realiza exéresis de nódulo de TCS evidenciándose en informe anatomopatológico adenocarcinoma con expresión de Cromogranina y Sinaptofisina. Pendiente enteroscopía con toma de biopsia y tomografía de emisión monofotónica de tórax y abdomen con DOTATOC-Ga68-Octreotide. Conclusión: La coexistencia de dos estirpes celulares en un tumor es infrecuente. Se postula que éstos tumores pueden surgir independientemente de células progenitoras, o derivar de una misma célula madre pluripotencial. Los componentes tumorales de las metástasis a distancia son los principales factores que afectan a la progresión del tumor. Generalmente el acceso a muestras de tejido Metastático es difícil lo que retrasa su diagnóstico. Existe evidencia que aquellas MANEC que presentan mayor componente neuroendocrino son más agresivas y de peor pronóstico. La cromogranina A es un bio-marcador de NEN predictor de respuesta al tratamiento. Sin embargo, su relación con MANEC no es clara aún. Se merece más estudios en el futuro.

CC-O-004

CAUSA INFRECUENTE DE DISFAGIA. SARCOMA ESOFÁGICO

Palazzo, A.G. (1); Zamora, V. (2); Lombardo, C.D. (3); Palazzo, F.H. (1)
(1) Instituto de Gastroenterología, Tucumán. Argentina. (2) Servicio de Patología. Santiago del Estero. Argentina. (3) Servicio de Gastroenterología. Hospital Padilla, Tucumán. Argentina

El Sarcoma del esófago es una patología muy poco frecuente, con escasa sintomatología. Su presentación habitual es de una gran masa polipoidea en 1/3 medio del esófago e invade a éste lentamente. Representa el 0,1 al 0,3 % de los tumores del esófago.
Caso clínico: Paciente de 80 años que consulta por disfagia progresiva a los sólidos, tos y dolor en dorso de tórax, de 4 meses de evolución. Tabaquista hasta los 65 años. Ingesta habitual de mate y comidas calientes. E.F.: paciente adelgazado con franca hipotrofia muscular.
Rx. SEGD: Lesión vegetante de 1/3 medio que estenosa parcialmente la luz del esófago y no lo dilata.
VEDA: a 30 cm. de la arcada dentaria lesión vegetante, mamelonada que ocupa el 70% de la luz y permite el paso del endoscopio, de consistencia blanda y sangrante que se extiende hasta los 36 cm, se toman múltiples biopsias. Estómago y duodeno normales.
Tac de tórax c/contraste: ensanchamiento del esófago cuya luz está ocupada por imagen hipodensa.
RNM: dilatación del esófago por lesión isodensa heterogénea sin aparente compromiso de la pared ni de las estructuras adyacentes.
Biopsia: proceso neoproliferativo de origen mesenquimal. Tejido de granulación con células bizarras.
Técnica de inmunohistoquímica: actina muscular lisa: (+), CD 34: (+), Vimentina: (+), Keratina 5 (-), MIB: (-), k 167 en parafina: 70-75% de núcleos marcados, CD 117: (-), DOG:(-), Keratina 18:(-), Keratina5: (-), Miogenina: (-), Proteína S 100: (-)
Diagnóstico: Sarcoma del esófago.
Dado el estado del paciente se colocó prótesis expandible con mala evolución por desarrollo de fistula bronco esofágica.
Conclusión: Se destaca la infrecuencia del Sarcoma de esófago dentro de las patologías tumorales de este órgano y la importancia de la inmunomarcación para el diagnóstico etiológico.

CC-O-005

UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE COLANGITIS

Ponce de León, J.; Malvarez, R.N.; Storni, C.; Carminatti, J.; Della Giustina, F.; Idoeta, A.
Servicio de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva. Hospital San Roque. Córdoba. Argentina

Paciente femenino de 46 años que consulta por dolor en hipocondrio derecho post-ingesta, continuo, irradiado a dorso que no cede con analgesia. Fiebre de 38°C de 48 hs de evolución y náuseas. Ictericia-coluria-hipocolia de 15 días de evolución.
Antecedentes patológicos: Chagas.
Antecedentes quirúrgicos: Cesárea. Ooforectomía-salpinguectomía izquierda por embarazo ectópico.
Hábitos tóxicos: Tabaquista 30 paquetes/año.
Antecedentes epidemiológicos: Infancia en Chubut, zona rural.
Examen físico: Temperatura: 37.5°C Tensión Arterial: 60/40 mm Hg Frecuencia cardíaca: 98 lpm Frecuencia respiratoria: 14 rpm Saturación de oxigeno: 97 % aire ambiente. Piel y escleras ictéricas.
Signos de deshidratación. Abdomen: plano, blando, depresible, doloroso a la palpación con defensa muscular en epigastrio, sin peritonismo, RHA conservados. Resto de examen físico sin particularidades.

Laboratorio	
Hematocrito	35 %
Glóbulos Blancos	19900 mm 3
Neutrófilos segmentados	72%
Eosinófilos	13 %
Sodio	130 mEq/L
GOT	419 UI/L
GPT	616 UI/L
FAL	2952 UI/L
Amilasa	456 UI/L
Bilirrubina total	21.6 mg/dL
Bilirrubina directa	18.7 mg/dL
Bilirrubina indirecta	2.9 mg/dL
LDH	382

Ecografía Abdominal: Hígado in-homogéneo por presencia en lóbulo derecho, segmento VII-VIII, de formación heterogénea, predominantemente sólida, de límites definidos, bordes lisos, con fina cápsula ecogénica, que mide 121 mm, con múltiples imágenes de aspecto quístico en su interior. Marcada dilatación de la vía biliar intra-hepática. Vesícula biliar: imágenes de litiasis y barro biliar, pared de espesor conservado. Colédoco proximal 11 mm de diámetro, distal 13 mm, presenta material ecogénico (barro biliar).
TAC Abdominal contraste EV.
Hígado: en lóbulo derecho presenta lesión mixta, bien delimitada, con paredes parcialmente calcificadas, mide 95x76 mm y presenta múltiples lesiones de aspecto quístico en su interior de menor densidad que el quiste madre. No se observa realce con el medio de contraste.
Vesícula biliar: paredes edematosas con litiasis múltiple.
ERCP: Papila mayor aspecto normal con salida espontánea de material blanquecino por poro papilar. Vía biliar intra y extrahepáticas dilatadas, colédoco de 18 mm con imágenes heterogéneas en su interior de diferentes tamaños. Se realiza papilotomía y posterior pasaje de Dormia y extracción de numerosas membranas blanquecinas mezcladas con pus. Revisión de vía biliar con Dormia y balón sin evidencias de restos de membranas en colédoco. Buen drenaje de bilis clara y medio de contraste a duodeno. Sin complicaciones inmediatas.
Evolución: Recibió antibióticos EV (ampicilina-metronidazol-gentamicina) y Albendazol VO. Evoluciona favorablemente. Alta hospitalaria al séptimo día.

CC-O-006

ENFERMEDAD DE MENETRIER: PATOLOGÍA GÁSTRICA INFRECUENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Palazzo, A.G. (1); Quinteros, C.G. (2); Gómez, A.L. (3); Caram, E.L. (1); Zamora, V. (2); Palazzo, F.H. (1)
(1) Instituto de Gastroenterología. Tucumán. Argentina. (2)Sanatorio 9 de Julio. Santiago del Estero. Argentina. (3) Pat Lab. Tucumán. Argentina

La enfermedad de Menétrier (EM) es una gastroenteropatía poco frecuente caracterizada por la secreción masiva de mucina que lleva al déficit proteico progresivo acompañado de hipoalbuminemia y edema. Histológicamente se observa hiperplasia foveolar masiva asociada a una reducción de las glándulas oxínticas. Está asociada a una sobreexpresión del gen del factor transformador de crecimiento alfa (TGF-α). Se desconoce su etiología, se lo asocia a patología infecciosa (citomegalovirus y Helicobacter P), a factores inmunitarios, hormonales entre otros. Su evolución en el adulto suele ser crónica y puede llegar a malignizar.
Caso clínico: Paciente mujer de 36 años que consulta por epigastralgia, astenia, hiporexia, pérdida progresiva y significativa de peso en los últimos 6 meses). Brevilínea con franco adelgazamiento e hipotrofia muscular generalizada. Leve epigastralgia a la palpación profunda.
Analítica: GR 3.300.000; Hto: 28%; Hb: 11,5 g/l; L 6000., Plaq. 354000/l, Anisocitosis leve, Hipocromía Leve, Poiquilocitos. Ferremia 63.TIBC 315 Sat: 20%, Hepatograma normal. HIV no reactivo. Albúminemia: 3; antiCMV: -
Rx SEGD: en cuerpo gástrico imagen redondeada que protruye principalmente sobre curvatura menor. Engrosamiento desorganizado de todos los pliegues gástricos.
VEDA: en todo el cuerpo gástrico lesiones vegetantes, extendidas, friables, blandas, de aspecto velloso que se extienden hasta el antro gástrico, con sangrado espontáneo. Biopsia con asa de diatermia.
TAC de abdomen: Estómago distendido. Múltiples mamelones sólidos en cuerpo y antro gástrico, algunos con diámetro longitudinal de 21 mm, demostrando realce tras contraste E.V. con características inespecíficas.
Biopsia gástrica: glándulas dilatadas, quísticas, tortuosas, con hipertrofia de glándulas fúndicas e hiperplasia de células mucíparas que alternan con áreas de atrofia glandular y otras de glándulas normales. Lámina propia con marcado edema, congestión y leve a moderado infiltrado linfoplasmocitario en parches. Ausencia de cambios regenerativos epiteliales.
Diagnóstico: gastropatía hiperplásica compatible con Menetrier.
Se practicada gastrectomía total dado el compromiso de toda la mucosa gástrica.
Conclusión: La EM es una patología poco frecuente con potencial maligno que de no ser diagnosticada a tiempo puede comprometer gravemente el estado general del paciente y hasta provocarle la muerte. La toma de biopsias debe abarcar todo el espesor de la mucosa para arribar al diagnóstico. En cuadros avanzados la gastrectomía total es una opción válida para detener el curso de la enfermedad.

CC-P-001

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA. UN HALLAZGO INCIDENTAL

Barros, R.F.; Barros, R.A.; Monteverde, M.J.; Rainero, G.L.; Ciammella, S.M.
Servicio de Gastroenterología. CEGA (Centro de Gastroenterología). Campana. Buenos Aires. Argentina

Introducción: La prevalencia mundial de la Enfermedad Celíaca es de aproximadamente 1%. Los pacientes pueden ser asintomáticos, presentar síntomas gastrointestinales o extra digestivos. El diagnóstico puede ser dificultoso, y en ocasiones, tarda muchos años en realizarse. Los signos endoscópicos como el festoneado de pliegues (signo del peinado positivo) y los surcos mucosos profundos (patrón en mosaico) pueden ser hallazgos que sugieran la enfermedad. El "gold standard" diagnóstico es la biopsia duodenal con serología específica positiva.
Objetivo: Presentar un caso clínico de diagnóstico de enfermedad celíaca a partir de un hallazgo tomográfico.
Material y método: Paciente masculino de 47 años sin antecedentes de relevancia, que fue derivado a nuestra institución para realizar videocolonoscopía (VCC) por dolor en fosa ilíaca izquierda de 72 hs. de evolución. Solicitamos, previo al estudio endoscópico, tomografía computada (T.C.) multislice de abdomen y pelvis con y sin contraste en la cual se informó, como único hallazgo, engrosamiento de la pared duodenal compatible con depósito graso submucoso (Imagen 1).
Se realizaron Video colonoscopía y Video endoscopía digestiva alta (Imagen 2), en las que no se evidenciaron lesiones, mostrando esta última, mucosa y pliegues duodenales de aspecto normal. Dado el hallazgo tomográfico referido se realizaron, según protocolo institucional, dos biopsias de bulbo y cuatro biopsias de segunda porción duodenal.
La anatomía patológica informó: enteropatía compatible con Enfermedad Celíaca estadio 3-C de Marsch- Oberhuber.
La serología para Enfermedad Celíaca (Ac. anti endomisio Ig-A, anti transglutaminasa tisular Ig-A y anti DGP) fue marcadamente positiva.
Conclusiones: Presentamos el caso de un paciente varón de 47 años que fue derivado a nuestro centro para realizar VCC por dolor en fosa ilíaca izquierda. La T.C. multislice efectuada en forma previa puso en evidencia un hallazgo incaracterístico que permitió arribar al diagnóstico final de enfermedad celíaca en su máximo estadío.
El rol de la tomografía computada en la Enfermedad Celíaca es clave para la evaluación de sus complicaciones. Sin embargo, existen escasos reportes, sobre el aspecto tomográfico de la pared duodenal en el momento del diagnóstico.
Consideramos que este caso podría motivar futuras investigaciones que intenten demostrar si la alteración tomográfica de la pared duodenal es una constante en pacientes celíacos no tratados. De confirmarse esta hipótesis, el estudio sistemático de la pared duodenal en las T.C. realizadas por cualquier motivo, permitiría diagnosticar pacientes celíacos asintomáticos, principalmente aquellos casos, poco frecuentes, de enfermedad avanzada con endoscopía normal.

CC-P-002

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE Y MASA ABDOMINAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LINFOMA INTESTINAL

Bidegain, S. (1); Gamond, M. (1); Gerase, G. (2); Villalonga, A. (2); Grosman, G. (3)
(1) Servicio Clínica Médica Hospital Horacio Heller, Neuquén Argentina.; (2) Servicio de Cirugía. Hospital Horacio Heller, Neuquén Argentina.; (3) Anatomía Patológica. Hospital Castro Rendón. Neuquén. Argentina

Introducción: El linfoma difuso de células grandes B es el más frecuente, constituyendo un 35% de todos los casos de linfoma no Hodgkin. Más del 50% de los pacientes al diagnóstico son mayores de 60 años, por lo que constituyen un desafío terapéutico. También es el más frecuente asociado a la infección por HIV.Se trata de una entidad heterogénea, actualmente considerado un síndrome clínico-patológico.
Objetivo:
1. Presentar un caso clínico con manifestación hematológica poco frecuente.
2. Jerarquizar el tamaño de la masa tumoral como elemento relevante de pronóstico y decisión terapéutica.
Área2. Intestino Delgado. Neoplasia
Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 23 años de edad con intervención quirúrgica reciente por quiste ovárico (cistoadenoma seroso). En el seguimiento peri operatorio se diagnostica síndrome anémico con criterios de hemolisis inmunomediada con buena respuesta al tratamiento con glucocorticoides.
Aproximadamente 6 semanas posteriores a la intervención, consulta presentando dolor abdominal localizado en flanco y fosa iliac a izquierda, al examen se palpaba masa tumoral extensa. Valores de lactato deshidrogenasa plasmática elevada con valores estables de hemoglobina y hematocrito. Mediante estudios por imágenes se detecta marcado engrosamiento de la pared del intestino próximo al íleon distal, con extensión de 180 mm y un grosor máximo de pared de 27.5 mm. Acompañado a masa solida hipodensa centro abdominal en la raíz del mesenterio, sugestiva de conglomerado ganglionar y múltiples formaciones ganglionares en contacto con el colon descendente. Se decide realizar video laparoscopia diagnostica, obteniéndose material de mesenterio y conglomerado ganglionar. Se confirma mediante estudio anatomo patológico, Linfoma B de células grandes. Se realiza interconsulta con servicio de Hematología, indicando tratamiento quimioterapico. Posterior al primer ciclo quimioterapico, presenta como complicación abdomen agudo perforativo, con peritonitis secundaria, requiriendo resolución quirúrgica y tratamiento antibiótico. Se constata intraoperatoriamente perforación de colon descendente e isquemia de intestino delgado afectado, quedando con ileostomía y colostomía. Evoluciona presentado shock séptico a punto de partida de perforación intestinal, con requerimiento de nueva intervención quirúrgica falleciendo a las 96 hs. de dicho cuadro.
Reflexión: Se trata de una paciente con una manifestación hematológica poco frecuente de proceso linfoproliferativo con criterios de mal pronóstico. Es este contexto se nos plantea la controversia del abordaje quirúrgico solo o cito reducción quirúrgica coadyuvante al quimioterapico por alto riesgo de perforación y alta probabilidad de no resolución completa por gran tamaño de masa tumoral.

CC-P-003

COLAGIOPATÍA POR IGG4. A PROPÓSITO DE UN CASO

Carnevale, G.; Guerrina, C.; Wulfson, A.
Gastroenterología Rosario

Introducción: La Pancreatitis Autoinmune constituye una forma infrecuente de pancreatitis. De etiología desconocida con fuerte sospecha inmunológica. Presenta una incidencia de 0.8/100.000, con predominio del sexo masculino y representa el 8% del total de pancreatitis crónica. Existen 2 variantes: TIPO 1 y 2, diferenciables por histología e inmunomarcación de IgG4 y además por el compromiso sistémico casi exclusivo de la variante TIPO 1. Dicho compromiso se denomina Enfermedad Sistémica Esclerosante asociada a IGG4. La misma se caracteriza por la afección de diversos órganos y sistemas como: Colangitis Esclerosante por IgG4; Compromiso Renal; Fibrosis Retroperitoneal; Sialoadenitis Esclerosante; Sme de Sjögrem; Compromiso de Tiroides. La manifestación extra pancreática más frecuente es la Colangiopatía por IgG4. Aunque su prevalencia continua siendo poco clara, alrededor del 80 % de los pacientes con Pancreatitis Autoinmune presentan estenosis distal de la vía biliar. Las mismas podrían corresponder tanto al compromiso inflamatorio de la vía biliar como también al edema del páncreas. Publicaciones recientes han logrado clasificar dicho compromiso en IV variantes presentando cada una de ellas importantes diagnóstico diferenciales como: Colangitis Esclerosante Primaria y el Colangiocarcinoma.
Caso Clínico: mujer de 71 años que consulta por dolor abdominal, ictericia y prurito de 15 días de evolución. Presenta el antecedente de Pancreatitis Autoinmune hace 10 años con respuesta terapéutica a Corticoides, Sme de Sjögrem y Tiroidectomía por bocio multinodular. Laboratorio: Htco: 44%, leucocitos: 6700mm3, GOT: 234UI/ml, GPT: 456UI/ml, FAL: 1200UI/ml, GGT: 567UI/ml, BT: 8g/dl, BD: 5.4g/dl, Amilasa: 200UI/L, CA19-9:37.4UI/ml, PxE: Hipergama policlonal, IgG4: 13 g/l (0.01 a 2.9 g/l), FAN 1/160 patrón moteado. RMI con COLANGIORMI: Marcada estenosis del colédoco distal asociado a importante engrosamiento de sus paredes que realzan al contraste. La vía biliar extrahepática mide 20 mm. Aumento difuso del tamaño del páncreas con pérdida de su acinarizado (Páncreas en salchicha). Lesiones renales bilaterales de aspecto cortico-nodular hipodensas sin realce post contraste. Se indica tratamiento con prednisona 40 mg/día y ácido ursodesoxicólico 900 mg/día con favorable evolución y resolución del cuadro clínico inicial.
Conclusión: Se presenta un paciente con antecedente de Pancreatitis Autoinmune y compromiso extrapancreático múltiple: Sme de Sjögrem; Bocio Multinodular; Compromiso parenquimatoso Renal y Colangiopatía por IgG4. El compromiso biliar en pacientes con antecedente de pancreatitis autoinmune se ha estimado con una prevalencia de hasta el 80%. En general representa una alteración benigna pasible de tratamiento médico. Sin embargo, presenta importantes diagnósticos diferenciales como por ejemplo el Colangiocarcinoma.

CC-P-004

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, ¿UN CAMINO HACIA EL CÁNCER DE ESÓFAGO? REPORTE DE UN CASO

Cuda, L.; Alsina, F.; Cóppola, D.; Ladux, M.; Mimura, H.; Fugazza, L.; La Forgia, M.; Falbo, C.; Aguilar, C.; González, C.; Díaz, E.; Fracchia, J.; Jacobino, L.; Forasiepi, R.
Servicio de Gastroenterología y Endoscopia, H.I.G.A Pedro Fiorito, Avellaneda. Buenos Aires. Argentina

Introducción: El HPV es un virus ADN epitelio trópico. Se ha demostrado su presencia en boca, faringe, esófago, colon y ano. Es considerado un factor predisponente para el desarrollo de cáncer de esófago (subtipo escamoso), principalmente cuando la infección es por HPV 16 y 18. Los pacientes HPV positivos tienen peor pronóstico que los HPV negativos con respecto a la evolución del cáncer. Se reporta una incidencia promedio de más del 20% de infección por HPV en los carcinomas de esófago, requiriéndose PCR o hibridación in situ para su diagnóstico.
Objetivo: Presentar un caso que demuestra dicha asociación y su evolución
Caso Clínico: Paciente femenina, de 58 años, derivada de Unidad Sanitaria por síndrome ácido sensitivo de más de 1 año de evolución. Se indica por edad y persistencia de síntomas VEDA 28/11/13. Evidencia a 25 y 30 cm de ADS dos áreas mucosas con lesión plana superficial con eritema y bordes definidos de 1 cm aproximado. Se biopsia.
Anatomía patológica: Varios fragmentos de mucosa esofágica acantopapilomatosa con displasia alto grado y signos de acción citopática viral (HPV). Luego de la endoscopía la paciente no vuelve a la consulta hasta 1 año después a pesar de reiteradas citaciones. Se repite VEDA el 5/10/14 donde se observa a 25 cm lesión elevada de 1cm (París IIA) (Se BX frasco 1) desde los 30 cm hasta 34 cm ADS otra lesión plana deprimida de bordes elevados (Paris IIC IIA), con fibrina, sangrado al roce y a la biopsia (BX frasco 2).
Anatomía patológica: Frasco 1: Colgajos de epitelio pavimentoso con alteraciones vinculables a displasia de bajo grado, con acción citopática viral HPV. Se envía para realización de PCR que es positiva para serotipo 18. Frasco 2: colgajo de mucosa esofágica con revestimiento pavimentoso con alteraciones vinculables a displasia de alto grado (intensa). Se solicita Eco endoscopía que informa engrosamiento difuso de la mucosa y submucosa con lesión hipoecogénica en contacto con la muscular propia sin invadirla desde los 30 a 35 cm ADS y al menos 3 ganglios perilesionales no adenomegálicos, DX: Lesión orgánica esofágica T1b N2 MX, Lugol negativo. Se solicita TAC, sin particularidades; y se realiza IC con cirugía quien realiza esofaguectomía total. Con diagnóstico Histopatológico de Carcinoma escamoso bien diferenciado. Continúa con controles periódicos por servicio de cirugía y oncología
Conclusión: Queda demostrada la asociación entre HPV y Cáncer de esófago; creemos conveniente la búsqueda del HPV, tanto en lesiones esofágicas, como en otras partes del tubo digestivo.

CC-P-005

HIDATIDOSIS ABDOMINAL MASIVA

Fernández, L.; Raichholz, G.; Ramírez, E.; Salvatierra, E.; Jiménez, F.
Servicio de Gastroenterología. Hospital José María Cullen. Santa Fé

Caso clínico: Masculino de 31 años de edad, de procedencia rural (zona norte de la provincia de Santa Fe), con diagnóstico de hidatidosis intra-abdominal hace 8 años que no realizó tratamiento por dificultades económicas; consulta por dolor abdominal intermitente y distención post-prandial de 8 meses de evolución. La RNM reveló: Múltiples formaciones ocupantes de espacios de morfología redondeada y de bordes bien delimitados distribuidas difusamente en la cavidad abdomino-pelviana de aspecto quístico hipointensas en secuencias T1 e hiperintensa en secuencias T2. Los quistes son complejos presentando en su interior membranas y vesículas hijas, hallazgos característicos del quiste hidatídico. Se localizan preferentemente en el omento mayor y mesenterio, también se visualizan en hígado y bazo. El mayor de los cuales presenta 13x11cm. Se inicia tratamiento con albendazol 400mg cada 12 hs.
Revisión bibliográfica: La hidatidosis (HD) también conocida como la equinococosis quística es una zoonosis causada por la tenia cestodo Echinococcus granulosus y rara vez por Echinococcus multilocularis, de distribución mundial. En Argentina si bien está difundida en todo el territorio nacional se distinguen seis "áreas endémicas mayores", donde se producen la mayoría de los casos: Patagonia, Pampa Húmeda, Área Metropolitana, Cuyo y Noroeste. Los seres humanos son huéspedes accidentales, intermedios, infectados al entrar en contacto con el huésped definitivo, comúnmente el perro, o por el consumo de verduras o agua contaminados. Comúnmente implica hígado (75%) y pulmones (15%). Los casos restantes (10-15%) incluyen bazo, riñones, cerebro y médula. La HD peritoneal es una entidad poco frecuente. La forma secundaria es más común, se produce como resultado de la rotura traumática o quirúrgica de un quiste hepático, esplénico o mesentérico. Sin embargo, la ruptura espontánea por fisura mínima es la forma secundaria más frecuente, pudiendo ocurrir en alrededor del 12% de los casos, generada por un aumento de la presión del fluido quístico. La hidatidosis primaria es una entidad muy infrecuente que representa sólo el 2% de todas las enfermedades hidatídicas intra-abdominales. La mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos durante años antes de presentar síntomas abdominales vagos como dolor inespecífico, plenitud abdominal, dispepsia, anorexia y vómitos. El diagnóstico se realiza a través de ecografía, tomografía computarizada (TC) o Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de abdomen en la que las lesiones aparecen bien definidas y circunscritas, con o sin tabiques interno, quistes hijos, arena hidatídica o calcificaciones de la pared. El tratamiento es médico. Sin embargo, es necesaria la intervención quirúrgica para quistes peritoneales sintomáticos y excepcionalmente grandes.
Conclusión: Se presenta un caso de hidatidosis abdominal masiva en área de baja incidencia en el territorio nacional.

CC-P-006

LEIOMIOSARCOMA PRIMARIO DE PÁNCREAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Carnevale, G.; Guerrina, C.; Wulfson, A.
Gastroenterología Rosario

Introducción: EL Leiomiosarcoma primario constituye una neoplasia de Páncreas extremadamente infrecuente. De estirpe mesenquimatosa y probable origen del tejido muscular de pequeños y grande ductos del páncreas. Representa el 0.1 % de los tumores malignos del páncreas. Fue descrito por primera vez por Ross en 1951 y hasta la fecha se han reportado 64 casos aproximadamente en la literatura mundial. Dada su infrecuencia existen pocos datos que describan diversas características epidemiológicas, su evolución, adecuadas estrategias terapéuticas. A pesar de esto, en la mayoría de las revisiones publicadas existe un elemento en común y es el mal pronóstico al momento de su diagnóstico dado su comportamiento agresivo con metástasis por vía hematógena temprana.
Caso Clínico: Varón de 61 años, trabajador rural con exposición a plaguicidas. Consulta por dolor abdominal intermitente e inespecífico negando pérdida de peso u otro síntoma. Examen Físico: hepatomegalia a 3 trabeces de reborde costal, duro elástica y borde irregular. Laboratorio: Htco: 35%, plaquetas normales, GOT: 124UI/ml, GPT: 2 50UI/ml, FAL: 770UI/ml, GGT: 400UI/ml, BT: 6g/dl, BD: 3.4g/dl, Amilasa: 78UI/L, Albúmina 3.5 g/l, CA 19-9: 37UI/ml, AFP y CEA normal, Ácido 5 hidroxiindolacético normal.
TAC de abdomen: voluminoso efecto de masa sólido que compromete cuerpo y porción cefálica de páncreas que mide 10 x 8 cm y que invade tejido graso peripancreático. Múltiples lesiones hepáticas nodulares sólidas que captan contraste periféricamente en fase arterial con lavado rápido en fases de venosa tardía. La masa pancreática provoca obstrucción completa del eje Espleno portal, invadiendo la vena esplénica y generando desarrollo de circulación colateral. Se realiza punción biopsia de páncreas.
Anatomía Patológica: Leiomiosarcoma primario de páncreas, caldesmon +, inmuno-negativo para: pan keratina, s100, CD 34 y C-KIT. Se inicia tratamiento quimioterápico con Doxorubicina y Dacarbazina. Actualmente a 13 meses de su diagnóstico cumplió 15 ciclos de quimioterapia, presenta buen estado general con control por tomografía computada favorable.
Conclusión: El Leiomiosarcoma primario de páncreas representa una neoplasia infrecuente con características clínicas e imagenológicas inespecíficas. El diagnóstico inmunohistoquímico resulta fundamental siendo positivo para Caldesmon y Desmina. Presenta mal pronóstico dado a su comportamiento agresivo y metástasis tempranas por vía hematógena.

CC-P-007

ELEVACIÓN DEL MARCADOR TUMORAL CA 19-9 SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS

Iraporda, V.
Servicio de Gastroenterología. Sanatorio Cemeda, Olavarría. Argentina

Introducción: El CA 19-9 es un carbohidrato del grupo Syalyl-Lewis sanguíneo que está relacionado con neoplasias gastrointestinales. Se han reportado niveles de CA19-9 elevados en varias patologías benignas pero normalmente este nivel no sobrepasa los 100 UI. Los niveles de CA 19-9 tienen una sensibilidad del 81.3%, y una especificidad del 75.9% para carcinoma de páncreas, pero un nivel de 1000 UI tiene una especificidad de 99% para cáncer gastrointestinales
Caso clínico: Se presenta una paciente de sexo femenino de 35 años, que es derivada por su ginecólogo al registrar elevación del marcador tumoral CA 19.9 al doble sin evidenciar patología ovárica.
En la paciente que se describe no se encontraron signos ni síntomas asociados. Su estado general era muy bueno
El único antecedente de importancia era una tiroidectomía parcial, durante la cual el laboratorio fue normal.
Se realizó Tac de abdomen y pelvis que fue normal, luego de la misma, aumento el valor del marcador al doble, el resto de la analítica fue normal.
Se procedió entonces a realizar Veda y Vcc, que solo evidencio una gastropatía erosiva leve.
En diferentes publicaciones se describe el incremento de este marcador en enfermedades benignas hepáticas, biliares y aun pulmonares
En la tabla se enumeran las causas malignas y benignas más comunes de elevación de CA19-9

Marc Tumoral	Características	Valor dereferencia	Falsos positivo	Leve	Moderado	Importante
CA 19.9	glicolípido	<37U7ml	Pat be pulmonar	Patología gastrointestinal, Endometriosis, Quiste de ovario, Hepatopatía, I.R	Pancreatitis Colestasis Quistes mucinosos	Neoplasia Gastrointest Especialmente páncreas e indiferenciados de ovarios

Conclusión: Cabe destacar entonces la dificultad para el diagnóstico diferencial ante el hallazgo de este marcador elevado, considerando así mismo la posibilidad de falsos positivos.

CC-P-008

UNA RARA FORMA DE COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA

Quiroga, J. (1); Ulivarri, F. (1); Gómez, M. (1); Lotero Polesel, J. (2); Sanguinetti, J.M. (2); (3)
(1) Medicina Ambulatoria Salta, Salta. Argentina. (2) Instituto de Gastroenterología y Endoscopía Salta, Salta. Argentina. (3) Universidad Nacional de Salta, Salta. Argentina

Introducción: Paciente de sexo femenino de 60 años de edad derivada por dolor abdominal y diarrea de más de 4 semanas de evolución para realización de estudios endoscópicos. En la consulta se la observaba dolorida y con signos de deterioro del estado general. Refería haber sufrido una herida en un dedo y recibido Amoxicilina Clavulánico por 7 días dos semanas antes del inicio de los síntomas. Como antecedentes refería apendicectomía. Se realizó Endoscopía Digestiva Alta que fue normal y una Videocolonoscopía donde se observaban divertículos aislados en Colon Izquierdo, imágenes compatibles con pseudomembranas y úlceras de tipo aftoides en colon transverso y ascendente y en ciego una lesión exofítica cubierta por un espeso exudado amarillento. A la toma de biopsias la lesión era blanda y no impresionaba adherida a planos profundos. Se interpreta como una Colitis Pseudomembranosa Derecha junto a un tumor inflamatorio. Se realiza Tomografía Axial Computada (TAC) que reveló una imagen de aspecto inflamatorio a nivel cecal. En la histología se observó material fibrinoleucocitario en la luz tapizando la mucosa. Histoarquitectura glandular preservada. Técnica de PAS negativa.
No se pudo realizar Toxina para Clostridium Difficile por no disponerse del estudio en la institución. Se decidió iniciar tratamiento con Metronidazol por 14 días y luego 10 días de Rifaximina con buena evolución clínica con remisión absoluta de la sintomatología. La TAC de control no mostró las alteraciones observadas en el estudio previo y la Videocolonoscopía mostró ausencia de pseudomembranas y resolución del tumor inflamatorio.
Comentario: Los Pseudotumores Inflamatorios son los tumores benignos más frecuentes. Habitualmente presentan síntomas inespecíficos (dolor abdominal) aunque en ocasiones pueden observarse complicaciones severas.El mecanismo patogénico propuesto es el de una reacción inflamatoria a agentes infecciosos. Existen reportes relacionados con EBV, Campylobacter jejuni, Helicobacter Pylori y otras micobacterias u hongos. El estado inmunológico no tendría una influencia importante ya que existen casos descriptos en pacientes inmunosuprimidos e inmunocompetentes.
Encontramos un solo reporte en la literatura describiendo un pseudotumor inflamatorio relacionado con una infección por Clostridium Difficile a nivel colónico en un paciente pediátrico e inmunosuprimido.
En este caso, si bien no se pudo documentar la presencia de Cl. Difficile se trataba de una paciente inmunocompetente con buena respuesta terapéutica.

CC-P-009

LINFOMA GÁSTRICO PRIMARIO DE TIPO MALT: A PROPÓSITO DE UN CASO

Salas Paz, L.; Ludueña, J.A.; Alcaraz Serrat, J.A.; Yaffa, P.F.; Solá Fernández, C.; Alonso, A.S.; Lombardo, C.D.; Cappelli, M.E.
Servicio de Gastroenterología, Hospital Ángel C. Padilla. Tucumán. Argentina

Introducción: El linfoma MALT gástrico se encuentra englobado dentro de los linfomas no Hodgkin de células B, extranodal, y encuadrado dentro de los linfomas de la zona marginal. Adquiere una connotación especial por su potencial remisión con la antibioticoterapia, ya que ésta puede ser cercana al 100% en estadíos tempranos. Aproximadamente un 70-85% son linfomas de bajo grado y el resto linfomas de alto grado. Es necesario definir si se trata de un linfoma de alto o bajo grado histológico, ya que ambas entidades tienen un comportamiento distinto. Existe una estrecha relación entre la infección por el Helicobacter Pylori y el desarrollo de linfoma MALT gástrico, demostrado por diferentes estudios. El diagnóstico se realiza mediante VEDA con biopsias y se debe confirmar ausencia de enfermedad sistémica. Las técnicas de inmunohistoquímica o PCR son muy eficaces para demostrar la monoclonalidad de células B. Siempre que se diagnostique un linfoma MALT gástrico debe evaluarse la infección por HP. Presentamos el caso de una paciente con síndrome de impregnación maligna a la cual se le diagnosticó Linfoma Gástrico Primario de tipo MALT avanzado.
Caso Clínico: Mujer de 62 años, con antecedentes de dispepsia, que consulta por diarrea crónica y deshidratación, acompañada de pérdida de peso de más de 10 Kg en 3 meses. Al examen físico deshidratada, febricular, adelgazada, con palidez cutáneo mucosa y se palpan adenomegalias laterocervicales, supraclaviculares y axilares. Lab.: Bicitopenia (leucopenia y anemia), hipoalbuminemia, función renal y coagulación normal. Serología HIV -. Coprocultivo, coproparasitológico y urocultivo negativos. Marcadores virales de hepatitis y de enfermedad celíaca negativos. VEDA: Mucosa de techo y cuerpo eritematosa y en antro mucosa de aspecto granular. Biopsia: sugiere posibilidad de un proceso linfoproliferativo. La inmunomarcación corresponde con Linfoma no Hodking extranodal gástrico de células B tipo MALT. Se descarta enfermedad sistémica. Se estadifica: EIII y se inicia tratamiento: erradicación para Helicobacter¨Pylori y quimioterapia. Actualmente se encuentra en seguimiento por oncología.
Conclusión: El linfoma gástrico primario de tipo MALT es una neoplasia poco frecuente que representa el 7% de todas las neoplasias gástricas. Se diagnostica más frecuentemente a partir de los 50 años, con un predominio de los varones de 1,7:1 En su etiopatogenia está demostrada su relación con la infección por Helicobacter Pylori. Su diagnóstico se basa en la histología, la cual es además fundamental para su pronóstico, pudiendo recurrir a la inmunohistoquímica para confirmar su diagnóstico.

CC-P-010

MANIFESTACIÓN EXTRAHEPÁTICA DEL VIRUS B: SÍNDROME NEFRÓTICO

Fernández, C.; Carnevale, G.; Cortez Torres, E.; Covernton, J.; Liberti, R.; Caballini, P.; Cuneo, M.; Samaniego, F.; D´Ottavio, G.; Bucciarelli, F.; Maccagni, C.; Levin, A.; Pratto, D.
Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez, Rosario. Argentina

Introducción: Las manifestaciones extrahepáticas de la infección crónica por virus B son las poliartralgias, las glomerulopatias (glomerulonefritis, síndrome nefrótico) y la poliarteritis nodosa, entre las más conocidas. Si bien las glomerulopatias son complicaciones de infrecuente aparición, su reconocimiento es trascendente debido a que pueden tener un cuadro evolutivo de pronóstico severo de no mediar un tratamiento específico.
Caso clínico: Varón de 82 años, antecedente de hipertensión arterial, fibrilación auricular y síndrome ascítico-edematoso en 2 ocasiones, que ingreso por cuadro de 30 días de evolución de edemas generalizados a nivel de miembros inferiores, superiores y sacro. Al examen físico se encontraba clínicamente estable, vigil, con un abdomen distendido que impresionaba con leve ascitis, sin dolor a la palpación, evidenciando anasarca, con edemas a predominio de miembros inferiores hasta la raíz de ambos muslos, Godet (+++), edema sacro (++) y en miembros superiores (+). En el laboratorio presentaba: hcto 44 hb 14 gb 7200 plaq 228000 na 131 k 4 gluc 102 uremia 83 creat 3 got 33 gpt 14 sai fal 259 ggt 27 tp/kptt 9/26 proteinas totales 6 albumina 2,6 VES >120 ldh 445. En la orina completa: proteínas +++, hemoglobina +++, campo cubierto de hematíes, y en orina de 24 hs proteinuria en rango nefrótico.
Tac tórax y abdomen: derrame pleural bilateral leve. Hígado de contornos irregulares sin lesiones focales. Ambos riñones de situación y tamaño habitual. Ascitis moderada. Doppler arteriovenoso de miembros: flujos conservados, ausencia de trombosis. Se inició tratamiento con IECA y diuréticos, con mejoría de la falla renal y descenso de peso progresivo. Se realizaron VEDA y VCC sin hallazgos de relevancia.
Las serologías para HIV, VHC y VDRL fueron negativas. Durante la internación agrega diagnostico intrahospitalario de hepatitis B, con anti core total y HBs Ag reactivos, siendo una cepa salvaje con antígeno e (+). Se solicitaron FAN, ANCA p y c no reactivos, c3, c4, ch50 y alfa feto proteína normal, crioglobulinas negativas, tsh y t4 normales.
Resultados: al no evidenciarse lesiones tumorales y presentar laboratorio inmunológico normal, se atribuyó a la infección crónica por el virus B como causa del síndrome nefrótico. El paciente evoluciono favorablemente al iniciar tratamiento antiviral con lamivudina.
Conclusión: si bien el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infección por virus B debe estar a cargo de profesionales con experiencia en hepatología, y teniendo en cuenta las complicaciones que pueden presentarse en el curso de dicha infección, es importante en estos casos el abordaje interdisciplinario que permita un manejo optimo del paciente.

CC-P-011

CAUSA INFRECUENTE DE SECUNDARISMO HEPÁTICO: LINFOMA T/NK NASAL

Fernández, C.; Carnevale, G.; Cortez Torres, E.; Covernton, J.; Liberti, R.; Caballini, P.; Cuneo, M.; Samaniego, F.; D´Ottavio, G.; Maccagni, C.; Levin, A.; Pratto, D.
Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez, Rosario. Argentina

Introducción: Las metástasis hepáticas constituyen el tumor hepático maligno más frecuente. Dentro de las más conocidas, se encuentran aquellas originadas a partir de tumores primarios en colon, estomago, próstata, pulmón, ovario y tiroides, entre otras. El linfoma nasal de células T/NK representa el 1,5 % de los linfomas no Hogdkin y tiene una baja prevalencia en occidente. Se origina en la cavidad nasal y desarrolla lesiones rápidamente destructivas y agresivas. El hígado es uno de los órganos que invade con mayor frecuencia. El diagnóstico es histopatológico, a pesar de ser radio sensible, tiene un pronóstico infausto.
Caso clínico: Mujer de 49 años, sin antecedentes relevantes, que ingresó por dolor epigástrico y en hipocondrio derecho de 15 días de evolución, asociado a fiebre y leve pérdida de peso. Al examen físico se encontraba clínicamente estable, orientada globalmente, febril, con leve dolor a la palpación en hemiabdomen derecho, sin evidenciar signos de hepatopatía crónica. Presentaba además una lesión blanquecina, tipo liqueniforme, en mucosa de paladar duro, con moderado edema nasogeniano, que refería de hacìa 1 mes atrás. El laboratorio presentaba: hcto 35 hb 11 gb 7100 plaq 185000 tp/kptt 10/32 ldh 579, got 78 gpt 55 fal 6134 ggt 432 bilirrubina total 3,2 directa 2,6
Tac abdominal: hígado con múltiples imágenes hipodensas, solidas, con realce heterogéneo, y adenopatías a nivel portocava y de tronco celiaco. Tanto las serologías virales (VHB, VHC, HIV, VEB), VDRL, como los marcadores tumorales fueron negativos, al igual que los hemocultivos, y el panel inmunológico no reactivo. El cultivo micológico y para BAAR también fueron negativos. Se inició tratamiento antibiótico empírico.
Se realizaron VEDA y VCC sin hallazgos significativos. En el transcurso de la internación el hepatograma mantuvo la misma tendencia, con valores de fal de hasta 8089 y ggt 1009.
Resultados: La biopsia de la mucosa yugal reveló un infiltrado linfoide atípico, con invasión vascular y necrosis. En la biopsia hepática se hallaron linfocitos T atípicos a nivel presinusoidal, con formación de pseudogranulomas, dando finalmente con el diagnostico de linfoma nasal de linfocitos T/NK con invasión hepática. La paciente inició quimioterapia, pero falleció durante el tratamiento.
Conclusión: Las metástasis hepáticas constituyen una patología frecuente en nuestra especialidad. Presentamos este caso por tratarse de una enfermedad atípica, que suele afectar al hígado en forma secundaria y que posee una alta morbimortalidad, por lo que el diagnostico clínico precoz es fundamental para un inicio rápido del tratamiento y así mejorar su pronóstico.

CC-P-012

CÁNCER COLORRECTAL EN ADOLESCENTE CON ANTECEDENTE DE TUMOR CEREBRAL

Diehl, F.; Bolomo, A.; Carlino, Y.; González, R.E.; Balderramo, D.; Higa, M.; Daruich, L.; Bertola, S.
Servicio de Gastroenterología. Hospital Privado de Córdoba. Argentina

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) representa menos del 1% de las neoplasias en adolescentes y adultos jóvenes menores de 20 años. A pesar de que la mayoría de los casos son esporádicos, hasta el 10% pueden estar asociados a síndromes genéticos. El CCR en esta población se caracteriza por tener mal pronóstico, debido a que se asocia frecuentemente a histopatología mucosecretante y estadíos avanzados al diagnóstico.
Caso Clinico: Paciente de sexo femenino de 15 años que consultó por proctorragia, dolor abdominal y pérdida de peso de 8 meses de evolución. Presentaba como antecedentes carcinoma de plexos coroideos, intervenido quirúrgicamente a los 11 meses y 4 años de edad, retraso madurativo, síndrome hipermenorrea-amenorrea e hipotiroidismo. Hija de padre adoptivo y sin antecedentes de relevancia por línea materna. Inicialmente valorada en otra institución donde se interpretó la clínica como diarrea enteroinvasiva, sin cultivos positivos y no respondió a diversos esquemas antibióticos empíricos. Consulta por primera vez en nuestro hospital por episodio de dolor abdominal intenso acompañado de hemorragia digestiva baja y síntoma presincopales por lo que se decide su ingreso para estudio y tratamiento. Al examen presentaba taquicardia, hipotensión y palidez. Tenía dolor a la palpación abdominal en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda sin signos de peritonismo. Peso: 28 Kg (BMI: 16). El laboratorio mostró hemoglobina de 9.7 g/L, trombocitosis, VSG elevada (47 mm/h), PCR dentro de límites normales, ANCA negativo, marcadores tumorales CEA y Ca 19.9 d normales (7.9 ng/ml y 12 U/ml respectivamente). Se realizó TC de abdomen y pelvis que evidenció engrosamiento de colon sigmoides y recto, con rarefacción de grasa perirrectal y múltiples adenopatías locales. La resonancia abdominal reveló similares hallazgos. Se realizó colonoscopía observando a 2cm cm del margen anal lesión estenosante, exofítica, indurada y ulcerada de 11cm de longitud que dificultaba el paso del endoscopio. Se tomaron biopsias cuya anatomía patológica reveló adenocarcinoma mucosecretante ulcerado. La paciente actualmente está bajo tratamiento de quimioterapia con esquema FOLFOX y radioterapia neoadyuvante. Se orientó el caso como síndrome de Li Fraumeni de acuerdo a los criterios de Chompret. Se solicitó estudio de la mutación del gen P53 de la biopsia para completar estudio.
Discusión: El CCR es extremadamente raro en jóvenes. Los diagnósticos diferenciales que se valoraron frente al cuadro descripto fueron: enfermedad inflamatoria intestinal, diarrea enteroinvasiva, diverticulitis de Meckel y el CCR, siendo fundamental la anatomía patológica para su diagnóstico. Éste último, puede ser esporádico o presentarse en contexto de condiciones predisponentes como la enfermedad inflamatoria y los síndromes familiares asociados y no asociados a poliposis. Dentro de éstos, se encuentra el síndrome de Li Fraumeni, cuya mutación característica del gen P53, predispone a una gran variedad de tumores incluyendo al carcinoma de plexos coroideos y el CCR en edades tempranas. Según los criterios de Chompret, son de utilidad para identificar este síndrome. El CCR en pacientes menores de 20 años debe ser descartado en paciente con síntomas digestivos persistentes y antecedentes de tumores cerebrales.

CC-P-013

CONSTIPACIÓN POR DISAUTONOMÍA, TRATAMIENTO CON BIO FEED BACK, A PROPÓSITO DE UN CASO

Cappelli, M.E.
Consultorios Del Abasto. Tucumán. Argentina

Introducción: La disautonomía es una afección de difícil diagnóstico porque no se piensa en ella al momento de evaluar al paciente y porque no hay exámenes complementarios de diagnóstico desde el punto de vista gastroenterológico. Se produce por un disbalance entre el sistema nervioso simpático y parasimpático que regulan la homeostasis interna (presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, sudoración, etc.) puede ser primaria o idiopática o secundaria a diabetes, Parkinson, amiloidosis, porfiria, otras neuropatías tóxicas, hereditarias o inflamatorias.
Objetivo: alertar sobre esta patología y mostrar una opción viable para mejorar la calidad de vida de pacientes afectados de constipación como parte de un cuadro de disautonomía.
Material y métodos: Paciente varón de 63 años que consulta en junio de 2014por constipación de seis años de evolución, con dificultad en la expulsión de la materia fecal y pérdida de la sensación defecatoria. Se descartó diabetes, afección de tiroides. Antecedentes: en 2002 dos síncopes vagales. En 2008 dos dosis de monogangliósidos por dolor codo derecho seguido de síndrome de Guillen Barré, internación en UTI y lenta recuperación. Secuelas: constipación. EMG: polineuropatía de los cuatro miembros. En 2009: Tilt test (+). En 2011: extirpación de tumor carcinoide de colon. Colonoscopías de control, normales. En 2015, Cromogranina: 6.3 nmol/l (hasta 4 nmol/l). Otros síntomas: bradicardia, hipotensión ortostática, saciedad precoz, ingesta seguida de pérdida de fuerzas, sudoración intensa, cansancio fácil, impotencia, pérdida de peso y sensación permanente de frío. Repite síncopes vagales acompañados de diarrea con incontinencia fecal y urinaria. Se solicita tiempo de tránsito colónico: tránsito lento. Manometría ano rectal: contracción paradojal en el pujo y retardo en la sensación defecatoria. RMN Dinámica de Pelvis: descenso del piso pelviano. Se hizo tratamiento con Bio Feed Back, una vez por semana por 8 sesiones, con lo cual siente deseos de evacuar y puede hacerlo con más facilidad.
Conclusiones: El tratamiento con Bio Feed Back es sencillo de realizar y puede mejorar la calidad de vida de estos pacientes que muchas veces no saben cómo solucionar sus problemas.

CC-P-014

COLITIS ISQUÉMICA EN UN PACIENTE JOVEN ASOCIADO AL CONSUMO DE ERGOTAMINA Y EJERCICIO FÍSICO INTENSO

Arco, M.M. (1); Fanjul, V. (2); Higa, R. (1); Lozzi, R.D. (1); Pellizzoni, M. (1); Román, H. (1)
(1) Servicio de Gastroenterología. (2) Servicio de Anatomía Patológica. Clínica Colón. Mar del Plata. Buenos Aires

Introducción: La colitis isquémica es una enfermedad que afecta predominantemente a la población de edad avanzada. Los factores de riesgo cardiovasculares y el consumo de fármacos participan en la etiología, este último sobre todo en los pacientes jóvenes. Se ha descrito una forma oclusiva en la que se produce un cese del flujo sanguíneo intestinal de origen tromboembólico y una forma no oclusiva donde solamente hay una disminución en la circulación mesentérica. La ergotamina estimula el músculo liso, tiene actividad simpaticolítica central y bloqueo alfa adrenérgico central que condiciona vasoconstricción e hipertrofia de las arterias mesentéricas. El ejercicio físico produce vasodilatación y deshidratación que contribuyen a los mecanismos generales de isquemia.
Caso Clínico: Se presenta una paciente de sexo femenino de 25 años de edad con antecedentes de migraña. Medicación habitual: ergotamina, AINES y etinilestradiol. Padre fallecido por cáncer colorrectal a los 53 años. Consulta por dolor abdominal a predominio flanco e hipocondrio izquierdo, diarrea, enterorragia, náuseas y vómitos de contenido bilioso. Niega fiebre. Niega ingesta de agua o alimentos de procedencia dudosa. Los síntomas se precipitaron 24-48hs luego del inicio de clases de cross-fit. Al examen físico presentó abdomen depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio y flanco izquierdo, sin reacción peritoneal. 37,9ºC. Mucosas pálidas y semihúmedas. Se internó en el Servicio de Clínica Médica. Laboratorio de ingreso: Hto 35%, Hb 12,8mg/dl, leucocitos 12.500/ml, hepatograma y coagulograma normales. Ecografía abdominal normal. TAC abdominal: edema y engrosamiento de las paredes del colon izquierdo. Se indicó trimebutina 200 mg y ciprofloxacina 400mg cada 12hs EV. En 24-36 hs disminuyó el dolor y el número de las deposiciones, además desapareció la enterorragia. Se realizó Videocolonoscopía bajo sedación que mostró a 50 cm del margen anal una extensión de 10 cm de mucosa edematosa y eritematosa con úlceras lineales y mucosa friable, se tomaron biopsias. Luego de tres días de internación los síntomas remitieron completamente por lo que se externó. Se completó 7 días de ciprofloxacina, se mantuvo la trimebutina y se indicó dieta astringente. Se recibió el informe de anatomía patológica que informó cambios histológicos compatibles con colitis isquémica.
Discusión: La colitis isquémica es una enfermedad de curso benigno si es diagnosticada a tiempo y tratada adecuadamente. La hidratación, antibioticoterapia y analgesia son las bases de la terapéutica. Si bien el 90% de los casos se da en mayores de 60 años también puede aparecer en jóvenes, como el caso descripto. Creemos que la asociación del ejercicio físico extenuante y el consumo crónico de ergotamínico condicionaron en nuestra paciente la isquemia que generó la colitis isquémica. Dicha entidad es infrecuente, su sospecha clínica puede ayudar al correcto diagnóstico.

CC-O-015

CÁNCER DE ESÓFAGO ASOCIADO A HPV

Ressel, L.; León, C.; González, P.; Vistarini, C.; Frías, S.; Precetti, F.; Prieto, M.; Assenza Parisi, B.; Ghiraldo, A.; Marini, E.
Hospital General De Agudos "J.M. Ramos Mejia" Gcba. Argentina

Introducción: El cáncer epidermoide de esófago (CEE) constituye una de las neoplasias más agresivas, con supervivencia global inferior al 20 % a cinco años. La incidencia mundial es de 400.000 casos por año. El Papiloma Virus Humano (HPV) es un ADN virus epitelio trófico cuyo ciclo de vida está ligado al proceso de diferenciación del epitelio pluriestratificado de la piel y membranas mucosas. Hasta el año 1975 el HPV era relacionado solamente con el cáncer cervicouterino. A partir de entonces aparecen en la literatura reportes de casos asociados al cáncer anorrectal, colónico, bucal y en 1988 al CEE. Existen numerosos tipos de HPV responsables de afectación digestiva, de todos ellos los genotipos 16, 18 y 33 tienen potencial oncogénico.
Objetivo: Presentar una asociación infecciosa al CEE.
Caso clínico: Se presentan tres casos clínicos evaluados en nuestra Unidad en el último año. Los tres pacientes de sexo masculino con antecedentes de enolismo y tabaquismo de larga data, se presentaron con disfagia progresiva y pérdida de peso significativa. Caso 1: paciente de 42 años de edad, la VEDA evidenció dos lesiones esofágicas, una de 15 mm de borde sobreelevados y superficie irregular a 28 cm de la ADS; y otra de 5 mm, aspecto mamelonado a 20 cm. Caso 2: paciente de 51 años de edad, en la VEDA se encontró una estenosis infranqueable con áreas de superficie irregular a 16 cm de la ADS. Caso 3: paciente de 56 años de edad con antecedentes de estenosis esofágica benigna diagnosticada 9 años antes de la consulta actual, la anatomía patológica presento: acantopapilomatosis, infiltrado crónico reagudizado con presencia aislada de coilocitos. La estenosis fue tratada en ese momento con dilataciones sucesivas con bujías de Savary en forma exitosa. La seriada gastroduodenal evidenció lesión infiltrativa en esófago distal. En la VEDA se constató estenosis infranqueable con mucosa de aspecto normal a 22 cm de la ADS. Se realizó biopsia transestenosis de esófago distal. En los tres casos el resultado de la anatomía patológica fue: CEE y elementos epiteliales con coilocitos asociados a HPV.
Conclusiones: El CEE está claramente asociado al tabaquismo y alcoholismo, pero su relación con el HPV es aún controversial. Si bien los estudios de PCR viral en las muestras biópsicas son definitorias, la presencia de coilocitos en los preparados histológicos de mucosa esofágica es altamente sugestiva de infección esofágica por HPV. Se deberían diseñar trabajos que puedan establecer la real prevalencia de HPV asociado al CEE, (y determinar si éste juega un rol en la patogenia de este tumor) ya que este dato podría tener fuerte incidencia en la toma de decisiones en lo que respecta a las medidas de profilácticas en las poblaciones de riesgo.

CC-O-016

ESTRONGILOIDIASIS DISEMINADA COMO PRESENTACIÓN DE ABDOMEN AGUDO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Valdiviezo, E.M.; Cabezas, A.; Ayats, M.V.; Salvadores, R.; García Bes, P.; López, S.; Souilhe, M.; Patrón Costas, G.
Servicio de Gastroenterología- Hospital San Bernardo, Salta. Argentina

Resumen: La estrongiloidiasis diseminada es un problema de zonas endémicas, sobre todo en pacientes inmunocomprometidos, en quienes ha sido reconocida como una infección parasitaria potencialmente mortal. Reportamos un caso de estrongiloidiasis sistémica en un paciente con desnutrición crónica que se presentó como un cuadro de abdomen agudo y shock séptico.
Presentación del caso clínico: Varón de 29 años, derivado a nuestro centro asistencial de la ciudad de Tartagal con antecedentes personales de Síndrome de Down con desnutrición crónica e internación prolongada en lugar de origen por neumonía complicada con derrame pleural. A su llegada al Servicio de Urgencias presentó dolor abdominal difuso de moderada intensidad, tipo cólico sin signos de irritación peritoneal. Acompañado de vómitos y disnea a medianos esfuerzos. Durante las primeras 48 horas permaneció estable hemodinámicamente. Continúo con dolor abdominal y evacuaciones liquidas abundantes acompañadas de vómito con contenido parasitario. Mala evolución clínica, presentando hipotensión arterial sostenida con requerimiento de inotrópicos. En examen coproparasitológico se evidenció larvas de Strongyloides stercoralis. Tras el diagnóstico parasitológico comenzó el tratamiento con ivermectina, el cual resultó eficaz. Al compensar cuadro clínico, el mismo fue externado de nuestra institución nosocomial.
Conclusión: La infección por S. stercoralis posee un amplio rango de manifestaciones clínicas, desde la portación asintomática hasta la existencia de síntomas cutáneos, gastrointestinales y/o respiratorios. La gravedad del cuadro clínico se relaciona con el estado inmunológico del paciente, la carga parasitaria, y son aquellos inmunocomprometidos propensos a presentar formas diseminadas con un elevado porcentaje de mortalidad.

CC-P-017

DESARROLLO DE HISTOPLASMOSIS SISTÉMICA EN PACIENTE CON HEPATITIS AUTOINMUNE BAJO TERAPIA INMUNOSUPRESORA

Saller, M.E.; Gutiérrez, S.; Fassio, E.; Tévez, S.; Cerezo, M.J.; Cedeño Vizuete, G.; Fernández, F.; Ferreira, R.; Almanza, E.
Hospital Nacional Posadas de la Provincia de Buenos Aires

Introducción: La histoplasmosis es una micosis sistémica endémica producida por el hongo histoplasma capsulatum. La fuente de infección es el suelo contaminado con heces de aves o murciélagos. En las formas diseminadas se manifiesta frecuentemente con cuadros respiratorios autolimitados. En pacientes con inmunodeficiencia se puede presentar como un síndrome febril con adenopatías, hepatoesplenomegalia y lesiones cutáneas de tipo ulceradas y/o ulcero-vegetantes. El diagnóstico se realiza con la detección de antígenos en sangre y orina, microscopía directa y cultivos. La anfotericina B y el itraconazol son los antifúngicos sistémicos de elección para su tratamiento. Objetivo: Reportar un caso de histoplasmosis sistémica en paciente con diagnóstico de hepatitis autoinmune (HAI) bajo tratamiento inmunosupresor. Caso clínico: Mujer de 38 años que consultó por lumbalgia, fiebre y lesiones cutáneas de tipo ulcerosas con costra serohemática con bordes descamativos en miembros superiores y abdomen. Antecedentes: HAI en estadio cirrótico diagnosticada 2 años antes del ingreso actual. Recibió entonces dosis de ataque con me-prednisona y azatioprina. Durante el descenso de la dosis del corticoide, se observó re-elevación de AST/ALT más aumento de GGT y fosfatasa alcalina asociado a anticuerpos anti-mitocondriales en título bajo. Se pensó en una segunda enfermedad autoinmune (cirrosis biliar primaria) y se agregó ácido ursodesoxicólico a la terapia. Ante la sospecha que las lesiones cutáneas respondieran a lupus profundo/LES, dermatología sugirió aumentar la dosis de corticoide. Las serologías para HIV y virus hepatotrópos fueron negativas. Se realizó biopsia de piel con aislamiento de histoplasma capsulatum con serología positiva. Se indicó suspender me-prednisona e iniciar tratamiento con anfotericina B e itraconazol, con mejoría clínica y normalización de las enzimas hepáticas. Se interpretó el cuadro clínico como histoplasmosis diseminada en contexto de paciente bajo corticoterapia prolongada con dosis elevadas. Conclusión: Aunque la histoplasmosis diseminada puede manifestarse con síntomas clásicos respiratorios y fiebre, también puede presentarse atípicamente como lesiones cutáneas. La importancia de presentar este caso reside en considerar la posibilidad de procesos infecciosos, incluso por organismos oportunistas, en pacientes bajo tratamiento con inmunosupresores. La recuperación del paciente dependerá de la precocidad del diagnóstico y del estado inmunológico.

CC-P-018

EL AGUA FLUYE, CON NADA SE DETIENE

Capriotti, A.; Rastelli, L.; Faccas, M.; Tonn, F.; Basile, M.; Laborda Molteni, J.
Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata. Argentina

Mujer de 58 años con antecedentes de obesidad mórbida y cirrosis (Child-Pugh B) secundaria a esteatohepatitis no alcohólica (NASH), y colocación de una derivación transyugular intrahepática portosistémica (TIPS) por ascitis intratable que ingresa por cuadro de encefalopatía hepática asociado a aumento de dosis de diuréticos. Se presenta afebril, y con un Glasgow 10/15. El laboratorio no mostró alteraciones de relevancia. Se realizó perfusión con glucosado y enemas de lactulosa con buena evolución. Se otorga alta al 7mo día. Reingresa una semana más tarde por disnea y dolor pleurítico derecho. Se encontraba afebril, con marcada hipoventilación en hemitórax derecho. La analítica: BT 1.9mg/dl, FAL 235UI/L, ALAT 23UI/L, Quick 53%, creatinina 0.69mg/dl, Na 133mEq/L. En la radiografía de tórax se evidenció derrame pleural derecho, por lo que se realizó toracocentesis: albumina 1,12g/dl, láctico dehidrogenasa (LDH) 300UI/L, glucosa 84mg/dl, elementos 2345/mm3, polimorfonucleares (PMN) 78%, hematíes 1310/mm3. Los estudios bacteriológicos fueron negativos. Realizó tratamiento con ceftriaxona 2g/día. A las 48hs, se repitió punción pleural: 1370 elementos, con 5 % de PMN. Se drenaron 3000ml del líquido y completó 7 días de tratamiento antibiótico.
La ascitis es la causa más frecuente de descompensación de la cirrosis, con una sobrevida media de 2 a 5 años. Un 5% de estos, complican con hidrotórax hepático: derrame pleural en ausencia de alguna otra patología que lo justifique. Suele presentarse en hemitórax derecho y acompañarse de ascitis. El pasaje del líquido se realiza a través del diafragma, motivado por el gradiente hidrostático entre presión intra-abdominal e intra-torácica. En los casos sin ascitis, el pasaje del líquido equivale al ritmo de producción del mismo. La pleuritis bacteriana espontánea hace referencia a la infección espontánea del líquido. La fisiopatología es similar a la peritonitis bacteriana espontánea. Como factores de riesgo: baja concentración de proteínas totales, bajo complemento C3 y score de Child-Pugh B o C. El diagnóstico requiere sospecha clínica, debe realizarse una paracentesis diagnóstica a todo paciente con hidrotórax hepático que desarrolle fiebre, dolor pleurítico, encefalopatía o insuficiencia renal.
Criterios diagnósticos:

Gradiente albúmina sérica/pleural > 1.1g/dL
Recuento de PMN >500/mm3, o cultivo positivo con recuento>250cels/mm3
Ausencia de Neumonía y/u otro proceso infeccioso en la radiografía de tórax

El tratamiento es con cefalosporina de 3era generación, diuréticos y toracocentesis, siendo el tubo de tórax una contraindicación. El uso de albúmina es controversial, y se recomienda repetir la toracocentesis en los pacientes con evolución lenta y/o tórpida.

CC-P-019

LINFOMA MALT DE COLON: A PROPÓSITO DE UN CASO

Bracone, H.; Ledesma, C.; Romagnoli, N.; Pinasco, R.; La Via, J.; Jarovslasky, M.J.; Regnasco, S.; Saá, E.
Servicio de Gastroenterología. Hospital Pirovano. Ciudad de Buenos Aires. Argentina

Introducción: El tracto gastrointestinal es el sitio más frecuente de presentación de linfomas extranodales cuya incidencia mundial está en aumento. Los linfomas colorectales son raros (3% de los linfomas gastrointestinales) y 0.3% de todas las neoplasias colónicas.
Caso: Paciente masculino de 56 años de edad, sin antecedentes relevantes. Motivo de consulta: Diarrea crónica y disminución significativa de peso. Frotis de materia fecal: Inflamatorio. Coprocultivo: Negativo. Coproparasitológico seriado: Negativo. SOMF: Positivo. Laboratorio: Hto: 39%, Gb:
13.700/mm3, Eosinófilos: 20%, VSG: 30mm. Se realiza VCC: Hasta ciego; mucosa congestiva con erosiones y exulceraciones con fondo de fibrina; múltiples lesiones elevadas de aspecto polipoideo erosionadas en su ápice (la mayor de 10 mm) a predomino de recto y colon ascendente; múltiples ostiums diverticulares y hemorroides internas. Histología: Infiltrado de células linfoides que reemplaza las criptas epiteliales, algunas con núcleos clivados; infiltrado inflamatorio polimorfonuclear y membranas fibrinoleucocitarias. IHQ: CD20 positivo difuso. CD3 positivo en población T. CD10 positivo. Hallazgos compatibles con Linfoma MALT de Colon. VEDA: Sin lesiones. Histología: Gastritis antral y corpofúndica crónica activa, con atrofia y metaplasia intestinal sin displasia. Helicobacter Pylori (HP): +/+++. Realiza tratamiento erradicador efectivo. TC tórax, abdomen y pelvis: Adenomegalias mesentéricas múltiples; engrosamiento difuso de la pared gástrica y colónica; diverticulosis colónica. EnteroRNM: Engrosamiento parietal colónico en toda su extensión, asociado a intenso realce mucoso tras la inyección de gadolinio. PAMO: Celular con alteración de la maduración tipo megaloblástica reactiva. Citometría de flujo: Infiltración medular por células B clonales de fenotipo maduro.
Conclusión: La literatura reporta que el linfoma MALT más frecuente es de localización gástrica y su asociación con la infección por HP está bien establecida, donde el tratamiento erradicador del mismo representa la primera elección terapéutica. A nivel intestinal, el íleon es la localización más frecuente y sólo el 2,5% de todos los linfomas MALT son procedentes del colon, donde no se ha encontrado ninguna relación con la infección por HP. En estos casos suele afectar a hombres entre la quinta y séptima década de la vida y dada la infrecuencia de la enfermedad, la patogenia de la misma no ha sido todavía establecida.

CC-P-020

INTOXICACIÓN POR CAUSTICO EN ADULTO. COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES Y SISTÉMICAS. REPORTE DE UN CASO

Cabezas, A.; Valdiviezo, E.M.; Ayats, M.V.; Salvadores, R.; García Bes, P.; López, S.; Aldana, F.;
Tonatto, C.; Patrón Costas, G.
Servicio de Gastroenterología- Hospital San Bernardo, Salta. Argentina

Resumen: La ingesta de sustancias cáusticas constituye una urgencia médica que puede originar un amplio espectro de lesiones potencialmente graves a corto y a largo plazo. Se presenta un caso de intoxicación por ingesta de formol con fines autolíticos y sus complicaciones.
Caso Clínico: Paciente sexo masculino de 43 años, derivado desde el departamento Anta (Salta) por Hemorragia Digestiva Alta, refería ingesta voluntaria, 48 horas previas, de 50 cc de formol al 20 %. A su ingreso por guardia se encontraba lucido, taquicardico, sin compromiso respiratorio. Refería epigastralgia moderada. Al laboratorio se evidenció insuficiencia renal aguda, acidosis metabólica primaria asociada a alcalosis respiratoria. Por Radiografía de tórax, neumonitis química. Videoendoscopia digestiva alta, no realizada al ingreso por estar contraindicada debido a las horas de evolución.
Luego de 72 horas, el paciente presentó parámetros de SIRS con melena. Se indicó alimentación parenteral total, antieméticos, protectores de la mucosa gástrica y antibióticos. Luego de 21 días de internación, presenta mejoría de función renal, resolución de neumonitis química, buena tolerancia a dieta vía oral, y por videoendoscopia de control, ulceras lineales en fundus, curvatura mayor y región pre pilórica. Se indica alta hospitalaria con inhibidores de la bomba de protones y control periódico ambulatorio.
Conclusiones: Ante todo paciente que se presenta con antecedente de ingesta de cáusticos se debe actuar de forma inmediata, y de debe investigar tipo, volumen, concentración de la sustancia tóxica, y tiempo transcurrido desde la intoxicación para poder actuar de forma adecuada y advertir sobre complicaciones a corto y largo plazo. El formol en solución acuosa es una sustancia muy peligrosa, ya que entre sus componentes se encuentra además del formaldehido, concentraciones variables de metanol con amplia repercusión multiorganica.

CC-P-021

CARCINOMA HEPATOCELULAR FIBROLAMELAR

Cerezo, M.J. (1); Tévez, S. (1); Lagues, C. (2); Morici, M. (3); Fassio, E. (1)
(1) Servicio de Gastroenterología. (2) Servicio de A. Patológica. (3) Servicio de Oncología Pediátrica.Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas

Introducción: El carcinoma hepatocelular variedad fibrolamelar es un tumor primario hepático infrecuente. Se presenta generalmente en pacientes jóvenes sin enfermedad hepática crónica.Los valores de la alfafetoproteína (AFP) y transaminasas a menudo son normales. Se asocia a síntomas inespecíficos; aunque la masa palpable y el dolor en hipocondrio derecho en pacientes jóvenes deben hacer sospechar dicha patología. Objetivo: Reportar un caso de carcinoma hepatocelular variedad fibrolamelar por tratarse de una patología infrecuente.
Caso clínico: Paciente de 16 años, sexo femenino, sin antecedentes patológicos, consultó por presentar astenia, ictericia, coluria y acolia de 2 semanas de evolución. Examen físico: distensión abdominal, borde hepático inferior a 2 cm por debajo del reborde costal, doloroso, de consistencia blanda. Laboratorio: plaquetas 500.000/ul, factor V 85%, Quick 59%, bilirrubina total 14 mg/dl, AST x 5, ALT x 5, fosfatasa alcalina x 10, albúmina 3 g/dl, GGT x 17, 5'N x 10. Serologías para HIV, HBV, HCV, HAV, CMV y EB negativas. AFP, CA125, CA19-9 y CEA negativos. Ecografía abdominal: hígado heterogéneo con formación de contornos irregulares, en LD, con áreas hipo e hiperecogénicas y fino halo hipoecogénico de 116 x 102 mm, con efecto de masa sobre el parénquima hepático subyacente. RMN de abdomen dinámica: voluminosa formación en hígado, heterogénea con áreas hiperintensas en T1 de bordes polilobulados, de 103 x 100 mm con refuerzo significativo en fase arterial y disminución de intensidad en fase venosa y de distribución. PAAF/PBH guiada por TC: muestra oncológicamente positiva, con hallazgos vinculables a carcinoma hepatocelular fibrolamelar. Inmunohistoquimica: fenotipo correspondiente a carcinoma hepatocelular (CK7+, HEPAR 1+, CD34+).
Estadificación: No se demostró secundarismo. Se realizó hepatectomía derecha, linfadenectomía y resección del pedículo hepático. Anatomía patológica: Hepatocarcinoma variante fibrolamelar de 10 cm de diámetro con compromiso de vena porta y vía biliar. Ganglios negativos.
Conclusión: El carcinoma hepatocelular variedad fibrolamelar representa el 1% de todas las neoplasias primarias hepáticas. La anatomía patológica es el gold standard para confirmar el diagnóstico. La edad del paciente, la ausencia de cirrosis y de hipertensión portal hacen que la resección quirúrgica proporcione una sobrevida del 70% a 5 años. La vigilancia en este caso es mandatoria debido a la alta tasa de recidiva.

CC-P-022

SOSPECHA INUSUAL DE ENFERMEDAD CELÍACA

De Sousa Coelho, M.P. (1); Assenza Parisi, B. (1); Marini, E. (1); Ghiraldo, A. (1); Bruno, J. (1); Pietrantonio, A. (2); Borgarelli, C. (3); Calcagno, R. (1)
(1) Unidad de Gastroenterología, Hospital Ramos Mejía, C.F., Buenos Aires. Argentina.
(2) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Ramos Mejía, C.F., Buenos Aires. Argentina. (3) Laboratorio, Hospital Ramos Mejía, C.F., Buenos Aires. Argentina

Introducción: La creatinfosfoquinasa (CPK) es una enzima citoplasmatica que cataliza la transferencia de un Fosfato de alta energía de la creatinina al adenosin difosfato (ADP), transformándose así en adenosintriosfato (ATP). Se alla presente en alta concentración en el musculo esquelético y cardiaco, pero también se la puede hallar en otros tejidos, como el nervioso, gastrointestinal y genitourinario en menor proporción. Se describen 3 subtipos: MM; MB; BB, correspondiendo la MM en un 90 % al musculo esquelético, MB en un 80% al miocardio y la BB al sistema genitourinario y gastrointestinal. El aumento de los niveles de CPK en Sangre es inespecífico. Puede deberse a múltiples etiologías: Virosis, miocardiopatías, Enfermedad cerebrovascular aguda, infarto agudo de miocardio, insuficiencia renal crónica, miopatías, Enfermedad celíaca, hipovitaminosis D, medicamentosa, etc. Así mismo se describieron casos de CPK por unión de estas con Oligomeros de IgG de CPK mitocondrial.
Cuadro clínico: Paciente de sexo femenino de 19 años de edad que comienzó hace 6 meses aproximadamente con ptosis palpebral, diplopía, debilidad y fatigabilidad muscular, mialgias en miembros inferiores y trastornos fonodeglutorios. Se le realizaron pruebas electrofisiológicas y séricas que fueron positivas para miastenia Gravis ACRA +. Laboratorio: VSG 2mm/hs; Gluc 93; Prot 6,0; Alb 3,7; U 25; Cr 0,6; Na 143; K 4,0; TGO 16; TGP 19; Ac Úrico 3,2; Ca 8,4; P3,8: Mg 1,6; Cpk 1489. Hipovitaminosis D.
Con diagnostico de miastenia Gravis e hiperCPKemia , habiéndose descartado otras causas posibles del aumento de CPK, se consulta al servicio de gastroenterología y se solicitan anticuerpos para enfermedad celiaca, dando como resultado: Ig A antigliadina +; IgA antiendomisio +; Ig A antitransglutaminasa + y anti DGP Positivos , .En la consulta gastroenterologica La paciente refiere como antecedentes personales apendicectomía + quistectomía en el año 2012, aborto espontaneo, diarrea crónica (diez deposiciones por día de tipo líquido/ pastosa y mal oliente) desde siempre.
Exámen físico: Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. Peristaltismo presente. Se realiza video endoscopia digestiva alta, en donde presentaba una esofagitis B; exudados algodonosos puntiformes compatibles con candidiasis esofágica; erosiones aisladas en la mucosa de todo el estomago; destacando la presencia de una evidente atrofia de la mucosa duodenal de la que se tomaron biopsias. (Poner descripcion endoscopica textual). Los hallazgos histopatologicos fueron: mucosa con vellosidades acortadas y ensanchadas en grado leve y moderado infiltrado linfoplasmocitario. Marsh 3A. Confirmado el diagnóstico de enfermedad celíaca se inició dieta libre de gluten con respuesta incierta por mala adhesión a la misma.
Conclusiones: Si bien la Enfermedad celiaca no es la principal causa de aumento de los niveles de CPK en sangre debemos sospecharla ante un dosaje inusualmente elevado y sin otra causa aparente de esta elevación.
A su vez deberíamos profundizar en las posibles causas de este hallazgo relacionado con la enfermedad celiaca;
1) Evaluar los distintos subtipos, nos aclararía si el aumento se debe a las alteraciones de la mucosa intestinal en forma primaria o a miopatías secundarias a trastornos metabolicos o hipovitaminosis D.
2) Descartar macrocpkemia.

CC-P-023

VANISHING BILIAR DUCT SYNDROME SECUNDARIO A ENFERMEDAD DE HODGKIN. REPORTE DE UN CASO

Dorribo, C.; Ledesma, C.; Coria, G.; La Via, J.; Nardi, G.; Jarovslasky, M.J.; Regnasco, S.; Saá, E.
Servicio de Gastroenterología. Hospital Pirovano. Ciudad de Buenos Aires. Argentina

Introducción: El daño del sistema hepatobiliar de los pacientes (pac) con linfoma de Hodgkin (EH) generalmente es causado por la invasión directa de células malignas o linfadenopatía obstructiva. El Vanishing Biliar Duct Syndrome (VBDS) es la pérdida intrahepática de los conductos biliares en más del 50% de los espacios porta.
Caso Clínico: Pac masculino de 42 años, sin antecedentes. Motivo de consulta: Síndrome febril (3 meses evolución), poliadenopatías y síndrome coledociano (2 semanas evolución). Examen físico: Ictericia, hepatoesplenomegalia, adenomegalias cervicales, inguinales y axilares. Hematocrito 37%, Hb 11.8 g/dl, BT 36.11 mg/dl, BD 32.06 mg/dl, AST 106 UI/l, ALT 112 UI/l, FAL 752 UI/l, VSG 40mm/hr, B2 microglobulina 4.28 g/dl. Inicia tratamiento con AMS 3 g c/6 hs. Ecografía: Imágenes hipoecoicas sólidas múltiples en cara lateral y lateroposterior de cuello; hepatoesplenomegalia. TC: Múltiples adenomegalias mediastinales y axilares bilaterales; hepatomegalia homogénea, sin hallazgos en vía biliar; esplenomegalia homogénea, múltiples adenopatías retroperitoneales, ilíacas e inguinales bilaterales. Frotis de sangre: Linfopenia, sin otros hallazgos. PAMO: Médula reactiva sin celularidad patológica. Biopsia de ganglio cervical: Células Típicas de Reed Stemberg. Inmunohistoquimica: CD 30: difuso de membrana. CD 15: En muchas células, membrana y Dot. CD 20: En pocas células y en gradiente. Ki 67: en más del 90% de las células neoplásicas. Negativos: CD 3 (+ en linfocitos acompañantes). ACL. ALK. Diagnóstico: Linfoma de Hodgkin Depleción Linfocitaria (Variante reticular ex Sarcoma de Hodgkin). PET/TC: Captación en múltiples conglomerados ganglionares generalizados pero sin captación hepática ni biliar. ColangioRNM: Hepatoesplenomegalia, resto normal. Se realizó 2 ciclos de quimioterapia con esquema AVBD modificado con gran mejoría de los parámetros de laboratorio. Biopsia hepática: Extenso daño ductal con infiltrado inflamatorio intraepitelial y ductopenia asociada con septos incompletos; aislados focos necroinflamatorios acinares. Hepatopatía crónica con moderada fibrosis (grado II). Diagnostico Histológico: Hepatopatía crónica con moderada fibrosis (Grado II). En correlación con los datos clínicos, laboratorio e inmunohistoquímica y habiéndose descartado compromiso directo por LH dicha lesión es vinculable a VBDS.
Conclusión: La ictericia es una forma de presentación muy poco común de la EH, por lo general producto de la compresión extrínseca de la vía biliar por compromiso linfático. La afectación intrahepática puede deberse a infiltración parenquimatosa difusa o focal de la enfermedad. En raras ocasiones, la colestasis intrahepática puede ser inducida por ductopenia, cuyo mecanismo responsable es probablemente un fenómeno paraneoplásico con participación de múltiples citoquinas. VBDS representa un desafío diagnóstico que debe ser considerado durante el estudio de los pacientes con EH.

CC-P-024

TUMOR NEUROENDÓCRINO MÚLTIPLE: PRESENTACIÓN DE UN CASO POCO FRECUENTE

Giménez Villamil, M.P. (1); Panunto, M.L. (1); Kohan, M. (1); Orbe, G. (1); Visconti, N.; Elsner, B. (2); Giménez Villamil, C.H. (3)
(1) Servicio Gastroenterología y Endoscopía Digestiva, IADT, Buenos Aires. Argentina. (2) Servicio Cirugía General, IADT, Buenos Aires. Argentina. (3) Centro de Patología Dr. Elsner, Buenos Aires. Argentina

Introducción: Los tumores neuroendocrinos del tracto gastrointestinal (TGI) son relativamente infrecuentes. La incidencia anual en los Estados Unidos es de 3,65 por 100000 habitantes. En general, son un hallazgo incidental o se manifiestan con dolor abdominal. Sólo un 25% de los pacientes presenta más de un tumor al momento del diagnóstico. Dentro del TGI su localización más frecuente es el ileon distal. La presentación poco habitual del tumor en este paciente junto con su infrecuencia mencionada motiva su comunicación.
Caso Clínico: Hombre de 73 años de edad sin antecedentes de relevancia que consulta por presentar deposiciones oscuras. Al examen físico se encuentra lúcido, normotenso y normocárdico. Se realiza tacto rectal positivo para melena. Se solicita laboratorio que muestra anemia (Hb 11 g/dl, Hto 33%, VCM 82fL). Se decide realizar VEDA y VCC. VEDA: segunda porción duodenal normal, bulbo erosivo. Antro gástrico erosivo. Fundus y cuerpo gástrico normales. Esófago normal. Impresión diagnóstica gastroduodenitis. VCC: se llega hasta fondo de ciego. Mucosa de aspecto normal. Se observan restos hemáticos en todo el colon sin encontrarse sitio de sangrado. Divertículos en colon izquierdo. Impresión diagnóstica: diverticulosis colónica, contenido hemático. Por hemorragia digestiva de origen oscuro se decide realizar endocápsula. Capsula endoscópica: a nivel de yeyuno distal se visualiza lesión submucosa de 2 cm con úlcera longitudinal profunda con fondo de fibrina, sin signos de sangrado al momento del estudio. A nivel del ileon proximal se visualizan dos lesiones de características similares a la anterior pero con la mucosa indemne. Se solicita tomografía abdominopelviana con contraste oral y endovenoso que no muestra hallazgos de relevancia. Se decide su internación para realizar laparotomía exploradora. Se efectúa resección segmentaria de 30 cm de yeyuno distal e ileon proximal donde se observaron las lesiones descriptas pero en mayor cantidad y se realiza anastomosis terminoterminal. Anatomía patológica: a la apertura se observaron 21 formaciones nodulares pardo amarillentas levemente induradas, la mayor de 2,2 x 1,3 cm. Diagnóstico: tumores neuroendocrinos múltiples (21) grado I de la clasificación de la OMS. Ki 67 1% con menos de 2 mitosis por 10 HPF. Con invasión linfática dentro del tumor aunque con ganglios linfáticos negativos. Se completa evaluación postquirúrgica con rastreo corporal con Octreotide In 111 que muestra concentración anómala del trazador en proyección de línea media abdominal compatible con alta probabilidad de receptores a la somatostatina. Cromogranina A 340 (VN 100). Alta hospitalaria con buena evolución y se programa inicio de tratamiento con octreotide.
Conclusión: El avance en los estudios por imágenes nos permite llegar al diagnóstico de estos tumores con mayor facilidad. Las características inusuales del paciente reportado: presentación con hemorragia digestiva, localización en intestino delgado proximal y multiplicidad motivan su comunicación.

CC-P-025

TUMOR ESTROMAL ESOFÁGICO: REPORTE DE CASO

Peralta, F.D.; Roguin, J.E.; Rubio, H.W.; Toledo, M.V.; Wilde, N.A.
Servicio de Gastroenterología H.I.G.A Paroissien, Buenos Aires. Argentina

Introducción: El tumor estromal gastrointestinal (GIST) es una neoplasia poco frecuente; sin embargo, es el tumor mesenquimatico más frecuente del tracto digestivo. Se caracteriza por la expresión en los estudios inmunohistoquimicos de un receptor para el factor de crecimiento de la tirosina llamado CD117 y la proteína CD34. Se originan de una célula precursora común, la célula intersticial de Cajal o bien de una célula troncal más primitiva de la cual derivan la célula de Cajal y las células musculares lisas.
Se pueden localizar en cualquier parte del tracto gastrointestinal. Un 70% se ubican en estómago, un 20-30% en el intestino delgado y un 7% en la región anorrectal. La localización esofágica es rara y representa menos del 5%. El 70-80% de los GIST son benignos, la localización extragástrica, tamaño superior a 5 cm, un alto índice mitótico en el estudio histopatológico y la presencia de metástasis hepáticas o peritoneales son sugerentes de malignidad. Raramente se asocia a adenopatías mesentéricas o retroperitoneales.
Objetivos: Presentar un caso de un tumor estromal gastrointestinal esofágico debido a que es una localización infrecuente y existen pocos casos reportados en la literatura.
Pacientes y métodos: Presentamos un paciente de sexo masculino de 67 años con antecedentes de hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio e insuficiencia cardiaca en tratamiento. En septiembre de 2012 consulta por disfagia de más de un año de evolución con diagnóstico de adenocarcinoma esofágico realizado en otra institución. Se realizó una endoscopia digestiva alta observándose desde los 23 hasta 30 cm de la arcada dentaria superior una lesión vegetante friable y sangrante al contacto con el endoscopio con pasaje del mismo a estómago, se tomaron múltiples biopsias. Estómago y duodeno con mucosa normal. El resultado de la biopsia fue tumor estromal con inmunohistoquimica compatible (CD117 positivo), con diferenciación mioide. Se realizó TAC de tórax, abdomen y pelvis con contraste sin evidencia de diseminación. Debido a los antecedentes del paciente y el alto riesgo no se realizó tratamiento quirúrgico. Se decidió conducta expectante y eventual resección mucosa endoscópica. El paciente falleció a causa de un infarto agudo de miocardio motivo por el cual no fue posible realizar ningún tratamiento.
Conclusiones: Los GIST son poco frecuentes, aunque son los tumores mesenquimaticos más frecuentes del TGI. Su incidencia es más elevada de lo estimado. La expresión en el 100% de la proteína CD117 a la inmuno-histoquimica es lo que los diferencia de otros tumores mesenquimáticos. La mayoría se localizan en el estómago y presentan comportamiento benigno. Es importante realizar un diagnóstico histopatológico de certeza para poder realizar el tratamiento correcto.

CC-P-026

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS- EPIDEMIOLÓGICAS DE LA PANCREATITIS CRÓNICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Pratto, D.; Liberti, R.; Maccagni, C.; Huanambal, P.

Introducción: La pancreatitis crónica es un proceso inflamatorio crónico benigno del páncreas progresivo, de ritmo impredecible, con desarrollo de fibrosis y pérdida de parénquima exocrino y endocrino. Su incidencia oscila entre 5 y 10 casos nuevos anuales por 100.000 habitantes, y la prevalencia de 30-40 por 100.000 habitantes. Los síntomas más frecuentes son el dolor abdominal de variable intensidad y frecuencia, la diarrea, la malnutrición, la pérdida de peso y la diabetes mellitus.
Objetivo: evaluar características clínicas y epidemiológicas de pacientes con pancreatitis crónica en nuestro hospital.
Materiales y métodos: Se incluyeron retrospectivamente y prospectivamente durante un periodo de 1 año a pacientes que durante su internación se diagnosticó pancreatitis crónica en base a los siguientes criterios:
Clínicos: Dolor en el epigastrio y se irradia hacia el dorso o se localiza en el hipocondrio izquierdo, irradiándose a la región infra escapular izquierda., el cual se presenta como ataques que imitan a la pancreatitis aguda o como un dolor constante y discapacitante.
Ecografía abdominal: Calcificaciones intrapancreáticas. Y /o más de uno de estos criterios:
a) Hiperecogeneidad pancreática.
b) Dilatación irregular de los conductos pancreáticos.
c) Deformidad pancreática de contorno irregular.
TAC abdominal: Calcificaciones intrapancreáticas. Y uno de estos criterios:
a) Dilatación irregular de los conductos secundarios distribuidos en todo el páncreas, o dilatación del Wirsung y ramificaciones proximales por obstrucción completa o incompleta del conducto principal.
b) A estos se les realizo: un cuestionario donde se evaluaron variables demográficas, antecedentes y se realizó un laboratorio que incluyo:
c) Rutina, hepatograma, FAN,Ac. Anti musculo liso y P X E.Ca19-9-Cea.
VEDA Doppler eje EP: Para descartar hipertensión portal.
Resultados: Durante un periodo de 1 año (Abril 2014-abril 2015). Se internaron en el hospital 3 ptes. que cumplieron los criterios de inclusión. En ese periodo de tiempo se internaron 7144 ptes. en el hospital .La prevalencia puntual o tasa de prevalencia de la PC fue de: 0.00042%; El total de ptes. Internados con pancreatitis fue de 87 (pancreatitis aguda 84) representando la PC 3.4 % de las mismas. La edad promedio fue de 39,3 años, todos del sexo masculino (3/3), El etilismo crónico más de 80 Gmos. /día fue la etiología más frecuente (3/3).El tiempo promedio de evolución de los síntomas fue de 2,5 años. Con respecto a la alteración del laboratorio: en los 3 elevación de GGT, en 2 Hipertransaminasemia X 2, en 1 hiperamilasemia transitoria por 2, en ninguno se evidencio hipertensión portal por VEDA-Doppler.
Conclusión: La PC en nuestro hospital es extremadamente infrecuente con un perfil epidemiológico característico (sexo masculino, adulto medio, etilismo crónico, sin hipertensión portal).

CC-P-027

NEUROMA APENDICULAR ASOCIADO A ENDOMETRIOSIS: REPORTE DE UN CASO

Aldaz, M.; Yasuda, S.; Correa, N.; Bianco, G.; Frank, L.; Acuña, C.; Alberton, G.; Suaya, G.; Currás, A.
Hospital Juan A. Fernández, Buenos Aires. Argentina

Introducción: La endometriosis es una condición en que el tejido endometrial es localizado fuera de la cavidad uterina. Esta puede ser pélvica o extra pélvica, y de esta última, la afectación del tracto gastrointestinal representa de 3-15% siendo la localización más frecuente el rectosigmoides. El compromiso apendicular raro con 3-5% de todas las endometriosis, fue descripto por primera vez por Rokitansky en 1860. Puede ser asintomática o manifestarse con dolor abdominal, perforación, invaginación intestinal y hemorragia digestiva. Esta diversidad de síntomas dificultan su diagnóstico preoperatorio, el cual se basa en el reporte histopatológico de glándulas endometriales y estroma con o sin hemorragia.
Objetivo: Presentar un caso de una paciente con endometriosis apendicular como causa de dolor en fosa ilíaca derecha.
Caso Clínico: Paciente de sexo femenino, 44 años con antecedentes de hipotiroidismo e histerectomía por endometriosis hace tres años. Consulta por dolor abdominal crónico localizado en fosa ilíaca derecha. Al examen físico, abdomen doloroso a la palpación profunda en FID sin defensa, ni reacción peritoneal. RHA positivos. Catarsis conservada. Laboratorio: normal. Tomografía de Abdomen: en contacto con fondo cecal formación redondeada espontáneamente hiperdensa de 20 x 19 mm con realce de contraste endovenoso. Sin alteración de planos grasos vecinos. En la videocolonoscopía: a nivel del fondo cecal lesión elevada redondeada de 30 mm con mucosa normal. RMN abdomen: a nivel hepático en proyección del segmento VIII-V y región subcapsular anteroinferior del mismo se observan dos imágenes en secuencias pos gadolinio con diámetros máximos de 11x6mm y 8 x 10 mm. Se realiza una hemicolectomía derecha con resección de 15 cm de ileon próximos a la válvula ileocecal más metastasectomía hepática de lesión de 1,5 cm en segmento V. La anatomía patológica informa apéndice con luz obliterada por tejido fibroso, muscular y filetes nerviosos hiperplásicos. En el espesor del mismo se encuentran glándulas endometriales. Hígado: hiperplasia nodular focal. Se diagnostica Neuroma apendicular asociado a endometriosis. La paciente evoluciona favorablemente.
Conclusiones: El diagnóstico preoperatorio de endometriosis apendicular resulta difícil. El antecedentes de endometriosis uterina, en una paciente con dolor abdominal crónico en fosa ilíaca derecha debe hacernos sospechar esta patología.

CC-P-028

LINFOMA DEL MANTO: MANIFESTACIÓN INUSUAL DE LA ENFERMEDAD

Vivas, M. (1); Di Bartolo, L. (1); Juri, M.L. (2), Bertero, M. (3); Zárate, F. (1); Ortíz, G. (1)
(1) Servicio de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva, Hospital Córdoba. (2) Servicio de Hematología, Hospital Córdoba. (3) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Córdoba

Introducción: Los linfomas representan el 4% de los tumores de tubo digestivo, de ellos los más frecuentes son los Linfomas No Hodgkin (LNH), tipo B. El linfoma de células del manto representa el 2-10% de Los LNH. La edad de diagnóstico es 60-68 años, con predominio en sexo masculino (2,5/1). El 70% se encuentra en estadios avanzados con adenopatías generalizadas y compromiso extra nodal. Causado por una translocación cromosómica t (11; 14) (q13; q32), conduciendo a una expresión anormalmente alta de Ciclina D1.El tratamiento se basa en quimioterapia. La media de supervivencia es de 3-5 años.
Objetivo: Presentar un caso clínico de un paciente asintomático, con manifestación clínica inespecífica y diagnóstico de Linfoma de Células de Manto.
Material: Paciente de sexo masculino, 60 años, consulta por pérdida de peso (15 kg en 1 año). Tabaquista de 20 cig/día. Examen físico normal.
Laboratorio: Hb 13,7 Hto 41,1 Plaq 240000 GB 7300(NS 67%; LI 23%) VSG 20 Creatinina 1,1 LDH299 GOT 13 GPT 6 FAL 133 GGT 21 BT 0.38 Proteínas 6,4 Albúmina 3,4 IgA sérica208. Serología de enfermedad celíaca negativa, marcadores tumorales negativos. Ecografía Abdominal: En mesenterio imágenes ovaladas, hipoecogénicas de 21mm. Adenopatías? Engrosamiento de la pared intestinal en flanco y fosa ilíaca izquierda. Sin líquido libre. TAC abdominal cte oral y ev: Adenopatías axilares. Engrosamiento circunferencial y segmentario de pliegues gástricos a predominio antral, segunda porción duodenal y yeyuno distal. Masa hipogástrica de 57mm, compatible con proceso linfoproliferativo. Adenomegalias retroperitoneales lateroaórticas e interaórticos cavas, la mayor de 16mm. VCC: Normal. VEDA: Estómago con mucosa severamente congestiva, pliegues engrosados, edematosos que deforman antro prepilórico, erosivos, de difícil distensión, friable a la toma de biopsias. Duodeno con mucosa de bulbo y segunda porción congestiva, edematosa, con erosiones. Anatomía Patológica: Proceso inmunoproliferativo de estómago y segunda porción. Inmunomarcación: CD20: Positivo; CD5: Positivo; BCL2: Positivo; Ki67:30%; Ciclina D1Positivo. DIAGNÓSTICO: Compatible con Linfoma del Manto. Biopsia de Médula Ósea con compromiso por proceso linfoproliferativo, similar a biopsia previa de intestino. Servicio de Hematología inicia ciclos de R-Chop.
Conclusión: Los LNH son considerados como un conjunto de enfermedades que comparten un origen común con el sistema linfoide. El pronóstico depende del tipo histológico y estadio en el que se encuentra. Debido a la clínica escasa e inespecífica, baja prevalencia en nuestro medio, es necesario contemplarla como diagnóstico diferencial en un paciente de edad media con pérdida de peso.

CC-P-029

MEGACOLON DE LAS ENFERMEDADES OLVIDADAS

Vivas, M. (1); Falco, E. (1); Nicola, J.M. (2); Ramat, M. (3); Bertero, M. (3); Gorordo, C. (4); Correa, L.E. (2); Zárate, F. (1)
(1) Servicio de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva, Hospital Córdoba; (2) Servicio de Cirugía General, Hospital Córdoba; (3) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Córdoba; (4) Servicio de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva, Clínica Universitaria Reina Fabiola Córdoba. Argentina

Introducción: La Enfermedad de Chagas, conocida como Tripanosomiasis Americana, afecta cerca de 7 millones de personas en todo el mundo, siendo una entidad endémica en América Latina. El 15 a 20% de las formas crónicas manifestará complicaciones digestivas, siendo el esófago y el colon los órganos afectados con mayor frecuencia, constituyéndose en la causa más frecuente de megacolon adquirido en nuestro medio. Si bien la mortalidad es baja, genera un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes.
Objetivo: Presentar un caso poco frecuente de megacolon rectosigmoideo de origen chagásico.
Caso Clínico: Mujer de 51 años, nacida en el interior de Córdoba, con antecedentes de Chagas diagnosticada hace 20 años, consultó por exacerbación de su constipación habitual. Refería catarsis cada 5 días favorecida por el uso de laxantes que aumentan el volumen de la materia fecal, con empeoramiento en los últimos meses, donde requirió realizar enemas y maniobras manuales debido a constipación de 15 a 20 días. Presentaba un abdomen asimétrico, con distensión de flanco y fosa ilíaca izquierda, ruidos presentes, timpanismo, tumoración móvil en áreas mencionadas que se extendía a hipogastrio y molestias a la palpación profunda. Dedil de guante al tacto rectal con heces duras. En el colon por enema doble contraste y tomografía computada abdominopelviana se constata un megarrectosigma.
Poco después, requirió hospitalización por suboclusión intestinal secundaria a fecaloma, que respondió al tratamiento médico con varios enemas tipo Murphy. Se programó una manometría anorrectal que informó hiposensibilidad rectal y reflejo rectoanal inhibitorio ausente a 300 cc, interpretado como dudoso por la dilatación del recto.
En ateneo multidisciplinario se decidió resolución quirúrgica con Operación de Duhamel, con buena evolución y corta estadía hospitalaria. La anatomía patológica evidenció en la submucosa un ligero componente inflamatorio linfoplasmocitario con algunos eosinófilos y ligera disminución de las células ganglionares en la túnica muscular, compatible con el antecedente epidemiológico de Chagas.
Conclusión: No hay consenso en la literatura con respecto al manejo quirúrgico del megacolon chagásico, siendo las variantes de la técnica clásica de Duhamel la más defendida por los centros especializados. Creemos esencial el apoyo de la investigación en esta área y la implementación en políticas de salud pública a fin de que deje de llamarse una "enfermedad olvidada", término paradójico ya que bajo éste se engloban algunas de las entidades que más daño ocasionan en el mundo.

CC-P-030

HEPATITIS LÚPICA

Liberti, R.; Cuneo, M.; Samaniego, F.; Covernton, J.; Cortez Torres, E.; Fernández, C.; D´Ottavio, G.; Levin, A.; Maccagni, C.; Gamba, A.; Pratto, D.

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria multisistémica asociada con el desarrollo de auto-anticuerpos.
Para su diagnóstico, cuatro o más de las siguientes: eritema malar, erupción discoide, fotosensibilidad, úlceras orales, artritis no erosiva, pleuritis, pericarditis, alteración de la función renal y/o hematológica, convulsiones, anticuerpos antinucleres positivos. El hígado no es considerado un órgano blanco del Lupus. Generalmente se presenta en mujeres jóvenes con hepatitis crónica y células de Lupus positivas. La definición de hepatitis lúpica incluye: hepatitis crónica activa, ausencia de hepatitis viral y ANA positivos.
Diagnósticos diferenciales: Hepatoxicidad por fármacos, otras enfermedades autoinmunes o hepatitis viral.
Clínica: Desde asintomáticas a Fiebre, malestar general, pérdida de apetito, ictericia, cirrosis, falla hepática aguda. Alteraciones del hepatograma, presente en el 50% de los pacientes con LES (aumento de la FAL, transaminasas <2 veces de su valor normal). En general responde favorablemente a dosis moderadas a altas de Prednisona
Caso Clínico: Mujer de 37 años que consulta por un cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por temblores de miembros superiores, inestabilidad en la marcha progresiva. Agrega cambios en el estado de ánimo, mioclonías faciales con ataxia y 1 episodio de movimientos tónicos-clónicos, con desorientación posterior de segundos de duración.
Antecedentes personales: Artritis reumatoidea: tratamiento con Hidroxicloroquina, abandonó hace 2 años. Alteraciones psiquiátricas: Citalopram y Paroxetina.
Examen físico: Hemodinamicamente estable, afebril, vigil y lúcida, mioclonías faciales, temblores en miembros superiores. Movilidad y sensibilidad conservada en ambos miembros inferiores.
Laboratorio: HTO: 30.8–HB 9.6–GB 3.100–PQ: 39.000-Na 137–TGO 872–TGP166–TP 9–KPTT 28–FAL 831–PROT T 5.3–Alb 2.1–VES 27–GGT 1488–LDH 665
TAC de tórax, abdomen y pelvis: Hepatomegalia leve. Esteatosis moderada. Resto s/p. RMI de cerebro: Reducción volumétrica del parénquima encefálico global. Alteración del brillo de los ganglios basales.
Diagnósticos diferenciales: Enfermedad de Wilson, Hemocromatosis
Serologías: HIV/ VHB/ VHC/VDRL: NEGATIVAS. PAMO: Hipocelularidad. Presencia de células fagocíticas. Evaluación por oftalmología con lámpara de hendidura: Sin anillos de Kaiser-Fleischer.
Resto del laboratorio: Ceruloplasmina: 27 (19-57mg%), Cupremia: 89.8 (70-150 ug%), Cupruria: 18.3 (hasta 50 ug/24hs), Sideremia: 89 Ferritina: 1842–TIBC: 274 – % de sat: 32, Latex AR: 57.5 (hasta 15 UI/ml), Ac anti péptidos citrulinados: No reactivos. FAN: REACTIVO 1/5120 – Patrón homogéneo. ENA: 115 (reactivo >60 U). Ac anti ADN: reactivo 1/640 (hasta 1/5).C3: 34 (90-180 mg%) C4: 3 (10-40 mg%), PxE: ligera hipoalbuminemia (2.27), aumento policlonal de gammaglobilina (1.65), Ac anti músculo liso y Ac antimitocondriales: No reactivos, Panel inmunológico hepático: AMA M2 - Sp 100 – LKM1- gp 210 – LC1 – SLA: No reactivos
Tratamiento: PREDNISONA 1 mg/kg/día (60 mg/día).Presenta mejoría clínica.
Conclusión diagnóstica: Hepatopatía Lúpica.

CC-P-031

TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL Y EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Carraro, M.C.; Medina, J.M.; Pascual Russo, A.; Stefanolo, J.P.; Cabbane, A.; Méndez, G.; Reyes, H.; Vázquez, H.; Mauriño, E.
Hospital de Gastroenterología."Dr. Carlos Bonorino Udaondo", Buenos Aires. Argentina

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimáticos más comunes del tubo digestivo. Su diagnóstico durante el embarazo es bastante infrecuente. El 90% de los casos se presenta en pacientes mayores de 40 años, con un predominio masculino 2:1. Se presenta el caso de una paciente joven con diagnóstico de GIST durante el embarazo.
Materiales Y Métodos: Paciente femenina de 25 años de edad, consulta derivada de otro nosocomio por presentar melena de 12 días de evolución en donde realizaron video endoscopía digestiva alta (VEDA) que informa en cuerpo, sobre curvatura mayor, 2 lesiones submucosas, de 4 cm, ulceradas con sangrado activo. Se electro fulgura. Resto del estudio sin particularidades (sp). Laboratorio: HTO: 30% HB: 9,3 g/dl TP: 85% KPTT: 30´´ BetaHCG: positivo. Se solicita nueva VEDA y eco endoscopía.
Antecedentes personales patológicos: asma; gastritis crónica diagnosticada durante gestación anterior la cual no llego a término por huevo muerto y retenido.
Medicación: salbutamol a demanda. Anemidox ferrum.
VEDA: estómago, hacia cara posterior lesiones sobre elevadas, de aproximadamente 4 cm con úlcera central. Se biopsia bordes. Anatomía patológica: Vimentina positivo. CD 117: positivo. Hallazgos inmunohistoquímicos compatibles con GIST.
Se realiza inter consulta con servicio de oncología y se decide conducta quirúrgica.
Se realiza gastrectomía laparoscópica en cuña con buena evolución. Anatomía patológica de pieza quirúrgica que informa GIST unifocal de alto grado histológico de 7,3 cm x 3,5 cm x 3,3 cm. Mitosis: 8/50 campos de gran aumento (CGA). Ki 67 10%. CD 117 positivo. Margen libre de neoplasia mayor a 1 cm. Laboratorio: HTO: 35,6% HB: 10,8g/dl GB: 10400 PQ: 291000. Se decide iniciar adyuvancia luego del parto.
Discusión: Los tumores del estroma gastrointestinal son poco frecuentes, corresponden a 0.1% a 3% de las neoplasias gastrointestinales y 5% a 6% de todos los sarcomas. La localización más común es el estómago (60-70%), seguida del intestino delgado (20-30%), colon y otras. Son tumores de crecimiento lento, generalmente asintomáticos por tiempos prolongados. La forma de presentación más frecuente es la hemorragia digestiva por ulceración tumoral, manifestándose como sangrado evidente con hipovolemia o anemia. Otras formas de presentación se caracterizan por síntomas poco específicos como molestias abdominales, náuseas y vómitos e hiporexia, pudiendo confundirse con síntomas típicos del embarazo.
El diagnóstico se basa en la endoscopía evidenciándose una lesión subepitelial, la ecoendoscopía y la histología con inmunohistoquímica, obteniendo la muestra por resección quirúrgica. La supervivencia se basa en el riesgo de recurrencia. Los factores de mal pronóstico más importantes son la localización, el tamaño y el índice mitótico. Otros: la rotura tumoral durante la cirugía y la aneuploidia. El tratamiento curativo es la cirugía y se asocia a Imatinib como adyuvante si existen factores de mal pronóstico. En la bibliografía no se encontró relación entre los cambios gestacionales y el tumor, ni está descripta la diseminación fetal o uterina. Se establece la contraindicación del uso de Imatinib durante la gestación y lactancia, por lo tanto la única opción terapéutica es la cirugía.

CC-P-033

DIAGNÓSTICO ATÍPICO EN SINTOMATOLOGÍA HABITUAL

Duarte, B.; Bosolino, A.; Pagliere, N.; Goggia, P.; Lueso Prado, M.; Banchero, A.
Sanatorio Dr. Julio Méndez Bs.As. Argentina. Servicio de Gastroenterología

Introducción: La trombosis venosa mesentérica (TVM) representa el 5 % al 10% de las causas de isquemia mesentérica aguda, con edad media de presentación a los 60 años y predominio en sexo femenino. Los estados de hipercoagulabilidad, junto con el reemplazo hormonal con estrógenos corresponden al 90% de las causas.
Objetivo: Presentación de TVM como causa de signo sintomatología gastrointestinal frecuente e inespecífica.
Caso Clínico: Paciente masculino de 69 años, sin antecedentes relevantes. Consulta por dolor abdominal de 15 días de evolución en hipocondrio y flanco derecho, tipo cólico, de intensidad 7/10, sin irradiación, con leve defensa a la palpación profunda a ese nivel, asociado a nauseas, vómitos biliosos y diarrea aguda no disentérica. Evaluado por Cirugía General con sospecha de litiasis vesicular sintomática. Laboratorio: evidencia leucocitosis; Hiperglucemia; Alcalosis Respiratoria y Acidosis Metabólica. Ecografía abdominal: sin particularidades. Tomografía (TAC) de Abdomen y Pelvis con contraste oral y endovenoso: imagen de falta de relleno en vena mesentérica superior compatible con trombo, dilatación de asas de intestino delgado a nivel centroabdominal, con engrosamiento ileal y alteración de la grasa adyacente. Con diagnóstico de TVM superior, se decide anticoagulación, con mejoría de cuadro clínico y alta sanatorial. Se descartan coagulopatias por servicio de Hematología; se descarta además linfoma entre otras neoplasias y se realiza endoscopia digestiva alta y baja con ileoscopia, sin lesiones mucosas.
Discusión: La TVM puede presentarse de forma aguda (más frecuente), subaguda o crónica, en nuestro caso se presento de forma subaguda. El síntoma más frecuente es el dolor abdominal (90%), acompañándose de nauseas y vómitos (50%). En el laboratorio se puede observar leucocitosis, hiperglucemia, acidosis metabólica e hiperamilasemia. Como causas de TVM encontramos cuadros inflamatorios como diverticulitis, peritonitis, pancreatitis, enfermedad inflamatoria intestinal, hipertensión portal y post escleroterapia de varices esofágicas. El diagnostico se basa en clínica, imágenes ó angiografía mesentérica. En pacientes asintomáticos diagnosticados por imágenes se prefiere anticoagulación de 3 a 6 meses. En pacientes con mala evolución clínica o signos peritoneales, el tratamiento de elección es el quirúrgico.
Conclusiones:
1) La TVM es una rara entidad, que se presenta con signosintomatologia inespecífica y frecuente en la práctica diaria.
2) Es importante la sospecha clínica y realización de TAC con contraste endovenoso, en pacientes con sintomatología frecuente que no responden al tratamiento habitual.
3) Destacar las numerosas causas gastroenterológicas frecuentes que pueden ser causa de dicha entidad.
4) En nuestro caso, no se halló etiología de TVM sin embargo la sintomatología mejoro totalmente con el tratamiento instaurado lo que refuerza el diagnóstico.

CC-P-032

HEPATITIS AGUDA GRAVE POR INFECCIÓN TRANSFUSIONAL POR VIRUS NO HEPATOTROPO: REPORTE DE UN CASO

Medina, S.; Garrocho Machado, C.; Pereyra, A.; Ríos, R.P.; Juárez, Á.S.; Alonso, J.
Hospital Centro de Salud Zenón J. Santillán. Tucumán

El daño hepático grave con claudicación brusca de sus funciones se denomina Insuficiencia Hepática Aguda (IHA), el mismo responde a múltiples causas. Raramente el virus de Epstein Barr (EB) tiene afección hepática, pudiéndose encontrar variantes clínicas desde colestasis hasta hepatitis fulminantes. El reservorio de este organismo es el ser humano, y se encuentra infectando el 90-95 % de la población de adultos jóvenes.
Se expone un caso de Hepatitis Aguda Grave (HAG) por inoculación transfusional de virus no hepatotropo asociado a hemolisis aguda. Paciente de sexo femenino, de 32 años derivado de hospital del interior por síndrome ictérico súbito, hipertransaminasemia y coagulopatia, manifestados 12 hs posteriores a transfusión sanguínea, sin encefalopatía constatada. Acompañando al cuadro náuseas, vómitos, dolor abdominal leve, escalofríos y astenia marcada. Presenta antecedentes de síndrome hemorragiparo en su niñez y complicación obstétrica, ambas con transfusiones de hemoderivados a los 6 y 29 años de edad, colecistectomizada hace dos años. Grupo sanguíneo "A" Rh (-). Sin otros antecedentes relevantes. Al examen fisico paciente lucida, con Ictericia generalizada, hemodinamicamente estable, afebril, glucemia capilar 0,56 mg%, buen ritmo diurético. Deshidratación moderada. Palpación hepática a 3 cm de reborde costal y polo de bazo. Resto de exploración sin semiología alterada. Laboratorio de ingreso: glóbulos blancos 16.400 cel./mm; Hb 8mg%; GOT 1546 U/l; GPT 1750 U/l ; TP 34" 26 % de actividad; Bilirrubina total 18 mg% ; Directa 16 mg%. Se inicia tratamiento antiemético, hiperhidratacion endovenosa, estabilización de glucemia y controles reglados de glucemia. A las tres horas de ingreso: GB 12200 cel./mm; neutrófilos 86%; linfocitos 8%; monocitos 3%; Hb 7,4 mg%; microcitosis e hipocromía. Plaquetas: 210000 cel./mm. TP 50% actividad; RIN 1.9; GOT 865 U/l; GPT 2150 U/l; Bilirrubina Total 16.5 mg%; Directa 13.5 mg%; Colinesterasa 4290 U/l; Creatinina 1.2 mg%; Factor V normal; MELD 26; sin cumplir criterios King´s College. Ecografía abdominal informa hígado levemente aumentado de ecogenicidad, heterogéneo. Bazo homogéneo. Vías biliares normales. El cuadro es interpretado por bioquímica hepática alterada, ictericia y coagulopatia como Hepatitis Aguda Grave, se interna en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), y ante la posibilidad de progresión a falla hepática fulminante, con sospecha de edema cerebral por vómitos persistentes a pesar de tratamiento, se planteó derivación a centro de Trasplante Hepático. A las 24 hs de internación presenta descenso leve de transaminasas y RIN1.4, manteniendo valores de bilirrubina elevados. Mejorando los síntomas generales, sin vómitos. Presenta serologías IgM VHA (-); Ag VHBs (-); Ac VHBs (-); Ac VHC (-); VIH (-); FAN 1/20; AMA (-); SMA(-); LKM(-); Ac CMV IgG (+);Ac CMV IgM (-); Ac VHS 1-2 IgG (+); Ac VHS1-2 IgM (-); IgM VEB (+), Ac EA D (+) confirmando infección aguda por el mismo. A las 72 hs de internación en UCI se observa descenso de transaminasas hasta mantenerse cuatro veces sus valores normales; RIN 1.6; Bilirrubina Total 17.31mg%; Directa 7.7 mg% Indirecta 9.61 mg%; GPT 768 U/l; GOT 94 U/l; TP 18.5" 51% de Actividad. Prueba de Coombs Directa (+). Ecodoppler hepático normal.
Se traslada a sala de internación, presentando descenso paulatino de bilirrubina y transaminasas a valores normales, con mejoría clínica y bioquímica. Alta hospitalaria a los 7 días de ingreso en espera de los resultados de biopsia hepática realizada. Se desea presentar cuadro clínico de HAG por virus no hepatotropos con hemolisis aguda, la dificultad diagnostica del cuadro e interpretación de la sígno-sintomatologia. Presunción diagnóstica final de Hepatitis Aguda Grave asociada a virus no hepatotropos, Epstein Barr, por inoculación sanguínea asociado a Hemolisis Aguda, sin expresión de enfermedad habitual.
Palabras clave: Hepatitis Aguda, Epstein Barr, Trasplante Hepático.

CC-P-034

TUMOR DE KRUKENBERG: A PROPÓSITO DE UN CASO

Barba, A. (1); Bosolino A. (1); Pagliere, N. (1); Goggia, P. (1); Lueso Prado, M. (1); Banchero, A. (1); Santilli, J.P. (2)
(1) Sanatorio Dr. Julio Méndez Bs.As. Argentina. (2) Servicio de Gastroenterología; Anatomía Patológica

Introducción: El Adenocarcinoma (AdenoCA) representa el 90% de los cánceres gástricos y es la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo. En occidente la mayoría se diagnostican en estadios avanzados, con edad promedio al diagnóstico de 65 años y sobrevida a los 5 años del 27%. Según la histología, se clasifican en: Tipo Difuso, Tipo Intestinal (el más frecuente) y Tipo Indeterminado. El carcinoma con células en anillo de sello (SRC) se incluye dentro del Tipo Difuso y representa el 10% de los carcinomas gástricos, se origina en mucosa sin metaplasia y presenta mayor incidencia en mujeres mayores a 45 años. Objetivo: Exponer un caso clínico de Cáncer Gástrico de presentación infrecuente (Tumor de Krukenberg). Caso Clínico: Paciente femenina de 63 años, sin antecedentes relevantes. Consulta por cuadro de dolor abdominal difuso, a predominio hipogastrio, de intensidad variable de 1 mes de evolución, que en los últimos meses progresó en intensidad, asociando anorexia y astenia. Evaluada de manera ambulatoria por Servicio de Ginecología, se solicita Ecografía Transvaginal: en pelvis imagen liquida de 94x74mm, líquido libre intra abdomino pélvico, Impresión diagnostica: blastoma ovárico. Laboratorio: sin alteraciones excepto Ca125: 189.9.Tomografía de abdomen y pelvis c/ contraste oral y endovenoso: líquido libre intra abdomino pélvico; lesión quística anexial, engrosamiento de peritoneo y carcinomatosis peritoneal. Se realiza Laparotomía exploratoria + Citorreducción. Se constata infiltración del mesenterio, cúpula diafragmática e hilio esplénico. Se realiza anexectomia derecha. Biopsia diferida: AdenoCA con células en anillo de sello. Se realiza estudio endoscópico digestivo alto por sospecha de tumor de Krukenberg evidenciándose en fundus y cuerpo alto, lesión elevada extensa multilobulada congestiva y friable con áreas ulceradas; incisura, antro y duodeno con mucosa de aspecto conservado. Anatomía Patológica: AdenoCA infiltrante difuso con mucina intracelular a predominio de células en anillo de sello. Discusión: El SRC se origina de las células del cuello de las glándulas del estómago. Presenta perdida de uniones desmosomicas y uniones gap intercelulares, generando un patrón de crecimiento difuso e infiltrante. Frecuentemente genera metástasis tempranas a ovario y/o cuello uterino (Tumor de Krukenberg), por expresar receptores de estrógeno. Este tumor infrecuente, representan el 1% de los tumores de ovario. La técnica de inmunohistoquimica podría resultar beneficiosa para diferenciar tumor primario de ovario de secundarismo de tumores gastrointestinales. Conclusiones: 1) El diagnóstico precoz del AdenoCA gástrico tipo difuso representa muchas veces un desafío medico debido al curso indolente con metástasis a distancia en estadios tempranos. 2) La realización de una endoscopia temprana, es de elección para poder hacer el diagnostico precoz 3) En nuestro caso no se realizó inmunohistoquimica, por el hallazgo endoscópico y la confirmación histopatológica.

CC-P-035

METÁSTASIS DUODENAL DE CARCINOMA EMBRIONARIO

Samaniego, F.; Fernández, C.; Cortez Torrez, E.; Covernton, J.; Liberti, R.; Caballini, P.; Cuneo, M.; Gamba, A.; Pratto, D.; Maccagni, C.
Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Hospital De Emergencias Clemente Álvarez. Rosario. Argentina

Introducción: Los tumores de intestino delgado son poco frecuentes (3 a 5% de los tumores digestivos). Pueden ocurrir en forma esporádica, asociado a enfermedades genéticas, o inflamatorias intestinales crónicas. Existe una amplia variedad histopatológica, y dentro de ella, los tumores de células germinales (TCG), que representan el 1% de las neoplasias masculinas, tienen una probabilidad de afectación metastásica del tracto gastrointestinal (GI) menor al 5%, existiendo escasos reportes en la literatura del hallazgo endoscópico de este tipo de tumores.
Reporte de Caso: Paciente masculino, de 21 años, que relata cuadro de 72 hs de dolor abdominal en flanco derecho, contínuo con exacerbaciones cólicas, asociado a deposiciones con características melénicas. Al interrogatorio dirigido refiere sensación febril y sudoración nocturna de 1 mes de evolución, sin pérdida de peso. El examen físico se encuentra conservado. En el laboratorio se constata hemoglobina de 7.2 y marcadores tumorales negativos. Se realizó VEDA que revelo la presencia de una lesión exofítica, con zonas de necrosis a nivel de la tercera porción del duodeno. El estudio histopatológico de dicha lesión confirmo el diagnostico de Carcinoma Embrionario.
Discusión: La afectación GI metastásica de los TCG es infrecuente, y más aún como forma de presentación inicial de la enfermedad. Esto está relacionado a su estirpe histológica, ya que se ha observado que los TCG no seminomatosos tienen mayor afectación (alrededor del 5%) que los seminomatosos (1%).
El carcinoma embrionario es el más frecuente de los TCG no seminomatosos, se lo considera la variedad más agresiva, histológicamente tiene la presencia de citotrofoblasto y sincitiotrofoblasto, evolucionando rápidamente con metástasis sanguíneas y linfáticas. La diseminación sanguínea es más tardía, siendo el pulmón y el hígado los órganos más frecuentemente comprometidos. La ausencia de lesiones en estos órganos en nuestro paciente nos hace pensar que estamos en una etapa de diseminación temprana de la enfermedad, sin embargo el hallazgo de una metástasis a distancia lo ubica en un estadio III, con una tasa de curación es del 70% y de supervivencia a dos años del 77%. Las posibilidades terapéuticas en este caso constituye fundamentalmente la quimioterapia con BEP (bleomicina, etoposido y cisplatino) como primera línea, quedando a definir por el equipo multidisplinario las conductas quirúrgicas (de sumo riesgo en este caso por la proximidad a vena cava inferior objetivada en estudios de imágenes) y radioterapia.
Conclusión: Se presenta un caso de una metástasis de carcinoma embrionario a la tercera porción del duodeno, en contexto de estudio de hemorragia digestiva alta en paciente joven, lo cual queda demostrado por la literatura, constituye una forma de presentación rara de este tipo de neoplasia.

CC-P-036

HEMORRÁGIA DIGESTIVA ALTA DE ORIGEN INFRECUENTE-REPORTE DE UN CASO

Juárez, A.S.; Aleman, M.; Alonso, J.; Garrocho Machado, C.; Garrocho, R.; Medina, S.; Pereyra, A.; Ríos, R.P.
Residencia de Gastroenterología, Hospital Centro de Salud Zenón Santillán. San Miguel de Tucumán, Tucumán. Argentina

Introducción: La hemorragia digestiva alta es una emergencia médico quirúrgica que continua teniendo una elevada mortalidad, a pesar de los avances terapéuticos de los últimos años. Su incidencia varía en los distintos países. Sin embargo, se estima que se presenta con una frecuencia entre 50 y 140 casos por cada cien mil habitantes. El diagnóstico temprano es útil para determinar el sitio de sangrado, realizar la terapéutica y disminuir el tiempo de hospitalización del paciente, la tasa de resangrado, la necesidad de cirugías el número de transfusiones.
Objetivo: Reportar caso clínico de HDA de causa infrecuente, por el compromiso hemodinámico que presento la paciente y determinar conductas apropiadas.
Caso Clínico: Paciente de sexo femenino de 70 años de edad que ingresa por hemorragia digestiva alta (hematemesis) con descompensación hemodinámica de 6 horas de evolución.
Antecedentes personales: Ca. De Mama con extirpación de pecho con vaciamiento ganglionar hace 13 años. Artrosis en tratamiento con glucosamina y Aines en forma intermitente. HTA sin tratamiento.
Examen Físico: Palidez Cutaneomucosa generalizada, leve hipotensión, taquicardia. Abdomen blando, depresible e indoloro con RHA (+). Tacto rectal no melena. Lúcida, vigil. Se coloca sonda nasogástrica y se lava observándose retorno de sangre rojo oscura. Laboratorio con Hb de 8. Se realiza expansión con solución fisiológica y transfusión de 1 U de GRS, con mejoría del cuadro clínico.
Métodos diagnósticos: VEDA (19/09/14) A partir de los 17 cm de la arcada dentaria superior se observa hematoma mural, desgarro que se extiende hasta los 27 cm de la ADS. Cambio mucoso a los 39 cm. Resto normal. Ecografía abdominal (20/09/14) normal. Se repite VEDA (23/09/14) donde se observa pequeño hematoma en resolución de la zona mencionada. Evoluciona favorablemente dándose el alta el mismo día que se realiza la 2º VEDA.
Conclusiones: Hemorragia digestiva alta por hematoma mural de esófago, patología poco frecuente, existiendo pocos caso registrados en la literatura.

CC-P-037

SÍNDROME HIPOGLUCÉMICO PANCREÁTICO NO INSULINOMA O NESIDIOBLASTOSIS

Fernández Campos, F.; Tévez, S.; Gutiérrez, S.; Corino, M.; Schiró, L.; Lagues, C.; Vigna, C.; Álvarez, F.; García, R.
Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas

Introducción: El Síndrome Hipoglucémico Pancreático no Insulinoma (SHPNI) o Nesidioblastosis es una de las etiologías del síndrome hipoglucémico hiperinsulinico endógeno. Rara en adultos, con una incidencia de 0,5 a 5%. Clínicamente caracterizado por hipoglucemia pospandrial, rasgo poco frecuente en el Insulinoma. Es la histología quien confirma su diagnóstico, observándose hiperplasia de islotes de Langerhans, focal o difusa. El tratamiento de elección es la pancreatectomía casi total (95%), con preservación del bazo.
Objetivo: presentar un caso de SHPNI con diagnóstico presuntivo de Insulinoma.
Caso Clínico: masculino de 54 años, extabaquista, exenolista. Internación previa por hipoglucemias sintomáticas, deterioro del sensorio, intubación orotraqueal/ARM y stent traqueal. Se interna en el Hospital Posadas por deterioro del sensorio, estado general conservado, EF s/p. Lab: hipoglucemia (<45mg/dl), insulinemia 12,5uU/ml (<6uU/ml), péptido-C 8,4ng/ml (0,5-2ng/ml), cromogranina A (-). Imágenes: Eco Abd: litiasis múltiple, vía biliar normal, hemangioma, páncreas parcialmente visualizado impresiona conservado. TC trifásica: dudosa imagen milimétrica hipodensa, hipoperfundida en cola de páncreas, no se evidencian imágenes focales que refuercen en fase arterial. RMN: aisladas imágenes microquísticas en cola de páncreas. EUS: imagen redondeada en cola de páncreas, contorno regular, heterogéneo de 26x19 mm con áreas hiperecogénicas en su interior.
Cirugía: ecografía IO lesión redondeada de 2,95 cm en cuerpo pancreático. Pancreatectomía córporocaudal, preservación del bazo y colecistectomía. AP: hiperplasia difusa de Islotes de Langerhans. Complicaciones POP: fístula pancreática. Colección pancreática. Evolución: hipoglucemias sintomáticas. Durante su internación recibe Octreotide, Diazóxido y Verapamilo. Presenta hipoglucemias asintomáticas.
Diagnóstico definitivo: SHPNI/ Nesidioblastosis.
Reintervención quirúrgica: pancreatectomía casi total (95%), preservación del bazo. AP: hiperplasia difusa de islotes de Langerhans, dilatación de conductos excretores exocrinos. Evolución: sin hipoglucemias.
Conclusiones: el SHPNI es una patología poco frecuente y con el Insulinoma son causas de hipoglucemia por hiperinsulinismo endógeno en el adulto. Ante métodos diagnósticos por imágenes ecografía, TC, RMS, EUS, negativos para definir una lesión, la Arteriografía con estimulación con calcio es de gran utilidad, sobre todo para lesiones difusas. La AP confirma el diagnóstico. La cirugía es el tratamiento de elección. El tratamiento médico está dirigido al control sintomático.

CC-P-038

CAMBIO DE CALIBRE DEL CONDUCTO DE WIRSUNG: UN SIGNO DE ALERTA

Pasqua, A.; Soifer, L.; Oddi, R.; Salgado, R. (H); Salgado, R. (P); Lancelotti, T.; Kozima, S.; Ferrarotti, C.
Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC) Servicios de Gastroenterología, Cirugía y Diagnóstico por Imágenes

Paciente mujer de 47 años, quien presenta una alteración crónica del hepatograma detectada en el contexto de un control de salud y se encuentra completamente asintomática. Fumadora eventual y alérgica a la penicilina. Antecedentes de varicela a los 21 años, hipotiroidismo secundario a infección viral, eritema nodoso (más de 15 años antes), abortos espontáneos y lesión adrenal compatible con adenoma. Medicación habitual: levotiroxina. Antecedentes familiares de cáncer de la región hepatobiliopancreática (madre) y cáncer de próstata (hermano). Laboratorio con alteración mixta del hepatograma con predominio del patrón colestásico. Serologia para virus hepatotropos negativa. FAN, ASMA, AMA y A/LKM negativos. IgA total normal. A/tTG IgA, EMA IgA y AGA IgA negativos. Con el propósito de investigar la causa de la alteración del hepatograma se solicitan estudios por imágenes, los cuales revelaron la presencia de esteatosis hepática y un brusco cambio de calibre del conducto de Wirsung, pero existen discordancias para definir la causa del mismo. Ecografia transabdominal: Leve dilatación del Wirsung de 3 mm en cuerpo y cola e imagen focal parénquimatosa de aspecto sólida de 6 mm. RM con gadolinio y colangioresonancia: Abrupto cambio de calibre del conducto de Wirsung en el cuerpo con dilatación moderada y ligera irregularidad corporocaudal; no se observa una causa clara, pero se insinúa una sutil área de 3 mm de refuerzo en la fase pancreática. TC con contraste: Parénquima pancreático normal, sin realces en tiempos arteriales, portales y tardios; Wirsung con diámetro levemente mayor en los 2/3 distales. Ecoendoscopia pancreática: Formación quística de 6 mm en cuerpo proximal, con bordes netos y sin tabiques, que impresiona dilatación de ramo secundario en comunicación con el Wirsung y que coincide con la zona de cambio de calibre del Wirsung vista por resonancia. Amilasa y lipasa plasmática normales. Cromogranina A, gastrinemia, glucemia, insulinemia y ácido 5OH indolacético en orina normales. IgG e IgG4 normales. CA 19-9 y CEA normales. Se propone intervención quirúrgica. Se realiza pancreatectomia corporocaudal, esplenectomía y biopsia hepática. La ecografia intraoperatoria detecta un nódulo sólido de 5 mm que comprime extrínsecamente el conducto de Wirsung y causa su dilatación. Se diagnosticó un Tumor Neuroendócrino bien diferenciado (grado 2) de 6 mm sin metástasis ganglionares y una esteatohepatitis. Observaciones: Se presenta el caso dado que la patología pancreática ofrece desafíos a diario y muchas veces los estudios por imágenes son discordantes al evaluar la presencia de lesiones pancreáticas y la naturaleza quística o sólida de las mismas. Por otra parte, el cambio abrupto del calibre del conducto pancreático principal sin una causa definida ha sido descripto como un signo de alerta por varios autores y esto ha sido considerado al sugerir la conducta quirúrgica a esta paciente.

CC-P-039

TUMOR INFRECUENTE DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA

Tarabolino, F.; Bosolino, A.; Pagliere, N.; Goggia, P.; Lueso Prado, M.; Banchero, A.
Sanatorio Dr. Julio Méndez Bs.As., Argentina. Servicio de Gastroenterología

Introducción: Los tumores carcinoides (TCa) son neoplasias de origen neuroendocrino de baja incidencia. La localización más frecuente es el tracto gastrointestinal, siendo íleon terminal y apéndice los sitios más afectados, con localización submucosa, pudiendo producir ulceración mucosa. La distribución por género es similar, ligeramente mas frecuente en mujeres en la sexta década de la vida.
Objetivo: presentación de un caso clínico de TCa de localización infrecuente.
Caso Clínico: Paciente femenina, 80 años, que consulta por diarrea crónica y dolor abdominal difuso. Al interrogatorio refirió episodios de rubicundez cutánea y taquicardia. Se realiza videoendoscopia digestiva alta y baja hasta ileon terminal. Ambos estudios sin hallazgos patológicos. Laboratorio: sin particularidades. Tomografía (TAC) de abdomen y pelvis con EnteroTAC contraste oral y EV: imagen de densidad partes blandas en raíz de mesenterio asociado a adenopatías y bandas fibroticas gruesas que irradian desde la masa hacia el intestino adyacente. Lesiones de aspecto metastáticos en ambos lóbulos hepáticos. TAC por emisión positrones corporal total: se destaca captación fisiológica a nivel intestinal. Mesenterio: imagen de densidad de partes blandas de bordes irregulares, hipermetabolicas que provoca retracción del tejido graso periférico de 26x40mm. Centellograma c/ Octreotide: distribución irregular del trazador en hígado. Área de moderada captación en proyección media de mesenterio. Acido 5indolacético: valor normal, Cromogranina A (CrA): elevado. Cirugía general decide la irresecabilidad del tumor y comienza tratamiento paliativo con Lanreotide. DISCUSIÓN: Los TCa suelen descubrirse de forma incidental. Son de lento crecimiento y los síntomas inespecíficos como dolor abdominal intermitente o debido a las sustancias secretadas, pueden generar diarrea; Síndrome de Cushing o Zollinger-Ellison. Macroscópicamente son lesiones sólidas habitualmente solitarias. El síndrome carcinoide ocurre en 4-10% de los pacientes, particularmente en aquellos con metástasis hepáticas. Los TCa primarios de mesenterio son raros, el 40-80% ubicados a éste nivel son metastáticos. Un rasgo característico es la desmoplasia intensa inducida por serotonina y factores de crecimiento que en ocasiones determina obstrucción digestiva u oclusión vascular. La cirugía es la única modalidad de tratamiento curativo. En metástasis hepáticas la quimioembolizacion con doxorrubicina controla los síntomas y prolonga la supervivencia. Conclusiones: 1) La sintomatología y los hallazgos característicos por imágenes permiten la orientación diagnostica a TCa 2) La especificidad de la CrA refuerza el diagnostico 3) La ausencia de compromiso intestinal en diferentes estudios por imágenes presupone indemnidad a ése nivel con compromiso exclusivo de mesenterio 4) El diagnostico diferencial con otros tumores con gran reacción desmoplásica se realiza con punción biopsia o laparotomía exploratoria.

CC-P-041

COLESTASIS PROLONGADA POR VIRUS HEPATITIS A

Albán, R.W. (1); Mora, J.G. (2); Macías, J.E. (3)
(1) Especialista en Gastroenterología. IGEDTA Machala; Especialista en Hepatología. (2) IGEDTA Machala. (3) INTERLAB Machala

Introducción: La hepatitis A es una enfermedad infecciosa aguda, causada por un hepatovirus de la familia picorna¬viridae de 27-32 nm con una cadena simple lineal de genoma RNA. El virus es endémico a lo largo del mundo y con una alta prevalencia en países subdesa¬rrollados con malas condiciones de higiene y sanidad. Su vía de transmisión es fecal-oral y la multiplicación del virus ocurre solamente en las células hepáticas. Esta enfermedad tiene diferentes espectros clíni¬cos, que van desde la forma anictérica, colestásica y la forma fulminante. A nivel mundial se presen¬tan anualmente entre 80 y 100 millones de casos, y aproximadamente un 40% de la población habita en zonas de riesgo para hepatitis La incidencia de ictericia colestásica inducida por VHA es relativamente baja 10-15%, y es más común entre pacientes hospitalizados debido a una recu¬peración tardía o edad avanzada. Caso Clínico: Paciente 27 años, femenina APP ninguno de importancia, no recibió transfusiones, no usa drogas. Que hace 3 meses fue atendida por presentar fiebre, astenia, tinte ictérico y dolor en hipocondrio derecho, solicitándole HAV IgM positiva y HAV IgG positiva siendo atendida de manera ambulatoria. Hace 45 dias presenta astenia, hiporexia, ictericia marcada en piel, escleras y mucosas oralesas, prurito, coluria, nausea que no lleva al vómito, dolor en hipocondrio derecho se interna para realización de estudios complementarios. HAV IgM positivo, HBsAg (-), HCV (-), TGO 1850, TGP 1508, FAL 300, GGT 32, BT 18, BD 12, BI 6. ANA Y AMA negativos. Coagulograma y plaquetas dentro de rangos normales Eco Abdominal: sin patología, Colangioresonancia: sin patología. Dada la severidad del cuadro se inicia tratamiento con ciclo de corticoides Prednisona 20mg Po C/12horas, Omeprazol, Butil bromuro de hiocina, siendo externada. Control a los 15 dias, disminuye el prurito, TGO 1541, TGP 1088, FAL 208, GGT 52, BT: 14,28, BD: 6,24, BI 8.4. A los 30 días disminución franca de su ictericia, no hay prurito. BT: 4.24, BD: 1.82, BI: TGO 295, TGP 582, FAL 120, GGT 32. Se disminuye progresivamente dosis de corticoesteroides, mejorando completamente su cuadro al día 105. Con Hepatograma y Bilirrubinas normales, se realiza control a los tres meses permeaneciendo asintomática.
Conclusiones: Frente a una mujer joven con ictericia nos podríamos plantear varios diagnósticos diferenciales en especial un cuadro obstructivo o incluso una asociación autoinmunológica. En nuestro caso el cuadro colestasico fue severo, con resolución satisfactoria luego del ciclo de corticoides.

CC-P-040

ASCITIS, ABSCESO ESPLÉNICO Y PIELONEFRITIS COMO MANIFESTACIONES DE TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR. UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Albán, R.W. (1); Barzallo, J. (2); Quizphe, C. (3)
(1) Servicio de Gastroenterología del Hospital Teófilo Dávila. Machala-Ecuador. (2) Servicio Medicina Interna del Hospital Teófilo Dávila de Machala. (3) Servicio de Imagenología Intervencionista del Hospital Teófilo Dávila de Machala

Introducción: La tuberculosis (TB) constituye un problema de salud pública en el mundo. La tuberculosis peritoneal ocurre en 1% a 3% de los casos de tuberculosis y representa la sexta causa más frecuente de las formas extrapulmonares de la misma. Los abscesos esplénicos tuberculosos son raros y ocurre de forma secundaria a la tuberculosis miliar. La presentación clínica es diversa, haciendo que el diagnóstico de la enfermedad sea muy difícil en algunas ocasiones. El principal síntoma de la enfermedad es el dolor abdominal, y el tratamiento es el mismo que para la TB pulmonar, con muy pocos casos que necesiten intervenciones quirúrgicas.
Caso clínico: Pte de 55 años, con Diabetes Mellitus Tipo 2 desde hace 23 años, Infección de vías urinarias a repetición desde hace 4meses asociado a dolor abdominal en flanco, hipocondrio izquierdo, y flanco derecho de intensidad 2/10. Hace 2 meses comienza a presentar alza térmica no cuantificada, diaforesis nocturna, pérdida de peso 5kg aproximadamente. Tres días antes de su ingreso presenta el dolor abdominal en hipocondrio, flanco izquierdo y flanco derecho intensidad 9/10, astenia.
Examen Físico: Mucosas orales secas. Piel seca. Tórax s/p, Abdomen: blando depresible doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho masa palpable con gran esplenomegalia. Ascitis con matidez en media luna, RHA ++/++. Geniturinario: puntos ureterales positivos superiores y medios, Puño percusión positiva bilateral. Dentro del Plan Diagnostico se realizó punción guiada por TAC para drenaje de absceso de bazo, además paracentesis.
Ex. Complementarios: Lctos: 40.950, Neut 92 %, Plaq 364.000. Glucosa: 130, Urea 120, Creatinina 3.38 mg/dl. EMO: Piocitos: aspecto turbio densidad 1.015. campo lleno, hematíes 6-8 x campo, cilindros granulosos ++, bacterias +++ nitritos +. Uro cultivo: Echericha coli, Cultivo Liquido Purulento de Bazo: Kleibsiella spp, Liquido Ascitico: turbio, recuento celular 2.046mm3, Neut. 99%, Linf. 1%. Prot. 4,48 mg/dl, LDH 2823 U/L, amilasa 26 U/L, glucosa: 33mg/dl, ADA + (52,2 U/L) Citológico: negativo. GASA (< 1.1) Albumina Suero 2.59, Abumina Liquido: 2.45 < 1.1, Eco: Hígado forma y tamaño normal, Liquido ascítico tabicado cantidad aproximada 3000ml. Bazo: imagen hiperecogènica encapsulada avascular que mide 8.13 x 7.64 x 9.11mm con volumen de 297 cc. TAC Abdominal: Bazo heterogeno con área hipodensa de 16.2cm riñon derecho heterogéneo disminuido de tamaño, Líquido ascítico loculado a lo largo de goteras parietocolicas. Lesiones nodulares peritoneales dispersas en grasa mesentérica. Formaciones ganglionares subcentrimetricas en retroperitoneo y region inguinal. Se inicia tratamiento con antibióticos de amplio espectro y se asocia a terapia antuberculosa presentando mejoría de su cuadro dentro de los 15 días de hospitalización.
Conclusiones: La importancia del presente caso clínico radica en la forma de presentación conociendo que la tuberculosis peritoneal corresponde del 1 al 3% de los casos de tuberculosis. Teniendo una fuerte sospecha clínica y el correcto empleo de métodos diagnósticos como el estudio de líquido ascítico ya que suele orientar al diagnóstico, con un gradiente albúmina del suero/LA menor a 1.1 g/dL.. La adenosindesaminasa (ADA) se encuentra aumentada en el líquido de ascitis de origen tuberculoso, el cual se ha propuesto como un marcador útil. Es importante mantener la terapia antituberculosa por el lapso de 9 meses a 1 año.

CC-P-042

MANIFESTACIONES HEPÁTICAS DEL LUPUS

Cortez Torres, E.; Covernton, J.; Cuneo, M.; Samaniego, F.; Liberti, R.; Gamba, A.; D´Ottavio, G.; Carnevale, G.; Fernández, C.; Maccagni, C.; Levin, A.; Pratto, D.
Hospital "Clemente Álvarez" Rosario. Santa Fe. Argentina

Introducción: El lupus es una enfermedad multifactorial, que puede abarcar desde un polo cutáneo a un polo sistémico, afectando el sistema digestivo en muchos enfermos. Con respecto a las manifestaciones en hígado, se han descripto elevación de enzimas hepáticas en un 15 a un 55 % de los pacientes, siendo la forma subclínica la presentación en un 25 a un 50 % de los mismos. Se han nombrado como probables explicaciones de estas alteraciones, a la existencia de algún tipo de lesión hepática (hepatitis lupica), coexistencia de un síndrome de superposición o asociación del LES con hepatopatía no inmune.
Objetivo: presentar un caso de una paciente con una hepatopatía relacionada al LES.
Paciente: mujer de 37 años, con antecedentes de lupus de reciente diagnostico, sin tratamiento actual , que se encontraba en estudio además por un cuadro de temblores finos en ambos MMSS e inestabilidad de la marcha, presentado al examen físico además ,mioclonias faciales. En el laboratorio se constata una bicitopenia (HTO 30 Hb 9.6 PLQ 39.000) y hepatograma alterado (TGO 417 TGP 166 LDH 665 BT 1.1 FAL 1949 GGT 1223 TP 8 KPTT 30. Virus Hepatitis B/C, HIV/EB: negativos. Ceruloplasmina y cobre en orina y sangre: sin alteraciones, Fan 1/5120, ENA 115, ANTI DNA 1/640, Complemento disminuido. Inmunológico hepático: Anti- musculo liso, Anti- mitocondriales, AMA M2, SP100, LKM1, GP120, SLA: No reactivos.RMN abdomen: hepatomegalia leve.
Resultados: El cuadro se interpreto como hepatitis lupica por no encontrar otra causa que justifique dicha alteración. Se decidió por dichas alteraciones neurológicas realizar pulsos de metilprednisolona, observándose una mejoría franca del laboratorio hepático.
Conclusiones: Las alteraciones hepáticas son muy comunes en el LES , especialmente si se evalúa desde el punto de vista bioquímico, es generalmente asintomática y frecuentemente asociada a esteatosis y hepatotoxicidad asociada a drogas, por si misma no se asocia a una enfermedad agresiva del hígado. Presentamos el caso clínico porque consideramos que las alteraciones hepáticas se debieron a una hepatitis lupica propiamente dicha.

CC-P-043

LACERACIÓN ESOFÁGICA AGUDA

Cedeño Vizuete, G. (1); Tévez, S. (1); Valentini, J. (1); García, A. (1); Garbe, C. (2); Bosco, A. (2)
Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. (1) Servicio de Gastroenterología. (2) Servicio de Endoscopía

Introducción: La laceración esofágica aguda puede ser generada por impactación del bolo alimenticio o cuerpo extraño entre las causas más frecuentes. Se presenta habitualmente en pacientes con trastornos psiquiátricos, retraso madurativo, niños, gerontes y en rara ocasión en individuos sanos. La tasa de intervención endoscópica es del 63%-76%, mientras que la quirúrgica varía del 12% al 16%.
Objetivos: Evaluar la causa probable de lesión y en base a ello decidir no sólo la actitud terapéutica sino también un óptimo seguimiento médico y ofrecer medidas preventivas.
Caso Clínico: Mujer de 65 años, con dolor retro-esternal agudo con irradiación a dorso, post-ingesta de infusión caliente. Descartándose patología coronaria aguda y evoluciona a las 24 horas con disfagia esofágica a sólidos y líquidos. Laboratorio: Hcto: 33% Hb: 10 mg/dl CPK 107 TnT: 0,03 HIV (-) Chagas (+) Rx de Tórax: no neumomediastino. TAC c/cte (1/03/15): esófago dilatado 1/3 medio, imagen nodular en su tercio distal (37x25 mm) que se proyecta a la luz y se extiende hasta la región subcarinal. Discreta desviación del mediastino hacia la derecha. VEDA (3/03/15): desde los 20 cm ADS y hasta el cambio mucoso, laceración extensa y profundad. Observándose en varias zonas la capa muscular y sangrado en napa. No se observa alimento intraluminal. Se interpreta el cuadro como laceración esofágica aguda de etiología a determinar. Se instaura tratamiento con hidratación parenteral, omeprazol EV, sucrafalto y restricción dietaria. Previa al egreso se realiza VEDA (10/03/15): a 22 cm ADS gran úlcera longitudinal con fondo de fibrina de 20 mm de ancho que se extiende hasta esófago inferior con bordes regulares. A nivel precardial presenta úlcera profunda longitudinal con bordes sobreelevados y congestivos. No material hemático. Diag: úlceras profundas longitudinales esofágicas. Anatomía patológica: esofagitis crónica folicular con reacción inflamatoria.
Conclusiones: La lesión esofágica intramural es la lesión traumática menos frecuente, caracterizada por laceración profunda que se extiende hasta la capa muscular sin comprometerla, de gran longitud y proximal a la unión esófago-gástrica en el 20-30% de los casos. Los mecanismos desencadenantes pueden ser: vómitos, tos, aumento abrupto de la presión intra-abdominal y en menor frecuencia coagulopatías, instrumentación endoscópica, cuerpo extraño o bien idiopático. La presentación clínica más frecuente es el dolor centro-toráxico que puede ser muy intenso, obliga a descartar patología cardíaca y grandes vasos toráxicos. Otros síntomas menos frecuentes son la disfagia y la hematemesis. En estos pacientes es fundamental descartar una posible perforación con el fin de determinar la necesidad de una intervención quirúrgica precoz.

CC-P-045

PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO HEPÁTICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Calvi, N.; Martín Quirán, M.; Paredes Pitta, M.; Zeytuntsian, N.; Kirschbaum, F.; Romero, G.; Vasen, W.; Rizzolo, M.
Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo". Buenos Aires. Argentina

Introducción: El Pseudotumor Inflamatorio Hepático (PTH) es una lesión infrecuente que puede simular procesos malignos y/o abscesos (AH). En la histología muestra infiltrado inflamatorio mixto con histiocitos espumosos y bandas de tejido conectivo fibroso.
Objetivo: Presentación de un caso.
Materiales y Métodos: Varón de 51 años con antecedentes de HTA, tabaquista, internaciones por AH con requerimiento de antibioticoterapia, drenaje percutáneo (DP) y síndrome de BuddChiari subagudo en tratamiento con enoxaparina. Reingresa por fiebre y dolor abdominal. Laboratorio: leucocitosis, coagulopatía y colestasis. Serologías virales y marcadores tumorales negativos.
Ecografía abdominal: formación sólido líquida en segmento IVa que mide 95 x 65 mm. Se inicia
antibioticoterapia y DP.
Tc: Lóbulo izquierdo hepático colección multitabicada en segmento II de +/- 77 mm. Drenaje en colección de +/- 64 mm, en segmento IVa. Pequeñas dilataciones segmentarias de la vía biliar intrahepática en lóbulo derecho, adenopatía pericelíaca. Requiriendo DP de colección no drenada.
RMN: segmento II imagen compatible con absceso de 22x42 mm, imágenes similares a nivel subcapsular superior del segmento II y en la profundidad del segmento IVa, de 15 y 16 mm respectivamente.
CRMN: áreas segmentarias con reducción del calibre en sector proximal de los conductos hepáticos izquierdo y derecho. En tercio distal de colédoco reducción del calibre irregular, sin defectos de relleno endoluminales. Wirsung s/p. VEDA: esofagitis grado A. VCC: ostium diverticulares, mucosa normal. Inicia Imipenem por aislamiento de E. coli BLEE. Ante la persistencia del cuadro y sospecha de neoplasia de vía biliar, se decide cirugía.
Resultados: Parte Quirúrgico: Vía biliar expedita, sin estenosis. Resección en segmento II de nódulo de 4-5 cm. Anatomía patológica: infiltrado inflamatorio patrón granulomatoide y difuso, formado por linfocitos, plasmocitos e histiocitos. Proliferación de células elongadas con amplios citoplasmas eosinófilos que se entrecruzan azarosamente. IHQ: CD68 reactivo. AML reactivo, desmina reactivo focal. CD117, CD34, ALK no reactivo. Tumor fibroblástico inflamatorio.
Discusión: El diagnóstico de PTH resulta dificultoso por la presencia de síntomas e imágenes inespecíficos, llevando a la interpretación errónea de patología neoplásica y/o abscesos. El diagnóstico es histológico y su tratamiento es controvertido ya que autores reportan casos con regresión espontánea, tratamiento antibiótico y/o esteroide; siendo la resección quirúrgica reservada para pacientes que no responden a la terapia médica y/o duda diagnóstica.

CC-P-044

CAVERNOMATOSIS PORTAL EN MUJER JOVEN

Covernton, J.; Cortez Torres, E.; Fernández, C.; Carnevale, G.; Liberti, R.; D´Ottavio, G.; Cuneo, M.; Samaniego, F.; Guerrina, C.; Gamba, A.; Huanambal, P.; Maccagni, C.; Pratto, D.; Levin, A.
Servicio de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (H.E.C.A.), Rosario. Santa Fe. Argentina

La cavernomatosis portal es una patología poco frecuente causada por la trombosis de la vena porta. Es la principal causa de hipertensión portal en pediatría. La causa muchas veces no se identifica, pudiendo reconocerse factores predisponentes, entre los cuales los más frecuentes son el cateterismo de la vena umbilical y la onfalitis, y en adultos es imprescindible descartar síndromes protrombóticos. Se manifiesta a través de sus complicaciones: hemorragia digestiva alta por várices esofágicas y esplenomegalia. El diagnóstico se confirma con ecografía abdominal con Doppler. La terapéutica incluye el tratamiento médico-endoscópico de las várices esofágicas y la derivación quirúrgica porto-sistémica resuelve la obstrucción portal.
Mujer de 29 años, con nacimiento pre término y canalización de la vena umbilical, esplenectomizada por un diagnóstico probable de púrpura trombocitopénica idiopática a los 20 años, que ingresó por hematemesis e inestabilidad hemodinámica.
LAB: Hcto 12/Hb 2/Plaq 174.000/TGO 21/Bilirrubina suero anictérico/FAL 171/GGT 51/TP 9/KPTT 29/Colinesterasa 6293.
VEDA: Várices esofágicas grado II-III en tercio inferior, extendiéndose hasta unión esófago-gástrica, con sangrado activo, se inyecta Polidocanol en la unión. Várices gástricas tipo GOV I y II, coágulo de gran tamaño en cuerpo.
Se internó en UTI, inició goteo de Octreótide, se transfundieron múltiples unidades de glóbulos rojos, completó tratamiento con Octreótide SC. Pasó a sala general con Propranolol VO, se constata trombosis de vena gemelar, inició anticoagulación con Fraxiparine SC.
Serologías: HIV/HBsAg/HCV (-). Lab inmunológico: FAN, AMA, AML (-). Lab de trombofilia: Proteína C y S, JAK 2, Factor V de Leiden, Inhibidor lúpico, Ac anticardiolipinas, Ac anti B2 glicoproteína 1(-).
Doppler de eje espleno-portal: Vena Porta: trombosis parcial en proximidad de la bifurcación. Vena esplénica: no visualizada. Resto normal.
RMI de abdomen con gadolinio + Esplenoporto RMI: Dilatación de la V. Porta principal, de aspecto flexuoso, a nivel distal Vena Mesentérica y la región distal de la Vena Porta reemplazadas por la presencia de ovillos vasculares (cavernomatosis) que rodean a la cabeza pancreática. Ovillos vasculares en techo gástrico, unión esófago-gástrica y esófago distal. A nivel del hilio hepático compresión extrínseca de la vía biliar, con dilatación de la vía biliar intrahepática. Biliopatía portal. Resuelve la TVP. Se programa VEDA ambulatoria donde se realiza ligadura endoscópica con 6 bandas. Continuó con Propranolol 80 mg/día.
Presentamos este caso por la baja frecuencia de dicha patología, por la edad tardía de presentación de síntomas y porque a pesar de la canalización de la vena umbilical como causa principal de la trombosis portal, no está descartada totalmente la posibilidad de que esta paciente presente además un síndrome protrombótico a pesar de que los laboratorios hematológicos sean negativos.

CC-P-046

COLITIS SEGMENTARIA ASOCIADA A ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Zeytuntsian, N.; Echague, F.; Rodríguez, G.; Narváez, A.; Kirschbaum, F.; Fiorentino, R.; Vázquez, H.

Introducción: la colitis segmentaria asociada a enfermedad diverticular es una entidad poco frecuente que predomina en el sexo masculino en pacientes mayores de 50 años. La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), la colitis isquémica (CI) y la patología neoplásica son sus principales diagnósticos diferenciales clínico-endoscópicos. OBJETIVO: presentación de un caso de una entidad poco frecuente que amerita diagnósticos diferenciales con entidades más prevalentes. Caso Clínico: paciente de 57 años con antecedentes de hipertensión arterial, tabaquista, enfermedad diverticular de colon, que ingresa por cuadro de suboclusión intestinal agudo y pérdida de peso (<10 % PCT). Laboratorio: Hto: 33%; Hb: 10 gr%; VCM 79 fl; Albúmina 2,7 gr% y marcadores tumorales negativos (CEA y CA 19-9). Exámenes complementarios: Tomografía Computada Helicoidal I: marcado engrosamiento irregular parietal que involucra colon sigmoides, con lesiones diverticulares y acentuados cambios inflamatorios en el tejido graso paracólico, estos cambios se extienden hasta la región recto-sigmoidea; adenopatías en espacio paracólico. Tomografía Computada Helicoidal II: engrosamiento parietal de colon sigmoides, con aumento de la atenuación del meso-sigma y adenopatías regionales. VCC: a los 25 cm del margen anal estenosis infranqueable, puntiforme. Desde el ángulo recto-sigmoideo y hasta el nivel alcanzado se observan parches mucosos congestivos, con sufusiones hemáticas subepiteliales, algunos elevados que configuran un patrón pseudotumoral, con compromiso segmentario y asimétrico. Impresión diagnostica: colitis segmentaria isquémica vs enfermedad inflamatoria intestinal. Anatomía Patológica: borde y fondo de úlcera. Por persistir con el cuadro suboclusivo, se decide conducta quirúrgica.
Resultados: parte quirúrgico: liquido libre en cavidad. Tumor de recto sigma de 7 x 15 cm que compromete la trompa de Falopio y el ovario izquierdo y ambos uréteres. Se realizó la resección en block del tumor que involucraba los órganos mencionados y 41 ganglios linfáticos. Anatomía patológica: biopsia por congelación y líquido libre en cavidad negativo para células neoplásicas. Pieza colónica: enfermedad diverticular con diverticulitis y peridiverticulitis. Ganglios linfáticos: hiperplasia folicular múltiple. DISCUSIÓN: la colitis segmentaria asociada a enfermedad diverticular es una enfermedad inflamatoria colónica no granulomatosa localizada en colon sigmoides y asociada con enfermedad diverticular colónica. Presenta múltiples diagnósticos diferenciales, entre ellos la colitis ulcerosa, la colitis isquémica o la patología neoplásica. La mayoría de los casos responde al tratamiento médico con antibióticos y/o mesalazina, aunque pocos casos son refractarios, con requerimiento de tratamiento quirúrgico.

CC-P-047

PRESENTACIÓN NO HABITUAL DE TUMOR ABDOMINAL PALPABLE (GIST): A PROPÓSITO DE UN CASO

Alonso, A.S. (1); Lombardo, C.D. (1); Cosentino, H.E. (1); Magnoni, M. (2); Torres Paz, P. (3); Palazzo, F. H. (4); Palazzo, F. (5)
(1) Servicio de Gastroenterología Hospital Angel C Padilla, San Miguel de Tucumán. Argentina; (2) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Angel C Padilla. San Miguel de Tucumán. Argentina; (3) Servicio de Cirugía, Hospital Angel C. Padilla. San Miguel de Tucumán. Argentina; (4) Instituto de Gastroenterología. San Miguel de Tucumán. (5) Servicio de Oncología, Hospital Angel C. Padilla. San Miguel de Tucumán. Argentina

Introducción: Los GIST representan el 2% de las neoplasias gastrointestinales. Tienen características inmunohistoquímica y genéticas distintivas. Se originan de las células intersticiales de Cajal, las cuales expresan CD117, un receptor transmembrana de tirosin kinasa producto del c-kit protooncogen. La patogénesis de estos tumores está relacionada con mutaciones en el gen c-Kit. Más del 95 % de los tumores expresan esta mutación y es lo que permite distinguir histológicamente los GIST de otros tumores mesenquimales. Los síntomas suelen aparecer en la fase avanzada de la enfermedad, siendo el más frecuente el dolor o las molestias abdominales. También lo son la presencia de masa palpable abdominal, el sangrado del tracto digestivo o la oclusión de este. En primer lugar hay que detectar una tumoración en los tejidos gastrointestinales. Para ello se utilizan diversas técnicas de diagnóstico por imagen, que permiten la visión directa del tumor y la realización de la biopsia. El pronóstico de la enfermedad también es importante para decidir qué tratamiento es más adecuado La resección quirúrgica sigue siendo el tratamiento de elección. Presentamos el caso de una paciente que consulta por tumoración palpable, cuyo diagnóstico por biopsia fue GIST.
Caso Clínico: Mujer de 69 años con antecedentes de apendicetomía a los 17 años, colecistectomía a los 37 años, que consulta por sensación de pesadez y masa palpable en hipocondrio y flanco izquierdo. Lab: anemia ferropénica, VSG: 58, función renal, hepatograma y coagulograma normal. Eco abd: ocupando hipocondrio izquierdo imagen nodular sólida ecogénica con áreas anecoicas en su interior de 131mm long x 119 transv. VEDA: compresión extrínseca de la curvatura mayor de estómago con mucosa intacta .TAC: En relación con la curvatura mayor del estómago masa lesional polilobulada hipervascularizada c/áreas de necrosis que comprime extrínsecamente la luz del estómago de características inespecíficas. Se realiza cirugía, en la cual de reseca lesión tumoral abdominal de 15 cm, junto a porción de curvatura mayor gástrica con márgenes de seguridad y pseudocápsula intacta. Biopsia: tumor mesenquimal con patrón sólido. Inmunohistoquímica: tumor del mesenterio correspondiente a GIST CD117 POSITIVO. Actualmente se encuentra en tratamiento con Imatinib y seguimiento por oncología.
Conclusión: Los GIST son tumores poco frecuentes. Las nuevas técnicas de imágenes y la Inmunohistoquímica han mejorado su diagnóstico. Su tratamiento es la resección quirúrgica completa con márgenes de seguridad adecuados. Los GIST poseen una alta incidencia loco-regional. El Imatinib Mesilato, que ha demostrado su utilidad en enfermedad metastásica, posee un gran potencial terapéutico como tratamiento asociado a la cirugía para disminuir riesgo de recidiva.

CC-P-048

RABDOMIÓLISIS HIPOPOTASÉMICA COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA INFRECUENTE EN UN ADULTO CON ENFERMEDAD CELÍACA NO ADHERENTE A LA DIETA LIBRE DE GLUTEN

Díaz, A.B. (1); Falco, E. (1); Bertero, M. (2); Zárate, F. (1)
(1) Servicios de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. (2) Anatomía Patológica Hospital Córdoba. Argentina

Introducción: La hipopotasemia severa (< 2 mEq/L), es una causa rara aunque reconocida rabdomiólisis (RM). En la bibliografía disponible hasta la fecha se describen 7 casos publicados como forma de presentación debut de enfermedad celíaca (EC), como consecuencia de un síndrome diarreico prolongado que ocasiona déficits hidroelectrolíticos severos.
Objetivo: Presentar un paciente con RM secundaria a hipopotasemia severa debido al incumplimiento de la dieta libre de gluten (DLG) en el contexto de una EC.
Caso Clínico: Hombre de 30 años con antecedentes de Enfermedad Celíaca diagnosticada 10 años previos, consulta por guardia de nuestro hospital por presentar debilidad muscular generalizada de carácter progresivo de aproximadamente 15 días de evolución. Manifiesta síndrome diarreico y pérdida de 10 kg. en el mismo tiempo evolutivo relacionado a transgresión alimentaria a DLG.
Examen físico: Hemodinámicamente estable, afebril, con signos de deshidratación leve a moderada. Desnutrición severa: IMC:16. Abdomen excavado, plano, depresible, no doloroso a la palpación. RHA conservados. La evaluación neuromuscular mostro hipotonía generalizada, paresia de 4 miembros, sin fasciculaciones. Reflejos osteotendinosos presentes. Laboratorio al ingreso: Anemia ferropénica. Tiempo de protrombina: 48%.Medio interno: Acidosis metabólica con Anion Gap elevado. Ionograma plasmático (mEq/L): Na+:135 K+:1,2 Cl-:94. Ionograma urinario (mEq/L): Na+: 20 K+: 3 Cl-: 32. Mioglobinuria: negativa. CPK: 1382(U/l). Función renal normal. Resto de laboratorio dentro de parámetros normales.
Serología para EC: Ac. Antitransglutaminasa tisular >100U/l; Ac. antiendomisio (+) IgA 168mg/dl. Perfil tiroideo normal. Serología viral: VHB; VHC; VIH: Negativa. ECG: QT prolongado. Ondas T aplanadas.
VEDA: Gastropatía congestiva y erosiva. Mucosa de bulbo de aspecto granular; segunda porción con pliegues levemente distanciados y aspecto granular. Anatomía patológica: Marsh 3c. Durante la internación se sometió al paciente a DLG estricta, soporte nutricional parenteral, reposición de potasio endovenoso, mostrando una respuesta clínica y analítica favorable.
Discusión: El vínculo patogénico entre la hipopotasemia y la RM no está totalmente aclarado. Existen varias hipótesis al respecto, una de ellas es que el déficit de dicho ion genera un daño funcional de la membrana del miocito, determinando una salida de enzimas musculares al espacio extracelular sin que exista necrosis. Se reconoce al potasio como vasodilatador frente al ejercicio por lo tanto su disminución impediría esta hiperemia fisiológica frente al esfuerzo dando lugar a isquemia como mecanismo de daño muscular. Si bien la hipopotasemia se encuentra entre las posibles causas de RM es una etiología infrecuentemente reportada, más aún en el contexto de EC.

CC-P-049

DIFICULTAD TERAPÉUTICA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO REFRACTARIO

Brignone, N.; Alonso, A.S.; Di Bartolo, L.; Zárate, F.; Leiría, F.; Falco, E.
Servicio de Gastroenterología. Hospital Córdoba. Argentina

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se produce por un desequilibrio entre factores defensivos esofágicos y agresivos. Es una entidad clínica que afecta al 11.9% de la población argentina. La ERGE Refractario condición en la cual los síntomas no responden a Inhibidores de la Bomba de protones (IBP) durante un período de al menos 12 semanas, tiene una prevalencia 10-40% y constituye un desafío terapéutico.
Objetivo: Plantear las dificultades terapéuticas en un paciente con ERGE refractario.
Caso Clínico: Paciente de sexo masculino de 46 años, con antecedente de depresión en tratamiento, pirosis y regurgitación de 7 meses de evolución que cede parcialmente con ansiolíticos. Pérdida de 7 kg en un año, por dieta estricta. Examen físico y análisis de laboratorio normal. Refiere haber realizado tratamientos con diferentes IBP a dosis simple, citalopram, complejo Vit B y clonazepam. En la primera consulta gastroenterológica se indica lansoprazol doble dosis, clebopride / bromazepan asociado a citalopram y medidas higiénico dietéticas. Se controla al mes, sin respuesta al tratamiento. Tránsito Esofagogastroduodenal, Ecografía Abdominal, Video Endoscopía Digestiva Alta con toma de biopsia esofágica y pH Impedanciometría, dentro de parámetros normales. Manometría esofágica con hipo contractilidad del cuerpo esofágico en su totalidad valorado por servicio de reumatología que descarta colagenopatías. Se diagnostica pirosis funcional, agrega magaldrato, rota citalopram a sertalina persistiendo sintomático. Actualmente con lansoprazol, domperidona, clonazepam, fluoxetina y psicoterapia con buena respuesta clínica.
Conclusión: La refractariedad de la enfermedad por reflujo gastroesofágico puede corresponder a la persistencia de reflujo ácido debido a falla terapéutica, supresión ácida insuficiente, presencia de reflujo no ácido o débilmente ácido, u otras etiologías como esofagitis eosinofílica, acalasia, espasmo esofágico difuso, pirosis funcional y enfermedad cardíaca coronaria. Según los criterios de Roma III, el caso corresponde a una pirosis funcional, enfermedad cuyos mecanismos responsables continúan siendo poco conocidos, y aún no está claro porque se desarrolla sólo en algunos pacientes. La hipersensibilidad esofágica puede desempeñar un papel importante en estos pacientes. Factores tales como la privación del sueño, el estrés, la ansiedad y otros trastornos psicológicos, deberían ser tenidos en cuenta. El tratamiento debe basarse principalmente en la modulación del dolor con el fin de alterar su percepción. Para esto se dispone de diferentes tipos de antidepresivos. Otras opciones terapéuticas incluyen citoprotectores, intervención psicológica y técnicas de medicina alternativa.

CC-P-050

PANCREATITIS AGUDA POR HIPERTRIGLICERIDEMIA

Carraro, M.C.; Agüero, M.F.; Tévez, A.; Pérez, A.; Lencinas, S.; Palacios, S.; Goncalves, S.; Ortíz, M.
Hospital De Gastroenterología B. Udaondo. Buenos Aires. Argentina

Introducción: La hipertrigliceridemia es la tercera causa de pancreatitis aguda luego de la litiasis vesicular y el alcohol. La diabetes no controlada, el alcoholismo, el consumo de drogas y la historia familiar de hipertrigliceridemia deben sugerir el diagnóstico de pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia.
Objetivo: presentación de un caso de pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia con valores inusuales de triglicéridos.
Caso clínico: Paciente masculino, 46 años.
Antecedentes personales: tabaquista, consumo de alcohol (450 gr/día) y drogas ilícitas (activo).
Motivo de consulta: dolor abdominal y vómitos de 12 hs de evolución, luego de transgresión alimentaria (alcohol + grasas) y abuso de drogas.
Examen fisico: Hemodinamicamente estable. Regular estado general. Abdomen globoso, tenso, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio con defensa sin reaccion peritoneal. Lucido. Resto sin particularidades.
Laboratorio: (suero de aspecto lechoso)
Hto 45 hb 16.8 gb 12000 plq 119000 glu 157 u 23
Cr 0.55 na 123 k 4 ldh 215 alb 3 ca 8.2 amilasa 340 tgo 116 tgp 88 fal 81 bt 2.17 tg 12950.
Exámenes complementarios:
Radiografía de tórax: sin particularidades.
Ecografía abdominal: Vesícula de paredes finas, alitiasica. Páncreas edematoso.
Tac abdomen y pelvis: páncreas aumentado de tamaño heterogéneo con áreas liquidas y afectación de la grasa peripancreatica. Ausencia de líquido libre en cavidad.
Evolución: Se decide su pase a uti e inicia tratamiento con infusión endovenosa continua de insulina y heparina subcutánea.
Presenta buena evolución clínica con descenso progresivo del valor de triglicéridos.
Conclusión: La pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia representa menos del 10% de los casos de pancreatitis aguda. Las formas de presentación muy severas (tg > 1000 mg/dl) tienen alta mortalidad por lo tanto; el diagnostico precoz y el inicio del tratamiento oportuno son fundamentales para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

CC-P-051

ENTEROCOLITIS NEUTROPENICA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Tatian, F.; Berchan Torres, G.; Amé, C.; Cerdas, N.
Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva Hospital Córdoba, Córdoba. Argentina

Introducción: La enterocolitis neutropénica (EN), tiflitis o síndrome ileocecal es una entidad poco frecuente, potencialmente letal, con mayor incidencia en pacientes con neutropenia por la administración de quimioterapia, de mayor frecuencia en niños que adultos. Por lo general afecta al íleon y/o al ciego, y puede provocar perforación intestinal. La EN fue descripta en leucemias tratadas con citosina-arabinosido, en tumores sólidos tratados con quimioterapia combinada, transplante de órganos y SIDA, entre otras. La etiología es multifactorial, polimicrobiana e incluye lesión de la mucosa colónica por fármacos quimioterápicos, neutropenia, isquemia mucosa, estasis de contenido intestinal e infiltrado anómalo linfoproliferativo, desarrollo de ulceración y necrosis, dilatación y eventual perforación final.
Objetivos: Contemplar la EN en el diagnóstico diferencial de colitis en inmunodeprimidos debido a su alta mortalidad.
Caso clínico: Paciente de 45 años con diagnóstico de leucemia mieloide aguda secundario a síndrome mielodisplásico que recibió tratamiento con citarabina/ idarrubicina, a los 5 días comienza con fiebre y dolor abdominal tipo cólico a predominio de hemiabdomen derecho. Pasado dos días comienza con diarrea líquida entre 4 a 6 deposiciones diarias, enterorragia, que se autolimita en 72 hs. Presenta luego catarsis negativa con distensión abdominal, disminución de RHA y reacción peritoneal que motiva a realizar una TAC abdominal que informa dilatación de asas intestinales y engrosamiento mural de ciego. Sin evidencias de perforación y descartada otras causas de colitis, el paciente recibe tratamiento médico de soporte y antibioticoterapia de amplio espectro, observándose mejoría digestiva en el transcurso de 48 hs.
Laboratorio: GB 1690, Neutrófilos 8%, GR 2.41, Hb 6.7, HTo 21, PLT 20.000. Toxinas para clostridium A, B (-), CMV (-), HIV (-), Coproparasitológico (-), Coprocultivo (+) para Klebsiella pneumoniae, Hemocultivos (-).
Conclusión: La EN es una complicación poco frecuente, pero con alta mortalidad, que se presenta en pacientes sometidos a tratamiento con dosis altas de quimioterapia; en estos pacientes que desarrollan neutropenia se debe considerar la posibilidad diagnóstica en caso de que presenten dolor abdominal y fiebre, seguido del estudio de medición del grosor de la pared intestinal (con criterio mayor de 4 mm) por tomografía o ecografía abdominal. La reposición de líquido, reposo intestinal y antibiótico de amplio espectro son la base del tratamiento en la forma no complicada, reservándose el manejo quirúrgico en caso de perforación intestinal.

CC-P-052

LESIÓN DE DIEULAFOY VERSUS SANGRADO TARDÍO POST POLIPECTOMIA

Bourdignon, A.; Gacitúa, D.; Barril, S.; Chiappero, A.; Espiñeira, S.; Lamot, J.; Radovanovich, F.; Reyna, M.; Gorbarán, M.; Alarcón, G.; Esteves, S.
Cátedra de Pediatría de la Universidad Nacional del Comahue. Servicio de Gastroenterología Funsal-Cemic. Neuquén. Argentina

Introducción: La lesión de Dieulafoy es una malformación vascular del tubo digestivo, que se presenta habitualmente en el estomago, particularmente a nivel de la unión esofagogastrica. También puede existir, aunque de forma excepcional, en otras localizaciones como el tracto respiratorio. Se trata de una arteria que discurre muy próxima a la mucosa y que presenta un calibre entre 10 y 30 veces mayor de lo habitual. Se cree que está presente desde el momento del nacimiento. Se manifiesta en forma de hemorragia debido a la rotura de la arteria, pero se desconoce la causa de su ruptura. Se sabe que se produce una mínima erosión de la mucosa que la recubre, esta erosión podría aparecer por 3 motivos: atrofia de la mucosa, isquemia de esta o trombosis de la arteria. Es una causa poco frecuente de sangrado digestivo, representando el 1,5% de todos los casos. Es más común en ancianos, personas que padecen varias enfermedades y pacientes hospitalizados. Se diagnostica fundamentalmente por la endoscopia digestiva convencional, que permite visualizar el sangrado arterial (pulsátil) de la lesión de Dieulafoy y característicamente, no se apreciará ninguna úlcera ni lesión en forma de masa. Podrían ser de utilidad también la cápsula endoscopia, la enteroscopia, la ecoendoscopia, la angiografía convencional o asociada a la TC. La endoscopia digestiva se considera la técnica de elección para intentar parar la hemorragia, siendo efectiva en el 90% de los casos. Para conseguirlo, se pueden emplear métodos térmicos (corriente eléctrica o gas argón), de inyección (adrenalina) o mecánicos (bandas elásticas o clips). El riesgo de recidiva tras tratamiento endoscópico varía entre un 9 y un 40%. Tiene una mortalidad del 8%. Los pólipos juveniles, según su número, la presentación clínica y el curso de la enfermedad, han sido categorizados en 3 grupos: Pólipo Juvenil de la Infancia: Solitarios o hasta cinco pólipos. Poliposis Juvenil coli: Son múltiples y afectan solamente al colon. Poliposis Juvenil múltiple generalizada: Afecta a todo el tubo digestivo. Pólipo Juvenil de la Infancia: No son hereditarios y es la forma más habitual en niños entre los 2 y 6 años. Se presentan como proctorragia indolora, como materia fecal de característica normal y con sangre roja que la cubre. Es el más común de los tumores intestinales en niños (3% a 5%). Es pediculado y se lo encuentra en rectosigmoides, generalmente único. Sin embargo, en la mitad de los pacientes pueden encontrarse más de un pólipo hasta cinco. Los pólipos de localización cercana al orificio anal pueden prolapsarse. La colonoscopía debe realizarse hasta ciego si no existen impedimentos técnicos o dificultades en la progresión aunque esta localización es poco habitual. Está descripta la posibilidad de que se desarrollen en niños pólipos mixtos, juveniles y adenomatosos lo que obliga a la vigilancia del cáncer.
Caso Clínico: 20-09-12: Paciente de 3 años y 7 meses derivado de consultorio externo de pediatría hacia el consultorio de Gastroenterología Infantil por presentar deposiciones con sangre roja, fresca, sin dolor y con excelente estado general. Se constata proctorragia y no se observa lesión perianal que la justifique. Se programa colonoscopía.
25-09-2012: Se le realiza una nueva colonoscopía por continuar con sangrado, aunque el paciente crece bien y tiene un adecuado desarrollo neuromadurativo se prolongo la endoscopia debido a múltiples intercurrencias respiratorias. Se explora hasta ciego y se observa pólipo pediculado de 5 cms. En ángulo hepático que se reseca y extrae mediante asa de polipectomía. El informe AP describe un pólipo de retención.
17-01-2014: Luego de haber estado 1 año y 4 meses sin proctorragia comienza de forma súbita y repentina con proctorragia en todas las deposiciones, la sangre es roja y con la presencia de coágulos. Se interna y se realiza colonoscopía de urgencia progresando hasta ciego evidenciándose en proximidades al ángulo hepático lesión vascular con coagulo adherido y sangrado espontáneo. Se realizó tratamiento de la misma colocándose 2 clips cediendo el sangrado. Hasta la fecha no volvió a sangrar.
Conclusión: No esta descripto en pediatría un sangrado post-polipectomia luego de un año de realizada la misma y hay muy pocos casos descriptos de una Lesión de De Dieulafoy en región colónica en pediatría. Dada la similitud de los síntomas en ambas entidades no se ha podido arribar a un diagnostico de certeza que permita determinar cual de las dos lesiones produjo el segundo episodio.

CC-P-053

POLIPOSIS LINFOIDE MULTIPLE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LINFOMA FOLICULAR

Martínez, M.E. (1); Castillo, G. (1); Zárate, F. (1); Trakal, J.J. (2); Trakal, E. (2); Gorordo, C. (2);
Bella, S. (2); Armando, L. (2); Butti, A. (2); Sambuelli, R. (2)
(1) Servicios de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva. Oncología. (2) Anatomía Patológica. Hospital Córdoba; C.U Reina Fabiola. Córdoba. Argentina

Introducción: El linfoma no Hodgkin gastrointestinal (GI) primario es una patología infrecuente, el aparato digestivo es el sitio extra ganglionar más comúnmente afectado. El estómago y el intestino delgado ocupan el primer lugar, siendo la ubicación más inusual colon descendente, recto y sigmoides. La poliposis linfoide múltiple (PLM) es una forma distintiva poco común del linfoma GI primario que involucra a grandes regiones del tracto digestivo y se caracteriza por lesiones polipoides de tamaño variable. Predomina en el sexo masculino, alrededor de los 60 años.
Objetivo: Presentar un caso de PLM de localización infrecuente recto-sigmoidea y revisión de la literatura.
Caso Clínico: Mujer de 64 años, tabaquista, dislipémica tratada con atorvastatina. Consulta por dolor abdominal tipo cólico en marco colónico izquierdo de 1 año de evolución y alteración del hábito defecatorio en el último mes (heces acintadas, caprinas. Bristol II) Niega hematoquezia, pérdida de peso, fiebre o sudoración.
Laboratorio: SOMF + (test inmunológico). Hemograma, LDH y B-2 microglobulina normal.
VEDB: Mucosa normal desde ciego hasta colon sigmoides. Desde los 40 cm se observan múltiples lesiones polipoideas sésiles, de tamaño variable, algunas enrojecidas y erosionadas, intercaladas con áreas de mucosa normal. La mayor, de 15 mm, se extirpa con ansa de polipectomía. En recto, a los 10 cm, lesión sobreelevada con depresión central de 2 x 4 cm. VEDA: Gastropatía congestiva.
PET-TC: En unión recto-sigmoidea se observa engrosamiento colónico en TC, con intenso hipermetabolismo glucídico patológico. Ausencia de captación en el resto del cuerpo.
Se decide comenzar tratamiento con bendamustina-rituximab, con buena tolerancia al mismo. Los controles endoscópicos y tomográficos mostraron regresión significativa de todas las lesiones a los 6 meses, encontrándose en remisión en la actualidad.
Conclusión: La clínica de presentación es inespecífica. El diagnóstico requiere de una alta sospecha clínico-endoscópica. Se resalta la importancia de realizar estudios en pacientes mayores que se presentan con síntomas sugestivos de síndrome de intestino irritable. Es relevante poder diferenciar el tipo histológico de PLM para determinar el pronóstico y evaluar el tratamiento más adecuado. El hallazgo de lesiones polipoideas, nodulares mayores de 2 mm pueden estar asociadas a linfomas gastrointestinales, aunque puede presentarse macroscópicamente con mucosa normal e invasión microscópica. La supervivencia media aproximada es de 3 a 5 años. Bendamustina-Rituximab han demostrado menor toxicidad y mayor sobrevida frente a terapia convencional con CHOP-Rituximab.

CC-P-054

TROMBOSIS VENOSA PORTAL E INFARTO INTESTINAL: REPORTE DE UN CASO

Martínez, M.E.; Falco, E.; Di Bartolo, L.; Zárate, F.; Couto, J.H.; Alcoleas, S.
Servicios de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva; Cirugía general. Hospital Córdoba. Córdoba. Argentina

Introducción: La trombosis venosa portal (TVP) no asociada a cirrosis o neoplasias tiene una prevalencia inferior a 5 por cada 10.000 habitantes, considerándose una enfermedad rara según la Organización Mundial de la Salud. En hasta un 60% de los pacientes afectados se puede identificar un trastorno protrombótico sistémico subyacente, en más del 15% coexisten factores etiológicos múltiples y en un tercio de los casos la causa no llega a identificarse (TVP idiopática). Diferentes estudios indican que la TVP tiene un buen pronóstico, siendo la necrosis intestinal la complicación más temida con tasas de mortalidad de entre 20 y 50%.
Objetivo: Presentar un caso de TVP complicado con hemorragia digestiva e infarto intestinal en una paciente joven y revisión de la literatura.
Caso Clínico: Mujer de 38 años, tabaquista leve, con obesidad grado I, consumidora de anticonceptivos orales, consulta por presentar dolor abdominal de 7 días de evolución, de inicio subagudo y localización periumbilical, irradiado a dorso, postprandial, exacerbado en las últimas 24 hs, acompañado de intolerancia alimentaria, náuseas y vómitos.
Laboratorio: GB 13600 (Ns 84%) HB 15,1 HTO 43.3 VSG 30 FAL 95 LDH 329.
Ecografía Abdominal: Imagen ecogénica de 19 x 28 mm dentro de la luz del confluente espleno-mesentérico. Tomografía Abdominal c/cte: Trombosis del tercio proximal de la vena porta y asas intestinales con engrosamiento mural difuso. Hígado de forma y tamaño conservado. Posteriormente presenta 4 episodios de hematemesis. Se realiza Veda: Sangrado activo proveniente de segunda y tercera porción duodenal sin lesión evidente. Erosiones gástricas aisladas. Se decide exploración quirúrgica, encontrándose infarto intestinal desde los 10 cm del asa fija hasta 1 metro de la válvula ileocecal. Se realiza resección intestinal y entero-entero anastomosis termino-terminal quedando abdomen abierto y contenido. Se realiza “Second look” a las 48 hs sin objetivar isquemia. Cursa post quirúrgico en UTI durante 6 días, comienza tolerancia oral al 7° día y se otorga alta hospitalaria al 13° día con anticoagulación oral. Anatomía patológica: Infarto intestinal transmural. Se realizan estudios para trombofílias.
Conclusión: Los signos y síntomas de TVP varían ampliamente y el diagnóstico a menudo se realiza en forma tardía. El inicio de anticoagulación debe ser instaurado en estadios precoces. Las claves para un manejo eficiente de este síndrome se sustentan en tres principios: un elevado índice de sospecha clínica, una adecuada selección de las técnicas de imagen disponibles para el diagnóstico y un conocimiento de los factores que aumentan la eficacia de la cirugía cuando ésta está indicada.

CC-P-055

PSEUDOMIXOMA PERITONEAL

Raichholz, G.; Fernández, L.; Ramírez, E.; Salvatierra, E.; Jiménez, F.
Servicio de Gastroenterología. Hospital José María Cullen. Cuidad de Santa Fe

Caso clínico: Femenino de 27 años con dolor en hemiabdomen inferior y sensación de pesadez de 9 meses. Tacto vaginal: fondo de saco anterior formación móvil, sólida, de 10cm. Ecografía: por encima del útero, formación abdominopelviana heterogénea compleja de límites mal definidos de 60,5x42x23,8mm. Tomografía axial computada (TAC): ascitis, hígado de contornos irregulares. Endoscopia digestiva alta y baja: sin particularidades. Laboratorio: ca19,9: 460.3, Ca125: 54,80, CEA: 86,81. Laparotomía exploradora: múltiples implantes del tipo neoproliferativo a nivel parietocólico, epiplón, región subdiafragmática, cápsula hepática, vejiga y útero. Ovario izquierdo aumentado de tamaño. Líquido libre. Resultado anatomopatológico: compromiso peritoneal por neoplasia mucinosa de bajo grado. Inmunohistoquímica: origen apendicular. Citoqueratina +,CDX-2 +. Se deriva a centro de mayor complejidad para tratamiento.
Revisión bibliográfica: El pseudomixoma peritoneal (PMP) de una incidencia de 1-2 en un millón, se caracteriza por colecciones de material mucinoso en la superficie peritoneal de abdomen y pelvis de crecimiento progresivo y naturaleza neoplásica que se genera por la ruptura de un tumor primario mucinoso del apéndice. Esta última entidad representa entre 0,3-0,7% de la patología apendicular. Ovario y colon también se han descrito como posibles fuentes de PMP. Se presenta con dolor abdominal y distensión, ascitis u obstrucción intestinal. Afecta gravemente la calidad de vida con insuficiencia intestinal y desnutrición, formación de fístulas e infecciones, de ahí la mortalidad y morbilidad elevadas. Los marcadores tumorales CEA, ca19.9 y ca125 se utilizan con fines pronósticos, monitoreo de respuesta al tratamiento y como vigilancia de la recurrencia. La TAC y la histopatología son las modalidades de diagnóstico más fiables. El festoneado en las superficies viscerales es casi patognomónico de PMP. Existe preservación relativa del intestino delgado y su mesenterio por el desalojo por su movimiento peristáltico de las células productoras de mucina y posterior adherencia a sitios de estasis relativa como saco de Douglas/bolsa rectovesical, espacios subfrénico derecho e izquierdo y la superficie de hígado y bazo. El tratamiento es variable, debido a la rareza de la enfermedad y su crecimiento lento. El más aceptado es la extensa cirugía citorreductora que implica una peritonectomía radical dirigida a la eliminación de la enfermedad macroscópica más quimioterapia hipertérmica intraoperatoria peritoneal. Sin embargo, otros estudios apoyan a la quimioterapia adyuvante sistémica con fluorouracilo para pacientes con PMP de origen apendicular. Cuando no se requiere la cirugía de inmediato, los pacientes serán controlados con TAC, pruebas de laboratorio y síntomas físicos.
Conclusión: Se presenta un caso de PMP, enfermedad neoplásica por ruptura de un tumor primario mucinoso generalmente de origen apendicular.

CC-P-056

POLIPOSIS GÁSTRICA. NEOPLASIA ENDOCRINA MÚLTIPLE? PRESENTACIÓN DE UN CASO

Rodríguez, R. (1); Campero, L. (2); Veliz, M.A. (1)
(1) UNT. (2) Sanatorio Sarmiento. Tucumán. Argentina

Introducción: Los pólipos gástricos múltiples pueden tener un origen neuroendocrino, y si bien son raros la utilización de técnicas de endoscopia, y los exámenes de laboratorio con inmunohistoquímica permiten su individualización en pacientes con trastornos metabólicos.
Presentación del Caso: Hombre de 73 años, diabético Tipo II refiere reflujo gastroesofágico habitual, con antecedentes de diverticulosis colónica, operado de cáncer de colon transverso hace 2 años. Presenta hepatomegalia leve con hipertrofia bilateral de parótidas. Toma ininterrumpidamente inhibidores de la bomba de protones desde hace 18 años, y antidiabéticos orales e insulina conveniente en dosis controlada. Laboratorio: glucemia normal, HbA1c 7%/8%, Protrombinemia 47%, Amilasemia 1.700 U/L, Gastrinemia elevada (valores normales 50-90 pg/ml), Clearance de creatinina con valores normales en el rango inferior, Helicobacter Pylori +. Endoscopia alta: múltiples pólipos gástricos de antro, cuerpo y fundus todos de 5 a 10 mm, salvo dos mayores de 2 cm extirpados con endoloop. Ecografía hepato-esplénica normal, Ecoendoscopia normal (Hosp. Italiano Bs As) con pared gástrica engrosada que desaparece con la insuflación. RNM y TAC helicoidal con engrosamiento de la pared gástrica. Anatomía patológica: pólipos hipertróficos con gastritis crónica atrófica.
Conclusión: Se informa un caso de poliposis gástrica difusa con una fuerte sospecha asociada a neoplasia endocrina múltiple tipo I. Su vinculación con hiperamilasemia en un diabético (páncreas endocrino) y con hipergastrinemia por uso de IBP (gastritis crónica atrófica, terapia ácido-supresiva de años) sugiere una Neoplasia Endocrina Múltiple gástrica Tipo I.
Se solicita Gammagrafía con captación de Octreotide.

CC-P-057

PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH CON AFECTACIÓN GASTROINTESTINAL

Albán, R.W. (1); Heredia, E.D. (1); Noblecilla, G. (2); Martínez, S. (2); Muñoz, L. (3); Banegas, R. (3); Suriaga, M.(3)
(1) Departamento de Gastroenterología del Hospital Teófilo Dávila. Machala-Ecuador. (2) Departamento de Dermatología del Hospital Teófilo Dávila. (3) Departamento de Pediatría del Hospital Teófilo Dávila

Introducción: La Purpura de Shonlein Henoch (PSH) es la vasculitis más frecuente en la infancia y afecta a pequeños vasos, siendo sus manifestaciones principales en la piel, el tracto digestivo y el riñón. Inicialmente puede aparecer un exantema maculopapuloso o urticariforme que posteriormente evoluciona a purpura palpable (2-10 mm de diámetro), simétricamente distribuida sobre la superficie extensora de extremidades inferiores y nalgas, aunque puede aparecer en otras localizaciones, en todos los casos. El 65% cursa con dolor abdominal cólico leve-moderado que puede acompañarse de vómitos; en algunos casos el dolor abdominal puede ser muy intenso y limitante. El sangrado gastrointestinal ocurre en el 30% de los casos pudiendo ser: microscópico (20%) o macroscópico (10%). El sangrado masivo es muy poco frecuente. Para el diagnóstico es importante tomar en cuenta los criterios diagnósticos: 1 criterio obligatorio que es la púrpura y uno o más de los siguientes: dolor abdominal, vasculitis leucocitoclastica en biopsias con deposito IgA, artritis o artralgias y afectación renal.
Caso Clínico: Niño de 5 años, que cursa con alza térmica no cuantificada, diaforesis, lesiones maculopapulosas eritematosas palpables y de aspecto equimótico simétricas en extremidades inferiores y superiores y glúteos que no desaparecen a la vitropresión, nausea, vomito, dolor abdominal generalizado y deposiciones diarreicas líquidas fétidas, por lo que es llevado a médico particular recibiendo medicación que no recuerda sin presentar mejoría de su cuadro. 24 horas antes de su ingreso su cuadro se asocia a hematoquezia profusa, palidez generalizada por lo que es ingresado en esta casa de salud.
Examen Físico: Abdomen: blando depresible doloroso a la palpación generalizado, RHA ++/++. Exámenes Complementarios, VSG 30mm/, PCR: 12mg/dl, HB 6.6, Leucocitos 14.000, Plaquetas 511.000. Proteínas Totales 6.04g/dl. Albumina 3.91g/dl, Globulina 3.34 g/dl. Amilasa 77, Lipasa 22.7. Urea 8.4mg/dl Creatinina 0.30 mg/dl.EMO: sin patologia Coprologia: 98% PMN, Piocitos 58-60 x campo. SOMF +++ Rotavirus negativo Leucocitos ++++. Coprocultivo: klebsiella spp. Colonoscopia: en rectosigmoides, lesiones ulceradas con signos de sangrado reciente en toda la circunferencia se toma bx. Anatomía Patológica En lamina propia infiltrado inflamatorio difuso de linfocitos. IgA sérica Nefelometria rangos normales. ANCA negativo. EMO: sin patología. Bx de Piel: Vasculitis leucocitoclàstica. Se inicia tratamiento con Ceftriaxone + Metronidazol, Hidrocortizona intravenosa durante las primeras 72horas, el dolor abdominal persiste al igual que la hematoquezia por lo que se decide asociar Inmunoglobulina Humana 800mg día x 48 horas asociado a Prednisona 20mg VO día. Mejorando y cediendo por completo las lesiones en piel, dolor abdominal y sangrado teniendo buena evolución. Dentro de las 72horas posteriores, se realiza control al mes sin complicaciones.
Conclusiones: La importancia de presentación de este caso radica en la forma de presentación con vómitos, dolor abdominal, diarrea y su complicación con hematoquezia, el reconocimiento temprano en relación a los criterios diagnósticos, nos permite instaurar una terapéutica adecuada. No existe un tratamiento específico, siendo este generalmente de soporte, dirigido al alivio del dolor, adecuada hidratación y nutrición. Con nuestro paciente fue necesario usar corticoesteroides 1-2mg/kg/día y dado la severidad de los síntomas se asoció a Inmunoglobulina Humana utilizada en algunos pacientes con enfermedad severa especialmente ante la presencia de hemorragias gastrointestinales.

CC-P-058

HEPATITIS AUTOINMUNE Y TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR ALBENDAZOL

Falco, E. (1); Llaryora, G. (1); Miloc, F. (2); Castillo, G. (1); Caruso, G. (1); Zárate, F. (1); Amuchástegui, O. (2); Bertero, M. (3); Ortíz, G. (1).
(1) Servicios de Gastroenterología. (2) Clínica Médica. (3) Anatomía Patológica. Hospital Córdoba. Córdoba. Argentina

Introducción: El albendazol es un antihelmíntico de amplio espectro, habitualmente utilizado para el tratamiento de la hidatidosis. La hipertransaminasemia es un efecto adverso frecuente, siendo en la mayoría de los casos una elevación leve a moderada, sin ictericia y con rápida reversibilidad al suspender la droga. Las reacciones hematológicas son más raras. Se han reportado pocos casos de hepatotoxicidad severa y un solo caso de hepatitis autoinmune (HAI) inducida por albendazol, así como citopenias por toxicidad medular mediada por la droga.
Objetivo: Presentar un caso de HAI y trombocitopenia inducida por albendazol.
Casos clínico: Mujer de 55 años con antecedentes de hipotiroidismo y Chagas, en tratamiento ininterrumpido con albendazol 600 mg/día durante 3 meses por hidatidosis, consulta por astenia, epigastralgia, distensión abdominal, náuseas y vómitos de 30 días de evolución, acompañándose en la última semana de ictericia, coluria, hipocolia y prurito generalizado. Laboratorio: (Tabla) IgA, IgG e IgM normales, perfil lipídico y férrico normales. TSH 0.02 mu/L, T4L 2.99 ng/ml. IgM VHA, HBsAg, IgM VHBc, anti VHC, IgM VEB, IgM CMV, ELISA HIV: negativos. ANA, AMA, anti LKM, ANCAc, ANCAp: negativos. Anti ADN: + 1/10, ASMA: + 1/160. Ecografía abdominal y doppler hepático: Hígado de tamaño normal, aspecto inhomogéneo, ecorrefringencia moderadamente disminuida de superficie irregular. En segmento VI formación calcificada de 26x27 mm. Bazo de tamaño normal con quiste simple de 30x27 mm. No hay signos de hipertensión portal ni de repercusión retrógrada. Cambios hemodinámicos en arteria hepática sugestivos de fibrosis en evolución. TAC abdominal: confirma hallazgos. Biopsia hepática: moderada hepatitis de interfase, necrosis confluente y lítica focal, infiltrado linfomonocitario con frecuentes eosinófilos, degeneración hidrópica hepatocitaria, proliferación ductular, colestasis intrahepatocitaria y tombros biliares. Puentes fibrosos con nódulos incompletos. Ishak: actividad 9/18 – fibrosis 5/6. Paciente con rápida mejoría clínica y bioquímica ante la suspensión del albendazol. La escala de CIOMS/RUCAM arrojó un valor de 9, que se correlaciona con "alta probabilidad" de hepatitis tóxica inducida por albendazol con un patrón de daño mixto. Posterior al resultado histopatológico se inicia tratamiento con ácido ursodesoxicólico y corticoides, manteniéndose la paciente en controles ambulatorios.
Discusión: La enfermedad hepática inducida por fármacos representa un desafío frecuente para la práctica médica, tanto por su presentación clínica heterogénea como por su evolución potencialmente impredecible. Nos parece importante recordar la toxicidad hepática y medular del albendazol, sugiriendo la necesidad de controles seriados en pacientes bajo tratamiento. Este es el primer caso que combina una HAI con trombocitopenia marcada como reacción adversa de esta droga.

	Valor		Internado		Ambulatorio
	Referencia	DIA 1	DIA 4	DIA 11	DIA 19
Leucocitos/mm3	4000-10000	11660	8070		8260
Eosinófilos %	0-8	2,1			
Hemoglobina gr%	11,5-15,0	13	11,9		13,2
Plaquetas/mm^3	150000-400000	134000	129000	88000	76000
ASAT U/L	0-38	1740	1078	458	191
ALAT U/L	0-41	1298	856	427	198
FAL U/L	35-105	359	305	426	439
GGT U/L	0-61	522	385	298	383
Bilirrub total mg/dl	<1,2	13,9	13,9	9,95	5,52
Bilirrub directa mg/dl	0-0,2	13	12,23	8,77	4,82
LDH U/L	240-480	868	558	441	
APP %	70-100	55	63	67	83
Albúmina g/dl	3,4-4,8	3,4	2,5	2,4	3,2

CC-P-059

ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED CRÓNICA CON AFECCIÓN HEPÁTICA: REPORTE DE UN CASO

Ríos, R.P. (1); Pereyra, A. (1); Medina, S. (1); Garrocho, R. (1); Juárez, A.S. (1); Alonso, J. (1); Garrocho Machado, C. (2); Gadea, C. (2); Muñoz Bravo, K.E. (2)
(1) Residencia de Gastroenterología. Hospital Zenón Santillán. San Miguel de Tucumán. Argentina.
(2) Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Endoscopía. Hospital Zenón Santillán. San Miguel de Tucumán. Argentina

Introducción: La enfermedad injerto contra huésped (EICH) es una reacción de células de un tejido trasplantado en un huésped inmunosuprimido. La piel, el hígado, el tracto gastrointestinal y los pulmones son los principales órganos diana. La afectación cutánea es la manifestación clínica más frecuente, observada en el 67 % de los casos; el compromiso hepático se estima en el 52 % de los casos, su patrón clínico y bioquímico se expresa como síndrome colestásico. La biopsia hepática establece el diagnóstico y evalúa la severidad del mismo. Los corticosteroides como monoterapia o combinados con inhibidores de la calcineurina son el tratamiento de elección.
Caso clínico: Se presenta un paciente varón de 21 años que concurre a consultorio externo de Hepatología derivado por médico hematólogo de cabecera por alteración del hepatograma. En la consulta el paciente relata la aparición insidiosa de ictericia, conjuntamente con coluria y prurito sin saber referir con precisión el lapso de la aparición. Presentaba como antecedente patológico leucemia mieloide aguda M5, cursando 9º mes post-trasplante alogénico de médula ósea, sin otros antecedentes patológicos ni personales de relevancia. Al examen físico se encontraba lúcido, hemodinámicamente estable, con ictericia cutáneo mucosa generalizada, evidenciándose además lesiones orales y cutáneas de tipo hiperqueratosis liquenoide y lesiones por rascado. Se solicita laboratorio presentando glóbulos blancos: 6500 mm^3, Hemoglobina 13 g/dl, Hematocrito 40 %, Plaquetas 114.000 mcL, GOT: 320 UI/L, GPT: 413 UI/L, FAL: 570 UI/L, BI T: 3,5 mg/dl, BI D: 2,95 mg/dl, LDH: 594 UI/L, GGT: 492 UI/L. Serologías para VHA, VHB y VHC (-). CMV Ig M (-), Paul Bunnel (-), VHS tipo I y II Ig M (-), Ebstein Baar (-), Ferremia: 257, Transferrina: 272, Saturación 94%, Ferritina 6610, colagenograma normal. Cultivos bacteriológicos y micológicos de sangre y orina negativos. La ecografía doppler abdominal informa hígado aumentado de tamaño, homogéneo; esplenomegalia homogénea de 135 cm. Vena porta permeable de 11 mm, flujo hepatópeto. Vena esplénica permeable, flujo hepatópeto. Arterias hepática, esplénica y renal permeables.
Ante la sospecha de EICH crónico se realiza punción biopsia hepática que revela ensanchamiento de espacios porta con leve infiltrado a predominio linfocitario, aislados neutrófilos, plasmocitos y eosinófilos. Actividad de interfase leve. Vena central y sinusoides dilatados. Reacción ductular leve en algunos espacios porta. Vacuolización de células epiteliales de pequeños ductos con infiltrado intraepitelial escaso. Cambios reactivos y regenerativos con necrosis hepatocitaria peri vena central. Degeneración glucogénica nuclear escasa. Balonización hepatocitaria marcada. Actividad necroinflamatoria lobulillar leve. Colestasis intra y extrahepática marcada, hallazgos compatibles con EICH. Se realiza tratamiento corticoideo e inmunomodulador con meprednisona 120 mg/día y tacrolimus 3 mg/día asociado a ácido ursodesoxicólico 15 mg/kg/día con mejoría clínica, de laboratorio a los 15 días de iniciado el tratamiento y evolución favorable de la enfermedad.
Conclusión: paciente con diagnóstico de EICH extensa con compromiso cutáneo-mucoso y hepático FIB 4, APRI 1,12, F2 luego de descartadas otras causas de hepatopatías con evolución favorable al tratamiento instaurado.

CC-P-060

ES PSEUDOQUISTE O NECROSIS PANCREÁTICA ENCAPSULADA (WALLED OFF NECROSIS-WON)?

Ferreyra, R.E.; Marchi, L.; Perna, L.; Saller, M.E.
Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Posadas, Villa Sarmiento, Moron. Argentina

Introducción: La pancreatitis aguda, según la clasificación de Atlanta revisada se define de acuerdo a la gravedad en leve: sin fallo de órganos, ni complicaciones locales; moderadamente grave: con fallo/s orgánicos transitorio/s (< de 48 hs.) y/o complicaciones locales; y grave: con fallo orgánico persistente (> de 48 hs.). Se incluyen en complicaciones locales las colecciones líquidas agudas pancreáticas y/o peripancreáticas de contenido exclusivamente líquido (< 4 semanas) y pseudoquistes (> 4 semanas). Si la lesión presenta componente necrótico se define como colección necrótica aguda pancreática y/o peripancreática que evoluciona a WON de no resolver a las 4 semanas. Todas ellas, pueden permanecer estériles o infectarse, lo que se considera un marcador pronóstico. Las imágenes (Ecografía, TC y RMN) son herramientas necesarias para el diagnóstico y para la mejor elección terapéutica.
Objetivo: Diagnóstico diferencial entre necrosis pancreática encapsulada y pseudoquiste. Caso clínico: mujer de 51 años, antecedentes de litiasis vesicular (LIVE). Consulta por dolor en hemiabdomen superior intensidad 8/10, de 72 hs de evolución asociado a vómitos y fiebre. Examen físico EF: Taquicardia, taquipnea, hipotensión. Abdomen distendido, doloroso a la palpación generalizada, Lab.: GB 15000, urea 1.36, creatinina 3.7, hepatograma normal, amilasemia 666, proteína C reactiva 29. Ecografía abdominal: vía biliar intrahepática no dilatada, LIVE, páncreas aumentado de tamaño a predominio de cuerpo y cola, líquido laminar peripancreático, imagen líquida de 75x83mm anecoica en la transcavidad de los epiplones, líquido libre abdominal. Evoluciona con SIRS persistente (>48 hrs). Tomografía computarizada (TC) con contraste EV a las 72hs evidencia derrame pleural bilateral, colección y necrosis en cuerpo y cola. Cursa internación en UTI con diagnóstico de pancreatitis aguda grave. En TC de control del día 17 se visualiza páncreas aumentado de volumen, colección a nivel de cuerpo y parte de cola de 85x118x114 mm que genera efecto de masa desplazando estructuras adyacentes. Alta hospitalaria a los 30 días de la admisión por buena evolución. Durante el seguimiento por Servicio de Gastroenterología, para definir conducta, se realiza ecografía abdominal donde se visualiza colección liquida bien delimitada en cuerpo y cola con elementos sólidos en su interior. Se solicita RMN la cual informa colección líquida con algunos elementos en su interior de características sólido, bien delimitada que abarca cuerpo y cola de páncreas compatible con WON. También en la ecografía abdominal
Conclusiones: La TC tiene baja sensibilidad y especificidad en el diagnóstico diferencial entre pseudoquiste y WON. Considerando a la RMN y Ecografía abdominal el método de elección para definir el tipo de complicación local a partir de las características de su contenido.

CC-P-061

REPORTE DE CASO - TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) AMPULAR

Zelarayán, D.; Cazón, R.; Yaffa, P.F.; Lombardo, C.D.
Servicio de Gastroenterología Hospital Ángel C. Padilla. Tucumán

Introducción: Los GIST son tumores infrecuentes de origen mesenquimatoso, de células pluripotenciales (células intersticiales de Cajal), encargadas de la motilidad intestinal, y corresponden aproximadamente al 0.2% de los tumores gastrointestinales. La localización más frecuente es en estómago 70%, seguido de yeyuno y del íleon 20%, colon y recto 10%, esófago 5% y duodeno 3%. A este nivel, representan del 20% de las neoplasias malignas duodenales. Afectan a ambos sexos por igual, entre los 55 y 65 años. La mayoría presenta mutación en el protooncogén c-kit(CD117), del brazo largo del cromosoma 4.
Caso clínico: Hombre de 64 años, tabaquista con DBT tipo 2, inicia cuadro de dolor abdominal leve en epigastrio y dispepsia. Al examen físico leve dolor a la palpación profunda en epigastrio. Laboratorio normal; en ecografía, hígado heterogéneo con una imagen isoecoica de 60 mm de diámetro en segmento IV. A-FP, único marcador tumoral que se vio alterado con valor de 400. En TC de abdomen informa la misma lesión solida hipervascularizada de de 63 mm en lóbulo izquierdo interpretado como proceso orgánico primario. La endoscopia digestiva alta evidencia en segunda porción duodenal tumoración ampular ulcerada y mamelonada que afecta la mitad de la circunferencia duodenal y se toman biopsias. También se realiza biopsia percutánea de lesión hepática. Evoluciona rápida y desfavorablemente con ictericia progresiva y coluria. Laboratorio GB 16.000, Hto 23, Hb 7, FAL 319 U/L; GOT 52; GPT 35; GGT 150 y Bi total de 8.6, directa de 7. La RMN de abdomen evidencia vesícula biliar distendida. Colédoco dilatado de 15mm de diámetro. Formación expansiva de 68mm de diámetro con señal heterogénea y solida sugestiva de proceso primario de páncreas. Se intenta CPRE, fallida debido a la infiltración tumoral ámpular. La biopsia informa carcinoma poco diferenciado, ulcerado en duodeno. Imuno-histoquimica: Compatible con neoplasia mesenquimal epitelioide en duodeno (CD 117 positivo). La clínica evolución es tórpida, con síndrome colestasico, mal estado general, aumenta la intensidad de dolor epigástrico y síndrome ascítico edematoso, obitando a los pocos días de su internación.
Discusión: Los GIST son poco frecuentes. 90% presentan mutaciones en el gen c-kit.8 La mayoría cursan asintomáticos. Se reportaron pocos casos de localización ampular, debutando con síndrome colestasico; se realizó como estudio inicial ecografía y TC. Completándose el estudio con endoscopia digestiva alta que llevo a establecer el diagnóstico de la tumoración ampular y de GIST mediante biopsia endoscópica.

CC-P-062

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE: UNA CAUSA INUSUAL

Dolan, M. (1); Amieva, L. (1); Jury, G. (1); López, R. (1); Miconi, D. (1); Ramaccioti, G. (1); Ruiz, N. (1); Jury, R. (1)
(1) Centro de Estudios Digestivos, Mar del Plata. Argentina

Introducción: El dolor abdominal recurrente (DAR) fue descrito por primera vez en 1957 por los Dres. John Apley y Nora Naish. La condición fue inicialmente descrita en pacientes que cumplieran con 3 o más episodios de dolor abdominal paroxístico, lo suficientemente severos como para afectar las actividades habituales, durante un periodo no menor a 3 meses, y con episodios continuos durante el año previo a la evaluación.
Objetivo: Presentación de causa inusual de dolor abdominal recurrente.
Paciente: varón de 50 años consulta por dolor y distensión abdominal pos-prandial a predominio de epigastrio, irradiado a flanco izquierdo de intensidad máxima 8/10 que cede espontáneamente entre 2- 3 hs posterior a la ingesta de 3 años de evolución, acentuándose en los últimos 5 meses con pérdida de 8 kg de peso con disminución en la ingesta por el dolor. Antecedentes: colecistectomía por vía convencional en año 2000.Evaluado por múltiples especialistas con ecografía abdominal, endoscopia digestiva alta (veda) y video colonoscopía (vcc) normal (año 2012). Enterolisis por bridas por video laparoscopía (2013).TAC de abdomen y pelvis normal, nueva veda (restos de alimentos) año2014.Examen físico abdomen blando depresible indoloro. Índice de masa corporal de 22.Paciente muy ansioso. Se solicita nueva veda se observan restos de alimentos, dilatación de primera y segunda porción duodenal con estenosis infranqueable con mucosa macroscópicamente normal; seriada esófago gastro duodenal donde se evidencia compresión de duodeno sin pasaje del contraste que se permeabiliza con los cambios de decúbitos. Se completa estudio con tac de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso evidenciándose distancia entre la arteria mesentérica superior y aorta de 2,4mm produciendo compresión vascular del duodeno. Se efectúa el diagnóstico del síndrome de la arteria mesentérica superior. Comienza con tratamiento conservador híper alimentación fraccionada oral asociada a cambios de decúbito con evolución favorable.
Conclusión El síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS), es un desorden adquirido poco frecuente, cuya característica principal es la obstrucción duodenal de origen vascular, se asocia frecuentemente a condiciones que producen baja de peso considerable. En nuestro paciente, el cuadro clínico asociado con imágenes compatibles con obstrucción duodenal, nos hacen concluir con alta probabilidad que estamos frente a un SAMS. Se debe tener alto índice de sospecha en pacientes con cuadros consuntivos que presenten clínica de obstrucción intestinal alta. El tratamiento es esencialmente médico y está enfocado en corregir las alteraciones hidroelectrolíticas y el déficit nutricional reservando el tratamiento quirúrgico para los casos refractarios.

CC-P-063

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE UN TUMOR CARCINOIDES DE ILEON DISTAL

Serrano, E. (1); Bruzzi, S. (1); Farina, P. (2); Campitelli, E. (2)
(1) Médicas Residentes; (2) Médicos de Planta; Centro privado de Cirugía y Coloproctología. Buenos Aires. Argentina

Introducción: Los tumores carcinoides son neoplasias infrecuentes del sistema nervioso neuroendócrino difuso. Tienen una incidencia de 2 cada 100.000 habitantes. Representan el 0,5 % de todos los tumores del tubo digestivo diagnosticados. Cuando no se acompañan de Síndrome carcinoides, son de diagnóstico tardío, razón por la cual pueden tener un volumen considerable.
Caso clínico: Paciente femenina de 62 años que consulta por cuadro de dolor abdominal de 3 meses de evolución, razón por la que recibió tratamiento antibiótico por sospecha de diverticulitis aguda, sin respuesta. Suma astenia y pérdida de 6 kg en un mes. Se solicita como primer estudio complementario una TAC de abdomen y pelvis que informa imagen nodular con densidad de partes blandas, en contacto con asa ileal que protruye hacia la luz, de 20 x 19 mm. Divertículos colónicos sin signos de complicación, resto sin particularidades. Para descartar proceso primario de delgado, se solicita enteroresonancia, que objetiva defecto de relleno a 7 cm de la válvula ileocecal de 25 mm de diámetro. Sin aparente compromiso extraluminal. Se realiza colonoscopía con intubación de íleon terminal que evidencia a 15 cm de la válvula ileocecal formación de aspecto submucoso, de 5 cm que se biopsia. Las biopsias no fueron concluyentes.
Discusión: Aproximadamente 20% de los pacientes con TNE del íleon presentan metástasis en ganglios linfáticos regionales e hígado. La mayoría de los carcinoides digestivos, segregan sus péptidos bioactivos y aminas en la circulación portal y los efectos de estos mediadores bioquímicos son minimizados por detoxificación hepática. Así los pacientes con estas lesiones pueden ser asintomáticos. La aparición de síndrome carcinoides, es patrimonio de las metástasis hepáticas, por liberación de serotonina al torrente sistémico. El tumor primario puede causar suboclusión intestinal, isquemia o sangrado y algunos pacientes suelen relatar un largo precedente de dolor abdominal tipo cólico, pérdida de peso, fatiga, distensión abdominal, diarrea, náuseas y vómitos.
Evolución y manejo: Una vez estadificado se decide conducta quirúrgica. Se realiza hemicolectomia derecha con reconstrucción con ileotransverso anastomosis. El análisis de la pieza quirúrgica evidenció tumor neuroendocrino de grado histológico intermedio G2, que invade tejido subseroso, con presencia de embolias vasculares linfáticas y extensa infiltración perineural (T3 N0 M0). Técnicas de inmunohistoquimica positivas para Cromogranina, Sinaptofisina y CD 56 y un índice de proliferación celular medido por Ki67 del 1 %. Dado los resultados precedentes se solicita Cromogranina A en sangre periférica que resulta negativa y PET con galio que no evidencia captación patológica. En evaluación conjunta cirujano, gastroenterólogo y oncólogo decidimos no realizar tratamiento adyuvante y continuar seguimiento semestral con cromogranina A y RMI.
Resumen: Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento y libre de enfermedad. La baja incidencia de TNE hace imprescindible el abordaje interdisciplinario y el uso de algoritmos de diagnóstico, terapéutica y seguimiento para optimizar el manejo en pacientes, evitando terapias sistémicas cuando no se necesitan.

CC-P-064

LA GRAN SIMULADORA

Notari, L. (1); Campos, L. (1); Dezanzo, P. (2); Godoy, A. (1); Hermida, R. (1); Licciardello, M. (1); Maruelli, S. (1); Pérez Esteban, N. (1); Tosti, R. (1); Villalba, J. (1); Villalba, M. (1); Colombo, P. (1)
(1) Servicio de Gastroenterología. Complejo Médico Policial Churruca- Visca. Buenos Aires. Argentina. (2) Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Médico Policial Churruca- Visca. Buenos Aires. Argentina

Introducción: La inmunodeficiencia común variable (IDCV) es un trastorno heterogéneo primario caracterizado por la alteración en la diferenciación de los linfocitos B con producción defectuosa de inmunoglobulinas (Ig). Presenta marcada reducción de IgG en combinación con deficiencia de IgA e IgM y alta recurrencia de infecciones. Su prevalencia es de 1 cada 25.000 individuos. Presenta alta prevalencia de enfermedades gastrointestinales infecciosas, inflamatorias y neoplásicas. Hasta 60% de los pacientes con IDCV no tratados desarrollan diarrea y 10% malabsorción idiopática asociado a pérdida de peso.
Objetivo: Presentar un paciente con IDCV y diarrea malabsortiva. Diferenciar las múltiples patologías asociadas a la enfermedad, de las patologías like simuladas por la misma.
Caso clínico: Mujer 36 años consulta por diarrea crónica, disminución de peso, alteración del hepatograma (AST90 UI/l, ALT82 UI/l, FA510 UI/l, GGT130 UI/l) y plaquetopenia. Antecedentes: IDCV diagnosticada 2012, infecciones respiratorias a repetición. Examen físico: índice masa corporal: 16, hepatoesplenomegalia. Exámenes complementarios: esteatocrito 6%, resonancia dinámica: hepatoesplenomegalia, líquido perihepático, vena Porta y esplénica dilatadas, permeables. Adenomegalias en raíz de mesenterio. Videoendoscopía alta: gastropatía portal leve, duodeno con disminución de pliegues. Videocolonoscopía: sin lesiones, se toman biopsias. Histología duodeno: aumento de linfocitos intraepiteliales, hiperplasia de criptas y atrofia de vellosidades (Marsh3b). Histología colon: distorsión de la histoarquitectura, disminución de la mucosecreción, criptitis focal y erosión superficial de la mucosa. Lamina propia extendida a expensas de incremento del infiltrado inflamatorio, de tipo mixto. Se sospechó enfermedad celiaca (EC) por clínica, histología e inmunohistoquimica (DQ8 +). Inició dieta libre de gluten, con mejoría de su cuadro gastrointestinal. Se revisan los preparados histológicos de colon, se informa ausencia de células plasmáticas, se reinterpreta colitis "like" por IDCV. Se realiza laparotomía para toma de biopsias de adenomegalias profundas y tejido hepático. Histología: hallazgos de granulomas epitelioides en material de raíz de mesenterio e hiperplasia nodular regenerativa (HNR) en hígado.
Conclusión: Se diagnostica hipertensión portal no cirrótica por HNR, granulomas intraabdominales propios de la IDCV y diarrea malabsortiva secundaria a EC. La asociación de EC con IDCV es menor al 0.5%, la EC like es un diagnóstico diferencial. Los hallazgos histológicos de colon no fueron jerarquizados como una enfermedad primaria sino como propios de la IDCV. Las enfermedades digestivas like son comunes en estos pacientes y tienen características diferentes como la ausencia de células plasmáticas y granulomas. Se postula el tratamiento con budesonida vía oral para la diarrea malabsortiva en la IDCV cuando se hayan descartado causas infecciosas y otras enfermedades asociadas.

CC-P-065

LINFOMA BURKITT INTESTINAL Y NUMB CHIN SYNDROME EN PACIENTE CON ENFERMEDAD CELÍACA

Carlino, Y.; González, R.E; Bolomo, A.; Diehl, F.; Benavidez, A.; Balderramo, D.; Higa, M.; Bertola, S.
Servicio de Gastroenterología. Hospital Privado de Córdoba

Introducción: El tracto gastrointestinal constituye la principal localización de los linfomas No Hodking extraganglionares, aunque representan un pequeño porcentaje del total de los tumores gastrointestinales. Dentro de los principales factores de riesgo, se encuentra la inmunosupresión y la Enfermedad Celíaca. Esta última relacionada principalmente con linfomas No Hodking de estirpe T, siendo mucho menos frecuente su asociación con linfomas de células B y mucho menos aún con Linfoma de Burkitt. Además de los síntomas gastrointestinales, existen formas infrecuentes de presentación de linfomas intestinales, como lo es el desarrollo de una neuropatía facial denominada Numb Chin Syndrome (NCS), que es de gran importancia debido a la asociación con enfermedades malignas.
Caso: Hombre de 52 años, natural de Cuba con antecedentes de enfermedad celíaca e hipotiroidismo. Se presenta con un cuadro de astenia y mialgias generalizadas asociado a episodios de sudoración profusa nocturna, sin registros febriles. En la última semana, agrega sensación de parestesia e hipostesia en la zona mandibular izquierda, asociada a cefalea hemicránea derecha. Pérdida de peso corporal de 6-8 Kg en 15 días, distensión postprandial y diarrea. Al examen se encontraba asténico, afebril, con signos vitales normales. No se palpaban adenomegalias ni visceromegalias. Se evidencia hipostesia en zona anterior de mandíbula izquierda (NCS). El primer día de internación, el paciente desarrolla ptosis palpebral derecha, asociado a inyección conjuntival, diplopía y parálisis del IV par craneal derecho. El laboratorio demostró un aumento de LDH de 1520 U/L (VN h/460), serologías virales negativas. RMN de cerebro y angiorresonancia con gadolinio normal. Punción lumbar normal. Se realiza:
- TAC de abdomen y pelvis: engrosamiento parietal regular del íleon terminal, que protruye al fondo cecal a través de la válvula, con numerosas adenopatías en región íleo-cecal.
- Colonoscopía: Lesión poliploide de 4cm con superficie irregular y friable a nivel de íleon distal que protruye a válvula ileocecal. Se realiza biopsia que revela linfoma Burkitt. Se comprueba además infiltración de médula ósea por blastos. Se inicia tratamiento quimioterápico con rituximab, dexametasona y ciclofosfamida. Evoluciona favorablemente, con remisión completa a la fecha.
Comentario: La enfermedad Celíaca es considerada un importante factor de riesgo para el desarrollo de Linfoma No Hodking de células T, seguido de Linfoma No Hodking de células B y adenocarcinomas principalmente de intestino delgado, faringe y esófago. Sin embargo, en la literatura existen muy pocos casos de desarrollo de Linfoma Burkitt en pacientes con enfermedad celíaca. Este linfoma representa sólo el 1-5% de todos los Linfomas No Hodking en adultos. El sitio más común de presentación de la forma esporádica es la abdominal (60-80%), presentándose generalmente con dolor abdominal (el 25% posee enfermedad ileocecal). Se ha observado una importante asociación entre la presentación de Linfoma de Burkitt con el desarrollo de una neuropatía craneana llamada Numb Chin Syndrome (NCS). Esta es una rara entidad, caracterizada por la aparición de sensación de parestesias, hipoestesias o disestesias en la piel de mentón, la mucosa de la encía y labio inferior hasta la línea media de la cara, territorio que es inervado por el nervio mentoniano, rama del nervio trigémino.

CC-P-066

REPORTE DE UN CASO: FÍSTULA GASTROCÓLICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

Salazar, G.; Kirschbaum, F.; Paterno, M.; Tirado, P.; Bellicoso, M.; Sambuelli, A.
Hospital Carlos Bonorino Udaondo. Argentina

Introducción: Las fístulas internas en la enfermedad de Crohn (EC) son complicaciones que se manifiestan en un 5-10% de los casos. Entre las más frecuentes se destacan las enteroentéricas, ileosigmoideas, enterovaginales y enterovesicales. Las fístulas gastrocólicas son infrecuentes, el mecanismo propuesto para su desarrollo es la inflamación con úlceras profundas en colon transverso, posteriormente desarrollando fibrosis y fístulas en órganos adyacentes. Por este motivo se propone su denominación "fístulas cologástrica".
Objetivos: presentación de un caso de un paciente con EC con fístula gastrocólica.
Materiales y Métodos: Paciente de 31 años de edad con diagnóstico de EC colónico de 15 años de evolución, sin seguimiento ni tratamiento. Consulta a nuestra institución por cuadro de 1 mes de evolución caracterizado por vómitos fecaloides y halitosis. Examen físico y parámetros de laboratorio normales. ASCA y ANCA: negativos. TAC: engrosamiento parietal desde vertiente transversa del ángulo esplénico colónico y colon descendente proximal. Aumento difuso de la atenuación de la grasa mesocólica con área de delimitación imprecisa con pared. VCC: se progresa hasta colon transverso, observando un segmento con múltiples pólipos inflamatorios de aspecto coraliforme, pliegues redundantes, asimetría y menor distensibilidad, llegando a un área infranqueable. Hasta la zona descripta no se observaron alteraciones mucosas. VEDA: hacia curvatura mayor confluencia de pliegues en la que se observa que drena líquido tipo verdoso de apariencia espesa. Colon por enema: afectación mucosa estenosante y fistulizante del ángulo esplénico con pasaje de contraste al estómago. Tratamiento: NVO, Nutrición Parenteral, ATB. Es intervenido quirúrgicamente, se realiza colectomia subtotal + ileodescendoanastomosis + resección en cuña de estómago. Anatomía patológica: Enfermedad de Crohn.
Resultado: EC colónica con fístula gastrocólica.
Conclusión: Esta variedad de fístula secundaria a la EC son formas infrecuentes de presentación. Clínicamente se presentan con diarrea, pérdida de peso y dolor abdominal, siendo vómitos fecaloides y halitosis síntomas patognomónicos de esta entidad, presentes en el 30% de los casos. Dentro de los exámenes complementarios, el colon por enema es el método de elección para confirmar el diagnóstico, ya que en ciertas ocasiones no se logra identificar el orificio fistuloso por los estudios endoscópicos, los cuales son determinantes para excluir malignidad. El tratamiento quirúrgico es el método terapéutico de elección. La decisión de las técnicas quirúrgicas, está sujeta a las condiciones del paciente, la experiencia de cada centro, por lo que cada caso debería tratarse de forma individualizada.

CC-P-067

ESTRONGILOIDIASIS DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO POR HEPATOPATÍA CRÓNICA

Martín Quirán, M.; Iantorno, M.; Forestier, C.; Mandrilli, N.; Yoshida, M.K.; Kirschbaum, F.; Vasen, W.; Mauriño, E.
Hospital de Gastroenterología Dr Carlos B. Udaondo. Buenos Aires. Argentina

Introducción: El parásito *Strongyloides stercoralis* es un nematodo endémico en países de clima tropical y subtropical, en nuestro país se encuentra en la Mesopotamia. La infección por *S stercolaris* puede ser asintomática o manifestarse con dolor abdominal, anorexia y nauseas. Una forma de presentación es la estrongiloidiasis diseminada con sobreinfecciones bacterianas sistémicas que provocan una falla multiorgánica (FMO) con elevada mortalidad. Uno de los factores de riesgo más importantes para que adquiera características de gravedad es la inmunosupresión.
Objetivo: Presentación de un caso grave de infección por *S. stercoralis* con neumonía bilateral que ocasionó síndrome de distrés respiratorio, con evidencia del parásito en anatomía patológica (AP) de intestino delgado y colon; y en materia fecal, en un paciente con hepatopatía crónica.
Materiales Y Métodos: Varón de 38 años con antecedentes de enolismo severo, consulta por aumento del perímetro abdominal, edema de miembros inferiores y aumento del número deposiciones de 2 meses de evolución de características líquidas, diurnas y nocturnas acompañado de síntomas rectales y pérdida de 12% del peso corporal total. Laboratorio: Anémia ferropénica (Hto 26, Hb 8,6, Ferritina: 36 ng/ml, Ferremia: 13 mg%), GB: 11.400/mm3 (8% eosinófilos, Valor absoluto: 912). Coagulopatía. Hepatograma normal. Colesterol total: 63 mg/dl, Na: 122 mEq/L, K: 3.9 mEq/L Fósforo: 1.6 mg%, Mg: 1.4 mg%, Albúmina: 1.3 gr. Serologías virales y VDRL no reactivas. AcTSA mayor 200. Proteinograma: Gammaglobulina 1.9 g/dl.
Líquido Ascítico: GASA mayor 1.1. Proteínas menores a 1,5 gr/dl. Volumen de materia fecal: 1053 gr/ 24 hs. Esteatocrito: 28 % Cleareance de α1 AT: normal
Parasitológico seriado: Larva rabditiforme de *S. stercoralis.* Ecografía Doppler abdominal: Hepatoesplenomegalia. Líquido libre en cavidad. Venas suprahepáticas medias e izquierda con flujo reducido, monofásico. Arteria hepática con flujo aumentado. Vena porta con flujo anterógrado, calibre 13.4 mm. VEDA: Gastropatía hipertensiva. Bulbo y 2da porción normales. VCC: ileocolítis inespecífica con actividad leve.
Resultados: se evidencian en AP de VEDA y VCC estructuras parasitarias de *S. stercoralis.*
Durante la internación se realiza tratamiento con albendazol y antibióticos por 10 días. Intercurre con sepsis a foco endovascular y neumonía bilateral con distress respiratorio. Óbito por FMO.
Discusión: La *S. stercoralis* diseminada presenta elevada mortalidad (87%). Es necesario reconocer los factores de riesgo asociados a ésta entidad y sospecharla en pacientes provenientes de zonas endémicas con síntomas gastrointestinales y/o pulmonares, en especial en pacientes inmunosuprimidos aun cuando la macroscopía endoscópica sea normal.

CC-P-068

TUBERCULOSIS INTESTINAL. UN DESAFIO DIAGNÓSTICO CONSTANTE

Díaz, A.B. (1); Falco, E. (1); Bertero, M. (2); Oggero, J.L. (3); Zárate, F. (1)
(1) Servicios de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. (2) Anatomía Patológica. (3) Hospital Córdoba. Bockus Centro De Salud Digestiva, Villa María. Córdoba. Argentina

Introducción: La tuberculosis (TBC) continúa siendo un problema en países en desarrollo. La forma extrapulmonar es frecuente en inmunodeprimidos. Cuando su compromiso es intestinal, los métodos complementarios diagnósticos resultan poco específicos. La similitud clínica con otros procesos abdominales, principalmente la enfermedad de Crohn, hace de la TBC intestinal un reto diagnóstico.
Objetivo: Presentar un caso de TBC intestinal y sus dificultades para arribar al diagnóstico de certeza con los riesgos que esto implica.
Caso Clínico: Mujer de 26 años derivada del interior de Córdoba a Servicio de Cirugía Torácica de nuestro hospital para tratamiento de neumotórax espontáneo. Se realizó interconsulta a nuestro servicio por enfermedad inflamatoria intestinal diagnosticada un mes previo, en tratamiento con corticoides y mesalazina. Traía videocolonoscopía que evidenciaba lesión ulcerada vegetante, friable, desde colon transverso hasta ciego y biopsia que informaba Colitis granulomatosa. PAS y Ziehl Neelsen (-)
Refería en el último año dolor abdominal difuso que posteriormente se localizó en hemiabdomen derecho de carácter continuo, de intensidad leve a moderada asociado a diarrea intermitente, sin residuos patológicos. Pérdida de 10 kg en los últimos meses, hiporexia y episodios de sudoración vespertino/nocturna.
Examen físico: Mal estado general. Fascie cushingoide. Palidez generalizada. IMC: 18. Abdomen doloroso a la palpación profunda a predominio en flanco derecho, con defensa, sin peritonismo. RHA (+).
Laboratorio: Leucocitosis con neutrofilia, anemia microcítica, hipocrómica, y reactantes de fase aguda elevados. VIH (-). TAC de tórax: Neumotórax derecho. Múltiples imágenes quísticas e infiltrado tipo nodulillar confluente, distribuido en lóbulos medios y superiores.
Paciente con mala evolución clínica y analítica. Ante la sospecha de TBC diseminada se realiza lavado gástrico que fue positivo para BAAR. Dos días después ingresa a quirófano con diagnóstico clínico-radiológico de abdomen agudo perforado. Se realiza laparotomía exploradora observándose líquido entérico, múltiples perforaciones en intestino delgado resecándose 120 cm del mismo, se resuelve con yeyunostomía a lo Brooke, fistula mucosa y abdomen abierto y contenido. Anatomía Patológica: granulomas tuberculoides con necrosis caseosa y BAAR. Paciente obita a los 3 días.
Discusión: La tuberculosis intestinal, conocida como "la gran simuladora", puede presentarse semejando una enfermedad neoplásica, infecciosa o inflamatoria. Si no posible diferenciarlo con la Enfermedad de Crohn el uso de corticoides como terapia empírica aumenta el riesgo de diseminación tuberculosa repercutiendo en forma significativa en el pronóstico y la sobrevida del paciente.

CC-P-069

ENTEROPATÍA PERDEDORA DE PROTEÍNAS SECUNDARIA A LINFANGIECTASIA INTESTINAL EN UN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA COUN VARIABLE. REPORTE DE UN CASO

Sacchi Falcone, A.; Rodríguez, G.; Mandrilli, N.; Costa, F.; Kirschbaum, F.; Fiorentino, R. Mazure, R. Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo

Introducción: La inmunodeficiencia común variable (IDCV) se caracteriza por una deficiencia primaria en la síntesis y/o en la maduración de anticuerpos. Se manifiesta por infecciones recurrentes del tracto respiratorio y en el 50% de los casos presenta manifestaciones gastrointestinales. Dentro de ellas la linfangiectasia intestinal (LI) es una entidad poco frecuente caracterizada por la malformación u obstrucción de los linfáticos localizados en el intestino, que ocasiona un cuadro malabsortivo con esteatorrea, edemas, derrame pleural, pericárdico y ascitis.
Objetivo: Presentación de un caso de linfangiectasia intestinal como causa poco frecuente de enteropatía perdedora de proteínas en un paciente con inmunodeficiencia común variable.
Material y métodos: Varón de 36 años, con antecedentes de IDCV en tratamiento con inmunoglobulinas, que consulta por aumento del número de deposiciones, líquidas, amarillentas, diurnas y nocturnas, asociado a pérdida de peso, distensión y dolor abdominal de 6 meses de evolución. Laboratorio: hemograma: normal; TGO: 56; TGP: 52; colesterol: 128 mg%; proteínas totales: 3g; albúmina: 0,6g%; a-tTG IgA: 9; DGP Screen: 8; volumen de materia fecal: 988 g/24 hs; Cl α1-AT: 339 ml/24 hs, esteatocrito: 9%, coprocultivo y parasitológico: negativos. VEDA: normal. Anatomía patológica (AP): duodenitis inespecífica leve. VCC: hasta ciego pérdida del patrón vascular, congestión y patrón en mosaico. AP: colitis inespecífica leve. EnteroTC: engrosamiento parietal difuso yeyunoileal con compromiso mucoso. Ascitis. Derrame pleural y pericárdico. Enteroscopía anterógrada: normal. AP: vellosidades ligeramente ensanchadas, leve infiltrado inflamatorio mononuclear con plasmocitos en lámina propia, LIES 40/100. Enteroscopía retrógrada: mucosa desde recto a ciego con pérdida de red vascular y patrón en mosaico. Se avanza hasta 150 cm observando múltiples placas blanco nacaradas. Patrón mucoso de íleon compatible con LI. AP: íleon: mucosa entérica con linfangiectasias en menos del 50% de las vellosidades y edema en lámina propria. Colon normal. Inicia tratamiento con octreótide 50 ug c/12hs, alimentación parenteral y dieta vía oral de alta absorción, hipograsa seleccionada, suplementada con triglicéridos de cadena media con caseinato de calcio y maltodextrina. El paciente evoluciona favorablemente con disminución del número de las deposiciones y aumento progresivo de peso.
Conclusión: La LI es una causa poco frecuente de enteropatía perdedora de proteínas (EPP) y es excepcional su asociación con IDCV como manifestación gastrointestinal de esta enfermedad. Si bien esta asociación es poco frecuente, su diagnóstico se debe sospechar en pacientes con IDCV que presentan diarrea crónica con EPP. La enteroscopia doble balón con toma de biopsia es fundamental para confirmar el diagnóstico.

TO-O-001

BAJA TASA DE RESPUESTA A LA HEPATITIS B EN PACIENTES CELÍACOS ADULTOS

Ahumaran, G.; Laudanno, O.; Gollo, P.; Lasagna, R.; Gini, G.; Bourbon, L.M.; Guma, C.; Haiek, M.S.
Provincia de Buenos Aires. Argentina

La vacunación es una protección eficaz contra la infección de la hepatitis B (VHB). La población adulta presenta una respuesta aproximada de 90 a 95%. Algunos estudios retrospectivos y, principalmente en niños, sugieren una alta tasa de no respondedores a la vacuna contra el VHB en la enfermedad celíaca (EC). Varias hipótesis intentan explicar esta menor tasa de respuesta, tales como haplotipo genético (HLA B8, DR3, DQ2) y por otro lado no estar siguiendo una dieta libre de gluten en el momento de la vacunación. Estudios en población pediátrica sugieren que el cumplimiento de una dieta libre de gluten puede mejorar la respuesta inmune a la vacuna contra el VHB y esta no sería diferente a una población de niños sanos.
Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar la respuesta a la vacunación del VHB en pacientes con EC adultos siguiendo una estricta dieta sin gluten.
Material y métodos: Estudio prospectivo, multicentrico, controlado que incluyó 65 pacientes con (EC) y 62 pacientes controles (GC) realizándose un emparejamiento entre ambos grupos por sexo, edad e índice de masa corporal. Fueron excluidos pacientes con causas conocidas de fallas a la vacunación. El diagnóstico de enfermedad celíaca fue basado en el cuadro clínico, serología e histología .Se realizo la detección de HBsAG y anticore total VHB antes de la vacunación. Los pacientes susceptibles recibieron un esquema estandar de vacunación (0,30 y 180 días) dosis de 20 mcg por vía IM vacuna (Engerix B).Se consideraron respondedores títulos > 10 UI/ml y no respondedores a títulos menores. La evaluación serológica fue realizada 4 semanas luego de la ultima dosis de vacunación. Todos los pacientes con EC debían estaban siguiendo una estricta dieta sin gluten por lo menos durante 1 año y su cumplimiento fue controlado por entrevista clínica y dosaje de anticuerpos ATTG Y EMMA.RESULTADOS: 51/65 (78%) pacientes con EC y 60/62 (96%) controles sanos alcanzaron títulos protectores (antiHBs > 10 mui / ml). La diferencia entre los pacientes con EC y controles fue estadísticamente significativa (p <0,01) i.c 95% (0,66-0,87).Los pacientes celiacos no respondedores recibieron dosis de un refuerzo (booster) y 8/7 seroconvirtieron. 2/2(100%) de los pacientes no respondedores del grupo control respondieron a la aplicación de un booster.
Conclusiones: Los pacientes celiacos en la población estudiada presentaron una menor respuesta a la vacunación para VHB, factores genéticos pueden jugar un papel preponderante, el esquema de vacunación debería ser revisado en esta población y se debería considerar enfermedad celiaca en pacientes no respondedores de causa desconocida.

TO-O-002

LA PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CELÍACA NO ESTA INCREMENTADA EN PACIENTES CON DISPEPSIA: UN ESTUDIO CASO-CONTROL

Lasa, J.; Spallone, L.; Gandara, S.; Chaar, E.; Cadiz, C.; Buenaventura, C.; Gallo, N.; Apesteguia, A.; Berman, S.; Zagalsky, D.
Servicio de Gastroenterología. Instituto Quirúrgico del Callao. Buenos Aires. Argentina

Introducción: Muchos pacientes con enfermedad celíaca reportan síntomas gastrointestinales atípicos, como náuseas, vómitos o distensión abdominal. La dispepsia es un trastorno común que lleva en muchos casos al estudio endoscópico. Estudios previos han evaluado la prevalencia de enfermedad celíaca en pacientes con dispepsia, con resultados no concluyentes. Muchos de estos estudios no tenían un diseño adecuado o suficiente poder estadístico.
Objetivo: Comparar la prevalencia de enfermedad celíaca en pacientes con y sin dispepsia sometidos a endoscopía digestiva alta.
Materiales Y Métodos: Entre Enero de 2012 y Febrero de 2015, se enrolaron pacientes con dispepsia que fueron sometidos a endoscopía digestiva alta en nuestra institución. Se definió dispepsia de acuerdo a los criterios de Roma III. Estos pacientes conformaron el grupo de casos. De la misma manera, se enrolaron pacientes sin dispepsia u otro síntoma digestivo que fueran sometidos a endoscopía digestiva alta por los siguientes motivos: pesquisa de pólipos, pesquisa por antecedentes familiares de cáncer gástrico, pesquisa de Helicobacter pylori por trastornos extradigestivos o bien por indicación del médico derivante sin evidencias al momento del estudio de síntomas digestivos. Estos conformaron el grupo control. Se enrolaron 2 casos por cada control. Los pacientes fueron excluidos si presentaban anemia, diarrea, pérdida de peso no intencional u otro síntoma digestivo. En cada caso, se tomaron al menos cuatro biopsias duodenales (con al menos una muestra de bulbo). Aquellos pacientes con hallazgo sugestivo de atrofia vellositaria completaron su estudio con determinación de anticuerpos IgA antitransglutaminasa/antiendomisio.
Resultados: Durante el período de estudio, se enrolaron 320 casos y 160 controles. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad (50±12 vs 48±14, p=NS) y sexo (65% vs 68.41% sexo femenino, p=NS). La prevalencia de enfermedad celíaca de acuerdo a los hallazgos histológicos fue de 1.25% (4/320) en pacientes con dispepsia y 0.62% (1/160) entre pacientes sin dispepsia [OR 2.01 (0.22-18.15), p=NS]. Todos los pacientes con atrofia vellositaria fueron clasificados como Marsh IIIC, presentaron serología positiva y fueron mujeres.
Conclusión: Los pacientes con dispepsia no mostraron una prevalencia incrementada de enfermedad celíaca al ser comparados con sujetos sin dispepsia. De acuerdo a estos resultados, los pacientes con dispepsia no deberían ser sometidos a la pesquisa sistemática de enfermedad celíaca.

TO-O-003

MANEJO DE LA DISFAGIA POST-MIOTOMIA DE HELLER

Doweck, J.; Palmieri, P.A.; Améndola, R.; Schenone, L.; Bori, J.; Menéndez, G.; Reyes, H.; Corti, R.E.
Unidad Esófago-Estómago. Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo. Buenos Aires. Argentina

Introducción: La acalasia esofágica es un trastorno motor primario del esófago, de diagnóstico manométrico definido por la aperistalsis del cuerpo esofágico y la relajación incompleta o ausente del EEI. El tratamiento de elección es la miotomía de Heller por via convencional o laparoscópica. Sin embargo en caso de disfagia posterior a la cirugía no hay acuerdo en cuanto a las mejores opciones terapéuticas.
Objetivo: Evaluar los resultados sintomáticos de la dilatación neumática en pacientes con disfagia post-miotomía de Héller.
Material y Métodos: Se efectuó dilatación neumática en pacientes con disfagia post-miotomía de Heller a partir de los 4 meses de la cirugía. Se utilizó dilatador Rigiflex con diámetro máximo de 3 cm., máximo 3 dilataciones con 30 días de intervalo. Tiempo de dilatación 1 minuto, presión máxima 10 atm. Se evalúa con score de Ritcher (severidad y frecuencia) a las 4,8 y 12 semanas y telefónicamente a los 9, 15 21 y 25 meses. Se consideró éxito a un score de frecuencia y severidad de la disfagia que caía un mínimo de 50% del inicial.
Método estadístico: Prueba de t de Student. Programa IBM SPSS statistics versión 20 Resultados Se reclutaron 20 pacientes, todos fueron sometidos a dilatación neumática. 17/20 (85%) evolucionaron satisfactoriamente, tres fracasaron, 2 fueron remitidos a cirugía (re-miotomía) y 1 perdido en el seguimiento. El 40% sexo masculino, la media de edad 48+-13,5 años. El tiempo de recurrencia de disfagia post-miotomía tuvo una mediana de 1 año (RIC 25-75% 0-8 años)
Modificaciones en la escala de gravedad de disfagia obtenidas tras la dilatación y su evolución durante el seguimiento las modificaciones en la escala de frecuencia de disfagia tras la dilatación neumática también resultaron con valor estadístico significativo $p < 0.001$. Frecuencia media previa dilatación 4.75. A las 4 y 12 semanas post dilatación 0,95 y 0,5 respectivamente, a los 15 y 25 meses post dilatación 0,67 y 1,06 respectivamente.

Dilatación endoscópica (Score de Richter)	Media	Diferencias con gravedad pre-dilatación (media±DS)	IC 95%	Valor de p
Gravedad previa dilatación	2,6	-	-	-
Gravedad post dilatación (semana 4)	0,5	2,1±1	1,62-2,57	<0,001
Gravedad post dilatación (semana 12)	0,22	2,3±0,9	1,85-2,81	<0,001
Gravedad post dilatación (mes 15)	0,22	2,3±1	1,79-2,87	<0,001
Gravedad post dilatación (mes 25)	0,47	2,1±1,1	1,54-2,68	<0,001

Conclusión: La dilatación neumática es un método seguro y eficaz en el tratamiento de la disfagia post-miotomía de Héller.

TO-O-004

INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA SEVERIDAD SINTOMÁTICA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Soifer, L.; Olivera, P.; Dima, G.; Peralta, D.; Lasa, J.
Sección de Gastroenterología del Departamento de medicina. CEMIC, Buenos Aires. Argentina

La severidad en el Síndrome de Intestino Irritable (SII) se define como la respuesta subjetiva biopsicosocial referida por el paciente en relación no solo a como se perciben los síntomas digestivos y extra digestivos sino también al grado de discapacidad y a las percepciones y conductas relacionadas con el síndrome. Estimar la severidad sintomática es importante porque influye sobre la calidad de vida de los pacientes y sobre las decisiones diagnósticas y terapéuticas que adoptan los médicos. En un estudio previo efectuado en un gran número de pacientes se demostró que el score de severidad sintomática en mujeres con SII, disminuye con la edad.
Objetivo: confirmar si es menor la severidad sintomática reportada por los pacientes de la tercera edad y analizar cuál de las variables que intervienen en la evaluación de la severidad pueden ser atribuibles a esta disminución.
Material y métodos: fue evaluada en forma consecutiva, la severidad sintomática de pacientes con diagnóstico de SII (criterios de Roma III), empleando el IBS Severity Scoring System (IBS-SSS), en su versión validada al español. Esta escala evalúa los síntomas durante un período de 10 días: dolor abdominal, distensión subjetiva, trastornos evacuatorios y el modo en que los síntomas interfieren con la vida en general. El IBS-SSS calcula la suma de estos 5 ítems, mediante una escala analógica visual con un puntaje para cada ítem de 0 a 100 y un puntaje total de 0 a 500.
Resultados: Fueron comparados los scores de severidad globales y específicos entre 32 pacientes con SII menores de 35 años (28±5) con otros 32 pacientes con SII mayores de 65 años (73±5). El score de severidad global fue significativamente mayor para el grupo joven, no obstante esta diferencia no parece estar asociada a la severidad de los síntomas sino al mayor impacto que estos síntomas provocan en las actividades cotidianas de los pacientes (tabla 1).

	< de 35 años	>65 años	P(t-test dos colas)
SII/D	15/32	15/32	NS
Mujeres (%)	26/32 (73%)	/32 (84%)	Fisher 0,50
Score global	305,8 IC95±32	253,4 IC95%±31	0,02
Score Dolor	52,7 IC95±11,8	46 IC95±8,8	0,16
Score Hinchazón	64,8 IC95±9,3	56,7 IC95±9,7	0,22
Score Catarsis	60,9 IC95±8,7	54,4 IC95±9,1	0,30
Score Compromiso psicosocial	70,03 IC95±6,9	53,5 IC95±8,5	0,003

Conclusiones: Los pacientes jóvenes con SII, refieren mayor severidad sintomática, y este hecho no parece deberse a que sus síntomas sean más intensos que los de los adultos mayores, sino porque estos parecen comprometer en mayor medida los aspectos psicosociales de sus vidas.

TO-O-005

FODMAP´S: SEVERIDAD SINTOMÁTICA Y FERMENTACIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS

Soifer, L.; Olivera, P.; Dima, G.; Prizont, R.; Peralta, D.; Lasa, J.
Sección de Gastroenterología del Departamento de Medicina. CEMIC, Buenos Aires. Argentina

El empleo de alimentos hipofermentables, con reducida cantidad de oligosacaridos, disacáridos, monosacaridos y polioles (FODMAP´S) ha demostrado ser una medida efectiva para disminuir la severidad sintomática en pacientes con trastornos funcionales digestivos, especialmente en el síndrome del intestino irritable(SII), el dolor abdominal crónico funcional y la distensión abdominal crónica funcional (DACF). No obstante no todos los pacientes funcionales logran establecer una asociación entre los alimentos ingeridos y el agravamiento de sus síntomas.
En este trabajo prospectivo se intenta comparar a dos grupos de pacientes, los que refieren que la ingesta de alimentos con alto contenido en FODMAP´S les agrava sus síntomas (CFMP´S) de aquellos otros que no refieren que los alimentos sean un factor de agravación sintomática (SFMP´S)
Pacientes y métodos: 150 pacientes (125 mujeres, edad: 50, rango16-84) con trastornos funcionales digestivos (SII/D:65 – SII/C39 – SII/CD:14, DACF:27 y 5 con dolor abdominal crónico). Todos los sujetos fueron estudiados en forma consecutiva mediante la evaluación de las concentraciones de hidrógeno excretado en el aire espirado, por tres horas, obteniendo muestras cada 20 minutos, en forma basal y luego de la ingesta de 10 gr de lactulosa. Fue calculada el área bajo la curva de las concentraciones de H2 como medida del perfil fermentativo. (PF) Además debieron completar dos cuestionarios de autollenado, el primero referido a las características clínicas de los pacientes y a los alimentos que manifestaban agravar sus síntomas y el segundo (IBS-SSS) donde mediante una escala analógica visual se pudo calcular la severidad sintomática global (SSG), el dolor abdominal (DOL), la distensión abdominal subjetiva (DIS), las molestias provocadas por las alteraciones catárticas (EVAC) y en qué grado sus síntomas interfieren con sus actividades cotidianas.(CV) Para la comparación de ambos grupos se utilizo el test de T con dos colas, considerando diferencias significativas una P< de 0,05.
Resultados: 114 sujetos (49 años 94 mujeres) (76%) refirieron que sus síntomas se agravan con FODMAP´S y 36 (53 años 30 mujeres) no establecieron vinculación entre los alimentos y sus síntomas digestivos. La comparación de las variables analizadas en ambos grupos permitió establecer que los pacientes CFMAP´S presentan de un modo significativo mayor SSG (media 289 IC95% ±17,13 vs media 249 IC95% ±28,5) P=0,009, mayor DOL (media 42,9 IC95% ±6,1 vs media 32,3 IC95% ±9,6) P=0,04, mayor DIS (media 66,17 IC95% ±4,45 vs media 62,53 IC95% ±9,63) P=0,003 y mayor compromiso en CV(media 65,6 IC95% ±3,7 vs media 58,7 IC95% ±8,5)P=0,04. No se observaron diferencias en EVAC ni en el PF.
Conclusiones: Son mayoría los pacientes que manifiestan que sus síntomas se agravan por los alimentos FODMAP´S, además refieren mayor intensidad del dolor y de la distensión subjetiva que los que no relacionan la comida con sus síntomas. La similitud en la respuesta fermentativa entre ambos grupos no parece señalar como responsable de la mayor severidad sintomática inducida por los FODMAP´s a la actividad fermentativa de la microbiota.

TO-O-006

ESTUDIO DE PH-IMPEDANCIOMETRÍA AMBULATORIA DE 24 HS EN VOLUNTARIOS SANOS PARA DETERMINACIÓN DE VALORES DE REFERENCIA EN ARGENTINA

La Salvia, D.; Mangoni, A.; Ramos, R.; Matanó, R.
Hospital de Alta Complejidad El Cruce. Florencio Varela. Provincia de Buenos Aires

Introducción: La pH-Impedanciometría esofágica de 24 hs es el método de elección para el diagnóstico de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE). Determina el reflujo líquido y/o gaseoso, su extensión proximal y características químicas y físicas. Hasta el momento, los valores definidos como normales se han determinado en poblaciones disimiles a la nuestra. Sabemos que la ERGE tiene una relación directa con el IMC y el hábito dietario, y por lo tanto, es necesario establecer parámetros para nuestra población. Objetivo: Establecer el número de eventos de reflujo fisiológicos (distales y proximales) en voluntarios sanos, definir las características químicas de los mismos y la presencia de re-reflujos. Materiales Y Métodos: Diseño: estudio transversal observacional. Se incluyeron pacientes de 18-65 años. Se realizó un interrogatorio dirigido para identificar posibles síntomas no referidos. La pH-Impedanciometría ambulatoria de 24 hs, fue hecha previa manometría para identificación del Esfínter Esofágico Inferior. Los trazados fueron analizados por 3 observadores, entrenados. Los episodios de reflujo fueron caracterizados como ácidos o no ácidos según su pH; se identificó la extensión proximal de los eventos de reflujo, y se cuantificaron los tiempos de aclaramiento del ácido y del bolo y presencia de eventos de re-reflujo. Criterios de exclusión: antecedente o síntomas actuales típicos de reflujo (pirosis o regurgitación) o atípicos (tos, carraspeo, dolor torácico, asma o aerofagia); cirugías digestivas (excepto apendicectomía); sujetos medicados con inhibidores de la bomba de protones o proquinéticos; fumadores de más de 10 cigarrillos/día; antecedente de enfermedades neurológicas, hipotiroideos, diabéticos o enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de Chagas; y consumo mayor o igual a 25 gr de alcohol diario. Resultados: Entre marzo de 2014 y mayo de 2015, se realizaron 14 estudios de pH-Impedanciometría de 24 hs (7 hombres, edad media 35 años, (rango 20- 50). Un total de 609 eventos de reflujo fueron identificados, 499 (80%) distales y 121 (20%) proximales. El 61% de los eventos fueron ácidos. El porcentaje de tiempo medio de exposición ácida esofágica fue de 2,66% (rango de 0-12,9%). El tiempo medio de aclaramiento del ácido fue mayor que el del bolo (146 s vs. 19 s). Los resultados pueden observarse en la tabla 1. Conclusiones: El número total de eventos de reflujo hallados fue inferior a los primeros reportes publicados. Este estudio da inicio a la determinación de valores normales de pH-Impedanciometría de 24 hs en voluntarios asintomáticos en nuestra población, lo que permitirá ajustar los patrones diagnósticos de ERGE con un mayor número de reclutados.

	Parámetros de Impedancia							Parámetros de pH						
	Eventos de reflujo					Tiempo de aclaramiento del bolo (s)			Exposición ácida Esofágica (%)			Tiempo de aclaramiento del ácido (s)		
	Distales			Proximales										
	Total	Ácidos	No ácidos	Total	Re-reflujos	Erecto	Supino	Total	De pie	Supino	Total	De pie	Supino	Total
Media	35 (15-59)	21 (1-48)	14 (3-30)	9 (0-20)	0 (0-5)	22 (7-54)	19 (0-107)	20 (7-46)	2	3	3	82	277	146
Perc 95	52	41	25	18	2	40	65	36	6	11	8	244	909	459

TO-O-007

PREVALENCIA DE COLECTOMÍA EN LA COLITIS ULCEROSA (CU) EN UN CENTRO LATINOAMERICANO DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES (EII)

Sambuelli, A. (1); Negreira, S. (1); Gil, A. (1); Goncalves, S. (1); Bellicoso, M. (1); Chavero, P. (1); Huernos, S. (1); Tirado, P. (1); Carraro, M.C. (2); Cabanne, A. (3)
(1)Sección Enfermedades Inflamatorias Intestinales, Hospital Bonorino Udaondo. (2)Jefatura de Residencia, Hospital Bonorino Udaondo. (3) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Bonorino Udaondo

Introducción: La CU es una enfermedad potencialmente severa y discapacitante. La colectomía con pouch ileal, inicialmente considerada curativa, demostró tener complicaciones frecuentes y predictores insatisfactorios. La tasa de colectomía debería ser un indicador de calidad en el manejo. La implementación de algoritmos adecuados de diagnóstico, tratamiento y control podrían cambiar la historia natural y disminuir la cirugía. Los registros electrónicos de datos son muy útiles para evaluar la evolución; uno específico para EII funciona en red desde hace 2 décadas en un centro de referencia público argentino.
Objetivos: 1) evaluar la prevalencia de colectomía en pacientes con CU que debutaron en este siglo vs. los que iniciaron la enfermedad en la última década del siglo XX (debut desde 1990: fechado al inicio de la actividad del mencionado Centro de EII). 2) estudiar las principales características demográficas de los pacientes asociadas con colectomía.
Materiales Y Métodos: Se revisaron los datos codificados del software, y diversas fuentes de registro hospitalario. Se incluyeron los pacientes con CU registrados en el período mencionado con datos disponibles para definir la prevalencia acumulada de colectomía (tiempos de sobrevida) de aquellos con debut entre 1990 y 1999 y con debut en el 2000 o posterior, la edad al inicio, la extensión, las complicaciones.
Resultados: Cohorte total evaluada: n 1.903 (Sexo: 996 M, 907 H), edad al debut ($\bar{X}$±DS) 33,45 ± 15,3 , extensión (Montreal) E1: n 479 (25,2%), E2 n 581 (30,5%) E3: n 843 (44,3%). Grupo 1: debut desde Enero 1990 a fin de 1999 (n 884, 447 M, 437 H). Grupo 2: debut desde enero 2000 a fin de 2014 (n: 1019, 549 M, 470 H). Edad media al debut: similar en ambos periodos. La prevalencia de colectomía del grupo 2 fue significativamente menor que en las CU históricas (grupo 1). Las probabilidades acumuladas de cirugía a 1, 2 , 3, 4, 5, 7 y 10 años fueron 4,4%, 8,8%, 13,0%, 14,0%, 16 0%, 18,3%, 22,0% vs. 3,6%, 6,2%, 7,8%, 9,1%, 10,3%, 12,7 %, 16,1% para los grupos 1 y 2 respectivamente (log rank test: p <0,006). El compromiso colónico (E3, E2, E1) fue significativamente más extenso en las CU que requirieron colectomía (82,7%, 16,2%, 1,1%) vs. los respondedores al tratamiento médico (37,6%, 33,0%, 29,4%) p <0,0001 (Chi cuadrado). La edad al debut ($\bar{X}$ DS) fue significativamente menor en los operados: 27,5 años (QR 20-42) vs. 30,0 (QR 22-43) p <0,012 (Kruskal Wallis Anova). La causa más frecuente de colectomía fue un brote grave en hospitalizados.
Conclusiones: Las tasas de colectomía en la CU mostraron una disminución significativa en el siglo actual comparado con la última década del siglo pasado. Estos datos (de un centro de referencia) podrían reflejar una tendencia regional en el manejo. Los operados presentaron compromiso más extenso y debut de la CU a una edad significativamente más joven, lo que confirma la importancia de algoritmos oportunos para el control y tratamiento de los grupos de riesgo.

TO-O-008

ALTERACIONES MOTORAS DEL ESÓFAGO EN ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO. RELACIÓN CON HALLAZGOS ENDOSCOPICOS Y DE PHMETRÍA

Ferrer, L.; Rodríguez, P.; Herrera Najum P.
Instituto Modelo de Cardiología. Servicio de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva. Unidad de Enfermedades Funcionales. Córdoba. Argentina

Introducción: La Enfermedad por reflujo constituye un amplio espectro de manifestaciones clínicas que pueden acompañarse de diferentes grados de daño esofágico. Los pacientes pueden presentar alteraciones motoras en el cuerpo esofágico, debido a mecanismos como alteración en la progresión de la onda peristáltica, reducción en la amplitud de la contracción o presencia de contracciones simultáneas. En la actualidad se discute si estas alteraciones son causadas por el reflujo. La manometría es el test diagnóstico que mejor las caracteriza. Objetivo: Analizar los hallazgos manométricos en pacientes con Reflujo gastroesofágico y su relación con los resultados de la endoscopia y pHmetria.
Material y Métodos: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, que estudió las variables en un período de tiempo, expresando sólo los porcentajes de ocurrencia de las mismas. Se trabajó con una muestra de 57 pacientes de ambos géneros, con Reflujo gastroesofágico, asistidos en nuestro Instituto, de la ciudad de Córdoba, durante un periodo de diecisiete meses (enero 2014 a mayo 2015). Se incluyeron pacientes con Reflujo clínicamente establecido, que tenían endoscopia digestiva, manometría esofágica convencional y pHmetria.
Resultados: La muestra fue de 57 pacientes, 32 mujeres (56%) y 25 varones (43%), con un rango de edad entre 15 y 74 años, y una media de 51 años. Se encontraron alteraciones motoras esofágicas en 22 pacientes (38%). Las mismas fueron contracciones no transmitidas en un paciente (4.5%), contracciones simultáneas en tres pacientes (14%), contracciones de baja amplitud en tercio distal en diez pacientes (45%), duración prolongada en la contracción en tres pacientes (14%), peristalsis hipotensiva en cuatro pacientes (18%) y espasmo esofágico distal en un paciente (4.5%). De estos 22 pacientes, 18 (82%) tuvieron pHmetria patológica con un Score de DeMeester promedio de 47.89 y endoscopia patológica siendo los hallazgos, Hernia hiatal en 2 pacientes (11%) y lesiones mucosas esofágicas en 16 pacientes (89%), entre ellas las más frecuentes fueron esofagitis erosiva Los Ángeles A en 7 pacientes (44%), Los Ángeles B en 4 pacientes (25%), Los Ángeles D en un paciente (6%) y sospecha de Esófago de Barrett en 4 pacientes (25%). Los cuatro pacientes restantes con manometría alterada tuvieron endoscopia y pHmetria normales.
Conclusiones: Se encontró una clara relación entre la Enfermedad por reflujo y las alteraciones motoras esofágicas, siendo la más frecuente en nuestro estudio la hipo contractilidad del tercio distal. Además hubo coincidencia con los hallazgos patológicos de la endoscopia y pHmetria en la mayoría de los pacientes.

TO-O-009

FENOTIPO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN HOSPITAL DE CÓRDOBA, ARGENTINA

González, R.E.; Carlino, Y.; Diehl, F.; Bolomo, A.; Bertola, S.; Higa, M.; Balderramo, D.
Servicio de Gastroenterología. Hospital Privado de Córdoba. Argentina

Introducción: La frecuencia de enfermedad inflamatoria intestinal, tanto de colitis ulcerativa (CU) como enfermedad de Crohn (EC) se ha incrementado a nivel mundial. El conocimiento de la epidemiología y el comportamiento clínico y endoscópico es de gran importancia para el manejo de estas enfermedades.
Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, en el que se evaluaron los pacientes mayores de 16 años con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal que consultaron al Hospital Privado de Córdoba entre enero de 2010 y diciembre de 2014.
Resultados: Un total de 126 pacientes presentaba diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal, con una relación de CU (n=110, 87,3%) y EC (n=16, 12,7%) de 6,9:1. La distribución de CU y EC fue similar por género. Las manifestaciones clínicas más frecuentes en CU fueron diarrea y sangrado. En EC la presentación más frecuente fue dolor abdominal y sangrado. El porcentaje manifestaciones extraintestinales en ambos grupos fue de (10,31%), siendo la más frecuente artralgias (n=7, 7,6%). El 84,5% del total de los pacientes nunca fumó. La distribución de la extensión de CU fue proctitis: 43,2%, colitis izquierda: 48,9% y pancolitis: 7,9%. En EC, la localización más frecuente fue ileocolónica que se presento en el 50% de los pacientes y el comportamiento inflamatorio-no estenosante se observo en el 61.5% de los mismos. El tratamiento con anti-TNF se utilizó en 3% de pacientes con CU y en 33% de pacientes con EC. El porcentaje de colectomía en pacientes con CU fue de 3.5% y de resecciones quirúrgicas en EC fue de 50%.
Conclusión: En nuestro estudio encontramos un predominio de CU similar a lo reportado en otros centros sudamericanos. La CU presentó un comportamiento benigno en la mayoría de los pacientes con una bajo porcentaje de cirugía. Por otro lado, los pacientes con EC presentaron en un comportamiento más agresivo con un mayor requerimiento de cirugía y tratamiento con anti-TNF, similar al reportado en otras series. Nuevos estudio son necesarios para conocer de forma más especifica el comportamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal en nuestro medio.
Palabras clave: Enfermedad inflamatoria intestinal, colitis ulcerativa, enfermedad de crohn.

TO-O-010

PREVALENCIA DE ADENOMAS DE ALTO RIESGO Y ADENOCARCINOMA COLORRECTAL EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS SIN FACTORES DE RIESGO

Campos, L.(1); Milito, D.(2); Maruelli, S.(1); Notari, L.(1); Kidd, M.(1); Villalba, M.(1); Godoy, A. (1); Tosti, R.(1); Villalba, J.(1); Scacchi, A.(1); Hermida, R.(1); Colombo, P.(1)
(1) Servicio de Gastroenterología. Complejo Médico de la Policía Federal Argentina Churruca – Visca, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina. (2) Servicio de Oncología Hospital Bonorino Udaondo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina

Introducción. La prevalencia del cáncer colorrectal (CCR) en Argentina es alta. Según el Ministerio de Salud, en el 2012 se registraron 6.958 muertes por CCR, de las cuales 711 fueron en < de 55 años. El 90% de CCR ocurre en > de 50 años. Sin embargo, 7-10% ocurre en < de 50 años, denominándose CCR joven. Según la literatura, existe un aumento de la incidencia del CCR joven. El CCR joven puede estar o no asociado a CCR hereditario. 15-20% presenta enfermedades predisponentes: enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y síndromes de CCR hereditarios.
Objetivo. Determinar la prevalencia de adenomas de alto riesgo (AAR) y/o CCR en individuos jóvenes sin factores de riesgo para evaluar la utilidad de la videocolonoscopia (VCC) como método de estudio precoz en el paciente joven con signo sintomatología asociada a CCR.
Materiales y métodos. Estudio observacional, prospectivo, de corte transversal, realizado en el Servicio de Gastroenterología del Complejo Médico Churruca–Visca, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de enero a diciembre de 2014. Se incluyeron pacientes > de 18 y < de 50 años, sin factores de riesgo para CCR, que realizaron una VCC por signo sintomatología asociada a CCR. Se excluyeron pacientes con antecedentes personales o familiares de adenomas y/o CCR, diagnóstico de EII o síndromes hereditarios. El protocolo fue aprobado por el Comité de Bioética institucional. Se consideraron variables en estudio: presencia de AAR (diámetro >10 mm, componente velloso y/o displasia de alto grado (DAG)) y adenocarcinoma. Variables de caracterización: edad, sexo, indicación de VCC, características de la lesión, estadificación y presencia de tumores asociados. Se utilizó el programa MedCalc versión 11.2.1.0. La comparación de los resultados se realizó con el test de Fischer. Una $p<0.05$ se consideró estadísticamente significativa.
Resultados. Se incluyeron 117 pacientes, 69 mujeres y 48 varones; la edad mínima fue 19 y la edad máxima 49 años, mediana de 43. La signo sintomatología dominante fue proctorragia y dolor abdominal. La prevalencia de AAR y/o CCR fue 4%. De los 5 pacientes con AAR y/o CCR 3 fueron mujeres; 2, ambos varones, presentaron lesiones sincrónicas. La localización predominante fue colon derecho. De los AAR: 2/3 fueron adenomas tubulovellosos (1 con DAG) y 1/3 fue un adenoma serrado sésil >10 mm. De los 3 CCR: 2 fueron mujeres, edad media 45 años. En 2 casos la lesión se ubicó en ciego, 1 en sigma. 2 presentaron estadios avanzados. Ninguno presentó tumores asociados en otra localización.
Conclusiones. Los resultados evidenciaron que la prevalencia de AAR y CCR en esta población es baja. Sin embargo, el hallazgo de estos 5 individuos resalta la importancia de concientizarnos que el CCR joven es una problemática en aumento y que la VCC debería considerarse como uno de los primeros métodos de estudio en jóvenes con signo sintomatología de CCR. Esto podría mejorar los resultados, el pronóstico y la calidad de vida teniendo un impacto en su sobrevida.

TO-O-011

RELACIÓN DE LA FUNCIÓN MOTORA DEL ESÓFAGO CON LOS SÍNTOMAS Y AUTOANTICUERPOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSIS SISTÉMICA

Mangoni, A.; La Salvia, D.; Cicchitti, M.C.; Balbuena, C.; Ramos, R.; Salis, G.; Rivero, M.; Lara, M.E.; Barreira, J.; Colombato, L.

Introducción: La esclerosis sistémica es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por afección vascular y excesiva fibrosis que afecta la piel y los órganos internos
El compromiso del tracto gastrointestinal es un evento temprano y una complicación frecuente, en la cual el esófago puede afectarse hasta en el 90% de los pacientes. Sin embargo, no todos los pacientes presentan síntomas típicos de reflujo o disfagia, independientemente del tiempo de evolución de la enfermedad y de la afectación esofágica. No esta aún establecida la relación entre autoanticuerpos y grado de disfunción esofágica
Objetivos: 1) Relacionar la sintomatología con la función motora del esófago en la esclerodermia. 2) Evaluar el grado de afectación motora esofágica en relación a los diferentes autoanticuerpos.
Material y métodos: Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico establecido de Esclerosis Sistémica de acuerdo Criterios ACR 1980 derivados del Servicio de Reumatología, desde Enero de 2009 hasta Diciembre de 2014. A todos se les realizo un interrogatorio exhaustivo y manometría esofágica convencional previa VEDA. Se evaluó el perfil de anticuerpos de los pacientes consignados en la historia clínica. Se utilizo el método estadístico Epi info3.2.2.
Resultados: Fueron incluidos 55 pacientes con diagnóstico de Esclerosis Sistémica, a los cuales se les realizó Manometría esofágica Convencional. Se excluyeron pacientes sin VEDA, o con perfil inmunológico incompleto. El seguimiento se completó en 43 pacientes. La edad media fue de 51 años (rango 25- 76). La mayoría de los pacientes presentaron síntomas al momento de la realización de la manometría y solo el 13, 9% fueron asintomáticos. En el total de los pacientes la media de la presión de reposo del EEI y de la amplitud de onda esofágica distal fue 12,5mmHg y 60 mmHg respectivamente. El 74,4% de los pacientes presentaron alteraciones en la función motora del cuerpo esofágico; Aperistálsis (Ap) 44,2% y Peristálsis inefectiva (PI) 30,2%. El 41,9% tuvieron EEI hipotensivo (EEI Hip). Se observó que los pacientes con EEI Hip. Tuvieron más pirosis (76,9%) (p0.04); regurgitación (80,6%) (p0.007) y Esofagitis endoscópica (46%) que los EEI normotensos Mientras que los pacientes con aperistalsis manifestaron más disfagia (63%) (p 0.05) respecto de los pacientes con peristalsis esofágica conservada (27%). En el perfil inmunológico, los pacientes con PI presentaron Ac Anticentrómero + (69,2%), con diferencia estadísticamente significativa respecto de los pacientes sin alteraciones manométricas del cuerpo esofágico (p 0.04). No se hallo esta relación en los pacientes con Ap.
Conclusión: 1) Los síntomas que resultaron estadísticamente significativos fueron la disfagia para los pacientes con Aperistálsis y los síntomas típicos de reflujo para los que tenían EEI Hip. 2) La PI se correlacionó con significancia estadística a la presencia de Anticentrómero.

TO-O-012

PREDICTORES DE PROGRESIÓN A DISPLASIA DE ALTO GRADO Y ADENOCARCINOMA EN PACIENTES CON ESÓFAGO DE BARRETT DURANTE EL SEGUIMIENTO ENDOSCÓPICO

Omodeo, M. (1); Pereyra, L. (1); Gómez, E.J. (1); Luna, P. (1); González, R. (1); Fischer, C. (1); Mella, J.M. (1); Panigadi, G.N. (1); Cimmino, D.G. (1); Pedreira, S.C. (1); Boerr, L.A. (1)
(1) Servicio de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva, Hospital Alemán, Buenos Aires. Argentina

Introducción: La probabilidad de desarrollar adenocarcinoma de esófago (ACE) en pacientes con esófago de Barrett (EB) es muy baja. Identificar los factores de riesgo de progresión es de suma importancia para poder desarrollar una estrategia de vigilancia más racional, a partir de la estratificación de los pacientes según su riesgo individual.
Objetivo: Identificar los factores de riesgo y determinar la tasa de progresión a displasia de alta grado (DAG) o ACE en pacientes con EB durante la vigilancia endoscópica.
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional de cohorte longitudinal, identificándose en base a la historia clínica electrónica de un hospital de comunidad, a todos los pacientes con diagnóstico de EB durante un periodo de 10 años (enero 2004 a octubre 2014). Fueron incluidos aquellos pacientes con seguimiento endoscópico mayor a un año. Se evaluaron datos clínicos y demográficos (edad, sexo, historia personal o familiar de EB, ACE u otra neoplasia, índice de masa corporal y estatus tabáquico) y las características endoscópicas del EB (presencia de hernia hiatal, longitud, presencia de nódulo o lesión endoscópicamente visible). Se utilizó el test de Chi cuadrado para comparar las variables categóricas y regresión logística para estimar el riesgo de desarrollar DAG o ACE (resultado compuesto). El riesgo fue expresado en hazard ratio (HR) con su correspondiente intervalo de confianza de 95% (IC 95%). Un valor de $p<0.05$ se consideró estadísticamente significativo.
Resultados: Se incluyeron 210 pacientes, con una edad media de 58 (32-93) años y un 79% fueron hombres. El tiempo medio de seguimiento fue de 51 meses (DS+/-32) con un promedio de 4.2 (2-14) endoscopias por paciente. Cinco pacientes (2.5%) desarrollaron DAG o ACE durante el seguimiento endoscópico, (4/5 DAG; 1/5 ACE). El tiempo medio de progresión fue de 56 meses (DS+/-50). Las variables independientes que se asociaron a progresión a DAG o ACE durante la vigilancia endoscópica fueron: edad > a 65 años al momento del diagnóstico de EB (HR 9.7, IC 95% 1,01-234; p: 0.014), EB largo (>3 cm) (HR 10.9 , IC 95% 1.11-262; p: 0.009), presencia de nodularidad (HR 12.6, IC 95% 1.03-187; p: 0.009) e historia familiar de EB (HR 10, IC 95% 1.02-137; p: 0.02).
Conclusión: Aquellos pacientes añosos al diagnóstico, con historia familiar de EB, con segmento largo o nodularidad, presentan mayor riesgo de progresión a DAG y ACE, por lo que este grupo de pacientes se beneficiaría de un plan más estricto de vigilancia.

TO-O-013

¿ES REALMENTE EFECTIVA LA TRIPLE TERAPIA PARA LA ERRADICACIÓN DE *Helicobacter pylori*?

Ojeda, E. (1); Correa, G. (1); Ortíz, L. (1); Vitale, L. (1); Ríos, A. (1); Bello, G. (1); Carrica, S. (1); Leonart, J. (1); Sciarretta, M. (1); Guzman, M. (1); Di Marco, M. (1); Villaverde, A. (1); Chopita, N. (1)
(1)Servicio de Gastroenterología, HIGA San Martin, La Plata, Buenos Aires. Argentina

Introducción: La infección por Helicobacter pylori (H. pylori) tiene en nuestro medio una seroprevalencia cercana al 76%. El tratamiento de erradicación más utilizado es el triple esquema estándar, que ha sido desaconsejado en muchos países por su alta tasa de falla terapéutica. Dada la implicancia del patógeno, su potencial carcinogénico y prevalencia, resulta de vital importancia conocer la tasa de éxito del tratamiento a nivel local.
Objetivos: Determinar la tasa de respuesta terapéutica de la triple terapia estándar. Objetivos secundarios: establecer la relación entre tasa de erradicación y variables epidemiológicas, motivo de solicitud y hallazgos endoscópicos, motivos de erradicación y adherencia al tratamiento.
Pacientes y métodos: Estudio observacional. Las variables cualitativas fueron analizadas utilizando la prueba Chi cuadrado de Pearson. Se incluyeron 120 pacientes, entre junio 2014 y mayo 2015, con biopsia positiva para H. pylori asociado a alguna de las recomendaciones de erradicación del consenso de Maastricht IV. Se excluyeron aquellos con tratamientos previos. Se administró Amoxicilina, Claritromicina y Pantoprazol a dosis estándar por 7 días, y control endoscópico al mes de finalizado el tratamiento con anatomía patológica, considerándose falla terapéutica cuando las mismas persistían positivas. La adherencia al tratamiento se evaluó por entrevista personal o seguimiento telefónico.
Resultados: De los 120 pacientes que recibieron el tratamiento, 75 obtuvieron biopsias de control negativas, con una tasa de éxito terapéutico del 62%. El 38% presento falla al tratamiento.
En cuanto al motivo de solicitud de la Videoendoscopía digestiva alta los más frecuentes fueron: dispepsia en mayores de 45 años (48%) y refractaria (15%). Los hallazgos endoscópicos más prevalentes fueron: 26% gastropatía nodular; 18% eritematosa; 16% erosiva; 12% ulcera péptica; 8% pólipos gástricos. En 11 pacientes (9%) el estudio fue normal. Los motivos de erradicación del H. pylori más frecuentes fueron: 49% dispepsia funcional; 19% gastritis atrófica y/o metaplasia intestinal; 13% deseos del paciente; 12% antecedente de ulcera péptica.
Conclusiones: La tasa de erradicación observada (62%) se encuentra por debajo de la esperada para un esquema terapéutico para H. pylori. Teniendo en cuenta que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la tasa de falla terapéutica y ninguna variable epidemiológica, endoscópica, adherencia al tratamiento ni motivo de erradicación en particular; podría interpretarse que la misma se relaciona intrínsecamente con la resistencia antibiótica creciente en nuestro medio, sobre todo a Claritromicina. Dada el bajo éxito terapéutico, creemos que la triple terapia clásica debería ser abandonada. Son necesarios nuevos ensayos que evalúen la eficacia de otros tratamientos disponibles, y así determinar cuál sería el tratamiento empírico de elección.

TO-O-014

COLONOSCOPÍA DE VIGILANCIA LUEGO DE UN AÑO DE LA RESECCIÓN CURATIVA DEL CÁNCER COLORECTAL: ES NECESARIA?

Panigadi, G.N. (1); Pereyra, L. (1); Bun, M. (2); Ocariz, F. (2); Canelas, A. (2); Fischer, C. (1); La Salvia, D. (1) ; Luna, P. (1); Omodeo, M. (1); Gómez, E.J. (1); Mella, J.M. (1); González, R. (1); Rotholtz, N.A. (2); Pedreira, S.C. (1); Cimmino, D.G. (1) ; Boerr, L.A. (1)
(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopía, Hospital Alemán, Buenos Aires. Argentina.
(2) Servicio de Coloproctología, Hospital Alemán, Buenos Aires. Argentina

Introducción: La vigilancia con colonoscopia es recomendado para el seguimiento de lesiones metacrónicas en pacientes con resección de cáncer colorectal (CCR). Algunos autores sugieren el primer control endoscópico al año de la cirugía mientras que las guías varían en el tiempo recomendado para dicho control.
Objetivos: Determinar la prevalencia y el riesgo de lesiones neoplásicas metacrónicas en la colonoscopía de vigilancia realizada al año de la resección curativa de CCR.
Materiales y métodos: A través de la base de datos electrónica de nuestro Hospital, analizamos a aquellos pacientes que fueron sometidos a colonoscopía de vigilancia luego de un año de realizarse la resección curativa de CCR en el período comprendido entre enero de 2004 y octubre de 2014. Fueron definidas como lesiones metacrónicas la presencia de adenomas, lesiones neoplasicas avanzadas (LNA) (>al 75% de componente velloso, displasia de alto grado o lesiones > 1 cm) o CCR luego de 12 meses de la colonoscopía índice. Se realizó análisis univariado y multivariado para establecer los factores de riesgo de adenomas metacrónicos, LNA y CCR. El riesgo fue expresado en odds ration (OR) con sus respectivos intervalos de confianza del 95%(IC).
Resultados: Fueron incluidos 143 pacientes con seguimiento colonoscópico entre los 12 y 18 meses posteriores al estudio índice. El promedio de edad fue de 64 años (30-90), el 55% fueron hombres. La prevalencia de adenomas metacrónicos y LNA fue de 28/143 (15%), y 7/143 (4%) respectivamente. No encontramos CCR metacrónico. De las variantes clínicas y colonoscópicas investigadas, la presencia de adenomas sincrónicos en la colonoscopía índice se asoció independientemente con el hallazgo de adenomas (OR 4.2 IC 1.7 – 10.78, p 0,001) y de LNA (OR 3.21 IC 1.21 – 7.74, p 0,013) en la vigilancia realizada al año. La presencia de LNA sincrónica en la colonoscopía índice fue el único predictor independiente de lesión LNA metacrónica (OR 2,58 IC 1,01 – 8,06).
Conclusiones: Encontramos una baja prevalencia de LNA y CCR metacrónico al año de seguimiento luego de la resección curativa de CCR. Los pacientes con adenomas y LNA en la colonoscopía de base mostraron un alto riesgo de presentar lesiones neoplásicas metacrónicas y por la tanto se beneficiarían con dicho intervalo de control endoscópico.

TO-O-015

ENFERMEDAD CELÍACA: PREVALENCIA EN PACIENTES ADULTOS CON INDICACIÓN DE VIDEOENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y SIN SOSPECHA CLÍNICA

Carlino, Y.; González, R.E.; Bolomo, A.; Diehl, F.; Balderramo, D.; Higa, M.; Bertola, S.
Servicio de Gastroenterología. Hospital Privado de Córdoba

Introducción: La enfermedad celíaca (EC) es un trastorno inmunomediado del intestino delgado causado por la intolerancia al gluten en individuos genéticamente predispuestos. A pesar de ser una enfermedad frecuente a nivel mundial la EC es subdiagnosticada debido a que sus síntomas son inespecíficos.
Objetivos: Primario: Investigar la prevalencia de EC en pacientes adultos sin sospecha de EC con indicación de videoendoscopia digestiva alta (VEDA). Secundario: determinar la frecuencia de hallazgos endoscópicos sugestivos de EC en pacientes con y sin diagnóstico final histológico de EC.
Métodos: Se analizaron prospectivamente 1038 pacientes sin sospecha de EC e indicación de VEDA desde septiembre/2014 a abril/2015. Se excluyeron los pacientes menores de 15 años, con anticuerpos específicos positivos o con familiares de primer grado con EC. En todos los casos se realizaron 6 biopsias duodenales, incluyendo bulbo, segunda y tercera porción duodenal, independientemente del hallazgo endoscópico. El análisis histopatológico fue llevado a cabo según criterios de Marsh.
Resultados: La prevalencia de EC en la población estudiada fue 1,05%. En los pacientes que se diagnosticó EC la edad mediana fue de 30 años (rango 18-50). El signo del peine ("scalloping") en la VEDA se observó en 45,5% de los pacientes con EC y en 1,4% de los pacientes sin EC (P<0,001). Se observó disminución de tamaño de pliegues duodenales en 54,5 % de los pacientes con EC y en 3,3% de los pacientes sin EC (P<0,001). En ningún paciente con diagnóstico de EC la VEDA fue normal. La dispepsia fue el síntoma mas frecuente en los pacientes con EC y sin EC (63,6% vs 81,7%, P=0,13). Uno de los 11 (9,1%) pacientes con EC presentaba obesidad mórbida.
Conclusiones: La prevalencia de EC en pacientes sin sospecha de EC con indicación de VEDA fue similar a otras series (1:95). La biopsia duodenal en paciente sin sospecha de EC solo debería realizarse ante el hallazgo anormal a nivel de duodeno en la VEDA. El signo del peine y la disminución de tamaño de pliegues duodenales fueron los hallazgos endoscópico mas frecuente en pacientes con EC. Los signos endoscópicos sugestivos de EC son infrecuentes en los pacientes sin EC.

TO-O-016

PREDICTORES DE LESIONES METACRÓNICAS NEOPLÁSICAS DURANTE LA VIGILANCIA ENDOSCÓPICA LUEGO DE LA RESECCIÓN CURATIVA QUIRÚRGICA DE CÁNCER COLORECTAL

Pereyra, L. (1); Panigadi, G.N. (1); Bun, M. (2); La Salvia, D. (1); Fischer, C. (1); Omodeo, M. (1); Gómez, E.J.(1); Luna, P. (1); Mella, J.M. (1); González, R. (1); Canelas, A. (2); Rotholtz, N.A. (2); Cimmino, D.G. (1); Pedreira, S.C. (1); Boerr, L.A. (1).
(1) Servicio de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva, Hospital Alemán, Buenos Aires. Argentina. (2) Servicio de Coloproctología, Hospital Alemán, Buenos Aires. Argentina

Introducción: Luego de la resección curativa quirúrgica de cáncer colorectal (CCR), los pacientes persisten con un riesgo incrementado de presentar lesiones metacrónicas y es por este motivo que se recomienda la realización de vigilancia colonoscópica. Identificar factores de riesgo para el desarrollo de lesiones metacrónicas podría dar lugar a una estrategia de vigilancia más racional, estratificando a los pacientes según su riesgo individual.
Objetivo: Determinar la incidencia de lesiones metacrónicas neoplásicas luego de la resección quirúrgica curativa de CCR en pacientes bajo vigilancia con colonoscopía, e identificar factores de riesgo para el desarrollo de estas lesiones.
Materiales y métodos: Llevamos a cabo un estudio observacional de cohorte longitudinal. Se evaluaron las características clínicas y endoscópicas basales de aquellos pacientes sometidos a una resección quirúrgica curativa laparoscópica en nuestra institución durante el período 2004-2014 en un hospital de comunidad y que presentaran vigilancia con colonoscopía por un período mayor a 1 año. Se definió como lesión colónica metacrónica al hallazgo de adenoma, lesión neoplásica avanzada (LNA) (>75% componente velloso o displasia de alto grado o tamaño >1cm) o CCR luego de 12 meses de la colonoscopía índice. Se realizó un análisis univariado y multivariado de regresión logística para determinar predictores independientes de adenomas, LNA y CCR metacrónicos. El riesgo fue expresado en hazard ratio(HR) con su correspondiente intervalo de confianza 95%(IC). Se consideró estadísticamente significativo un valor de p<0.05.
Resultados: De un total de 670 pacientes con resección curativa de CCR durante el período analizado, 186 cumplieron criterios de inclusión y fueron analizados. La edad media promedio fue de 65 años (30-90) y el 55% fueron hombres. El seguimiento endoscópico promedio fue de 41 meses (DS +/- 20) con un total de 2.9 endoscopías por paciente (2-6). En cuanto a la incidencia de lesiones metacrónicas colónicas durante la vigilancia: 47/186 (25%) presentaron adenomas, 17/186 (9%) LNA y 6/186 (3%) CCR. En cuanto a las características clínicas y endoscópicas basales, la presencia de LNA sincrónica en la colonoscopía índice fue el único predictor independiente de LNA metacrónica (HR 1.80 CI 1.08-8.06, p 0.04) y de CCR (HR 7.23 CI 1.09-59.3, p 0.02) durante la vigilancia colonoscópica.
Conclusiones: Los pacientes con una LNA sincrónica en la colonoscopía índice presentan mayor riesgo de desarrollar una LNA o CCR durante la vigilancia y deberían ser considerados para una vigilancia más intensiva.

TO-O-017

EVALUACIÓN DE LA RESERVA PERISTÁLTICA CON MANOMETRIA CONVENCIONAL EN PACIENTES CON AMPLITUDES BAJAS DEL CUERPO ESOFAGICO

Cicchitti, M.C.; Balbuena, C.; La Salvia, D.; Mangoni, A.; Ramos, R.; Salis, G.; Colombato, L.
Servicio de Gastrenterologia - Hospital Británico de Buenos Aires. Argentina

Las degluciones múltiples desencadenan una fuerte inhibición central y periférica que se evidencia con una inhibición de la contracción del musculo liso y una relajación prolongada del Esfínter Esofágico Inferior (EEI) La última deglución es seguida, fisiológicamente, de una contracción peristáltica más fuerte y de una contracción post relajación del EEI. Este método es utilizado como prueba de provocación para evidenciar el intacto funcionamiento central y periférico del esófago distal. El comportamiento de la reserva peristáltica en patologías que afectan músculo liso es variable.
Objetivos:1) Analizar la respuesta peristáltica ante la prueba de provocación, degluciones múltiples (DM) con manometría convencional en dos grupos de pacientes con déficit de la función peristáltica Enfermedad por reflujo (ERGE) y Esclerodermia. 2) Cuantificar el porcentaje de reserva peristáltica y sintomática en estos 2 grupos.
Pacientes y Métodos: Se incluyeron todas las manometrías realizadas en forma consecutiva entre junio 2013 y junio 2015, con amplitud de ondas de los 2/3 inferiores< 50 mmHg, y/o al menos 30% de aperistálsis. Considerando como valores normales amplitudes de onda entre 64-180mmHg y PEEI normal >14mmHg. La prueba de deglución múltiple se realiza metódicamente con 2 episodios de 5 degluciones de 2 ml de agua en forma secuencial y rápida (<4 segundos entre cada deglución). Se midieron las amplitudes promedios de las dos respuestas deglutorias post provocación. Se excluyeron aquellas con datos incompletos. El test estadístico utilizado fue el Epi Info 3.2.2. Resultados: Se evaluaron 37 trazados manométricos (9% del total de estudios realizados) que cumplían con los criterios establecidos. La edad media de los pacientes fue de 50 años (DS± 14,67) F 64.9% (IC95% 47,5-79,8). La media del IMC fue 26.87 (rango 18,3-41,3). El 32.4% tenían diagnóstico de esclerodermia y el 67.6% de ERGE. Del total de pacientes, solo el 24% presentaron una adecuada respuesta a las DM. (Amplitud media de las DM 32.7+ 19.22).Siendo la amplitud media del cuerpo esofágico de 38.75mmhg para ERGE y 24.82mmHg en Esclerodermia. Fué similar el porcentaje de respuesta entre los dos grupos (24% y 25%) para ERGE y esclerodermia respectivamente. La inhibición del EEI fue completa en el total en ambos grupos. Sintomáticamente los pacientes con esclerodermia tuvieron significativamente más disfagia (50% vs 8%, p<0,05) y dolor torácico (25% vs 4%, p<0,05) que el grupo ERGE .Ambos grupos tuvieron PEEI disminuida aunque fué menor en la colagenopatía (10 mmHg vs 12,67 mmHg).
Conclusión: En los trazados manométricos analizados el test de provocación no evidenció diferencias significativas entre colagenopatías y ERGE. Si se observó que los pacientes con colagenopatías tuvieron significativamente mayor trastorno motor esofágico con amplitudes de ondas más bajas, y asociado a ello más disfagia y dolor torácico. Con un número mayor de pacientes podrían evidenciarse tal vez, mas diferencias.

TO-O-018

ACALASIA ESOFÁGICA: EXPERIENCIA EN LA TERAPÉUTICA ENDOSCÓPICA DURANTE 11 AÑOS EN UN HOSPITAL INTERZONAL

Contreras, M. (1); Alach, J. (1); Ventura, A. (1); Ochoa de la Maza, X. (1); Romé, J.C. (1)
(1) Sala de Gastroenterología. Hospital San Roque de Gonnet (HSRG). La Plata. Provincia de Buenos Aires. Argentina

Introducción: La acalasia es un trastorno específico de la motilidad esofágica, caracterizado por aperistalsis del cuerpo y falla en la relajación del Esfínter esofágico inferior. La dilatación neumática endoscópica y la miotomía de Heller son las opciones terapéuticas más utilizadas y en muchos casos la elección del procedimiento, se basa en la experiencia del centro donde el paciente ha sido referido. La miotomía endoscópica (POEM) parece tener resultados promisorios, pero aún se encuentra lejos de ser la práctica elegida por su factibilidad técnica. Objetivos: Presentar los resultados de la terapéutica endoscópica realizada en nuestro centro en pacientes portadores de acalasia esofágica y su evolución.
Material y métodos: Presentamos un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, con revisión de 98 pacientes con diagnóstico de acalasia vistos en nuestro servicio entre Enero de 2004 y Enero de 2015. Las variables estudiadas fueron la presencia de disfagia durante el año posterior al tratamiento inicial y la terapéutica instituída en aquellos no respondedores al tratamiento.
Resultados: Se analizaron 98 pacientes con diagnóstico de acalasia primaria y secundaria a Chagas. Un total de 87 pacientes (89%) recibió tratamiento con dilatación neumática endoscópica (DNE), 8 (8%) fueron derivados a cirugía, 1 paciente recibió inyecciones endoscópicas de 25 UI de toxina botulínica (TB) en 4 cuadrantes por edad avanzada y otros 2 no volvieron a consulta. La DNE se realizó con balón de 35 mm de diámetro. Durante el año subsiguiente a la realización de DNE, 32 pacientes (37%) refirieron persistencia o recurrencia de la disfagia; por lo que 27 (84%) de ellos fueron redilatados con balón de 40 mm, 3 fueron enviados a cirugía y de los dos restantes, uno recibió TB (edad avanzada con contraindicación de cirugía) con buena respuesta y al otro se le colocó stent temporario de 30 mm de diámetro, debido a que no aceptó una nueva DNE ni cirugía. De aquellos pacientes redilatados, 21 (78%) tuvieron una buena evolución y no requirieron otra terapéutica. Los 6 pacientes restantes (22%), tuvieron recurrencia de los síntomas antes del año de seguimiento, por lo que 3 fueron enviados a cirugía con buena evolución y los restantes fueron tratados con stent autoexpandible por contraindicación quirúrgica (1 de ellos posterior a TB sin éxito). De los 4 pacientes con stent esofágico, dos (ambos añosos) tuvieron buena evolución y los otros dos recibieron tratamiento quirúrgico por fracaso.
Conclusiones: En este estudio más del 80% de los pacientes tuvieron buenos resultados con una o dos DNE. En cuanto al uso de TB, se utilizó en 3 pacientes añosos y con contraindicación para cirugía, dos de los cuales tuvieron buena evolución al año de seguimiento y uno tuvo recaída antes de los seis meses. La colocación de stent, si bien controvertida, se realizó en 4 pacientes, con buena evolución en los dos mayores de 70 años y sin respuesta en los dos menores de 60 años.

TO-O-020

ACALASIA ESOFÁGICA: PRESENTACIÓN DE DATOS EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS Y TRATAMIENTO INICIAL EN 11 AÑOS DE EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL INTERZONAL

Contreras, M. (1); Alach, J. (1); Ventura, A. (1); Spalletti, L. (1); Gallarreta, V. (1); Romé, J.C. (1)
(1) Sala de Gastroenterología. Hospital San Roque de Gonnet (HSRG). La Plata. Provincia de Buenos Aires. Argentina

Introducción: La acalasia es el trastorno motor esofágico específico más frecuente y se caracteriza por una alteración de la relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) y ausencia de peristalsis postdeglutoria a nivel del cuerpo. Se clasifica en primaria o idiopática y secundaria a otras etiologías, siendo la más prevalente en nuestro medio, la enfermedad de Chagas.
Objetivos: Presentar los datos epidemiológicos y clínicos de los pacientes portadores de acalasia primaria y secundaria y la terapéutica inicial utilizada en nuestro servicio durante 11 años de trabajo.
Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, con revisión de 98 pacientes con acalasia vistos en el Servicio de Gastroenterología del HSRG, entre Enero de 2004 y Enero de 2015. Se excluyeron 4 pacientes portadores de pseudoacalasia originada en lesiones orgánicas de la unión gastroesofágica. Las variables estudiadas fueron: género, edad, procedencia, presentación clínica, estudios diagnósticos realizados, tratamiento inicial brindado y complicaciones inmediatas observadas.
Resultados: De los 98 pacientes, el 57% fueron de sexo masculino y la edad promedio de 55 años. El 92% fueron procedentes de Argentina y el 8% restante de nacionalidad paraguaya, boliviana y peruana. Un 89% presentó acalasia primaria y el 11% restante acalasia secundaria a Chagas. Todos los pacientes tuvieron disfagia y uno o más síntomas asociados, como dolor torácico en el 71% y ERGE en un 53%. El tiempo de evolución de la disfagia fue mayor a 1 año en el 85%. El diagnóstico se realizó con manometría de perfusión y esofagograma. El Grado III de la Clasificación de Ressano-Malenchini se observó en el 49% y en la manometría esofágica, la forma clásica fue la más prevalente (84%). A la totalidad de los pacientes se les realizó endoscopía para descartar lesiones orgánicas de la unión gastroesofágica. Luego del diagnóstico, 87 pacientes (89%) recibieron tratamiento con dilatación neumática endoscópica (DNE) debido la mayor experiencia en nuestro centro con esta técnica. Por falta de abordaje laparóscopico, sólo 8 pacientes (8%) fueron derivados para resolución quirúrgica a cielo abierto; todos ellos menores de 40 años. Sólo 1 paciente recibió inyecciones de toxina botulínica (TB) por edad avanzada y 2 pacientes no volvieron a consulta. Dentro de las complicaciones, 2 pacientes sometidos a DNE sufrieron perforación esofágica; los mismos recibieron tratamiento quirúrgico de urgencia con buena evolución postoperatoria en ambos casos.
Conclusiones: En el presente estudio se observó que ambos géneros fueron afectados en similar proporción, con edad promedio de 55 años. La acalasia de origen chagásico representó el 11% del total. Los síntomas más frecuentemente asociados a la disfagia, fueron el dolor torácico y ERGE. La DNE fue la terapéutica utilizada en casi el 90% de los casos y la complicación por perforación esofágica ocurrió en el 2 % de los tratados.

TO-O-019

VALIDEZ DIAGNÓSTICA DE BIOMARCADORES EN ENFERMEDAD CELÍACA

Legorburu, M.C. (1); Oldano, A.V.(1); Saguir, P.F.(1); Gauna, I. (2); Pérez Renfiges, A.(3); Araujo, C.R. (1)
(1) Laboratorio de Gastroenterología. Instituto de Bioquímica Aplicada. Facultad de Bioquímica Química y Farmacia. Universidad Nacional de Tucumán. Argentina
(2) Servicio de Gastroenterología Hospital Centro de Salud Zenón Santillán y C.A.P.S. Ramón Carrillo. Yerba Buena. Tucumán. Argentina
(3) Cátedra de Bioestadística. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán. Argentina

Introducción: La Enfermedad Celíaca (EC), desorden autoinmune sistémico y crónico, es inducido por las proteínas del gluten presentes en trigo, avena, cebada y centeno. Las personas con susceptibilidad genética, portadores de los haplotipos HLA-DQ2/DQ8, pueden desarrollar lesiones autoinmune en intestino, piel, y otros órganos. La EC afecta al 1 % de la población general y su prevalencia está en aumento a partir de la disponibilidad de biomarcadores específicos para su diagnóstico.
Objetivo: Evaluar la validez diagnóstica de los biomarcadores ensayados, Antitransglutaminasa tisular–IgA (TGt-IgA) y Antipéptidos Deaminados de Gliadina-IgA (PDG-IgA) respecto de la biopsia endoscópica practicada en adultos sospechosos de padecer la EC.
Material y Métodos: Se estudiaron pacientes adultos(n=1634) de distintos Servicios de Salud, generalmente de Gastroenterología, que concurrieron al Laboratorio de Gastroenterología, entre marzo de 2002 y noviembre de 2014, calificados como sospechosos de padecer la EC por ser parientes de celíacos confirmados, por presentar algún signo o síntoma asociado, por padecer enfermedades autoinmunes o asociadas a la EC o por poseer una biopsia sugerente de EC. Los biomarcadores ensayados fueron: IgA (Inmunodifusión Radial-DiffuPlate, Biocientífica, Argentina); TGt-IgA y PDG-IgA por ELISA (Inova Diagnóstics, San Diego, CA, EEUU). Sólo en 214 pacientes se registraron descripciones de biopsias endoscópicas, clasificadas de acuerdo a criterios de Marsh-Oberhuber, considerándose Marsh II o III (a, b, c) confirmatorias de EC. Se realizó el análisis descriptivo de las variables bajo estudio y se calcularon las medidas de validez y pronóstico para la evaluación diagnóstica de los biomarcadores.
Resultados: El 79%(1285) de 1628 pacientes con registro de sexo, eran mujeres. De 1291 pacientes con registro de edad, el 36% (467) tenían entre 17 y 32 años, el 27% (350) entre 33 a 48 años. De los 1247 sospechosos, el 58%(722) presentaron síntomas digestivos. El 22% de 1273 pacientes fueron seropositivo para TGt-IgAy el 22% de 724 muestras, fueron seropositivas para PDG-IgA, ambos marcadores con títulos ≥ a 20 U. Sólo 214 pacientes remitieron al Laboratorio biopsias endoscópicas, dentro de los seis meses de la toma de muestra de sangre: 14%(31) correspondieron a Marsh II, 19%(40) a Marsh III y 45%(96)fueron descriptas como compatible a EC sin especificar, las restantes fueron Marsh 0 o I.Se calcularon las medidas de validez de los biomarcadores TGt-IgA y PDG-IgA (sensibilidad, especificidad y falsos positivos y negativos), como así también las medidas pronóstico (valores predictivos positivos y negativos) considerando la prevalencia calculada para la población adulta sospechosa de padecer EC.
Conclusiones: La validez de los anticuerpos ensayados, TGt-IgA y PDG-IgA, y sus medidas pronóstico indican que son buenos predictores para el diagnóstico de EC en la población sospechosa.

TO-O-021

ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO Y RESISTENCIA ANTIMICROBIANA EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA: ESTUDIO RETROSPECTIVO OBSERVACIONAL

Mandrilli, N. (1); Cartier, M. (1); Vasen, W. (2); Muñoz, A. (1); Marino, M. (1); Miguez, C. (1); Romero, G. (1)
(1) Servicio de Hepatología. Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos B. Udaondo. Buenos Aires. Argentina
(2) Servicio de Infectología. Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos B. Udaondo. Buenos Aires. Argentina

Introducción: La Peritonitis Bacteriana Espontánea (PBE) es una complicación severa que se presenta en pacientes cirróticos con una mortalidad del 10 al 30%. En los últimos años se ha observado un aumento en la incidencia de infecciones bacterianas por gérmenes resistentes.
Objetivo: Evaluar en forma retrospectiva el rescate bacteriológico en pacientes cirróticos que ingresaron por una PBE o la desarrollaron durante la internación en un Hospital de CABA.
Material y Métodos: estudio retrospectivo observacional en una serie de pacientes que ingresaron entre 2010 al 2014. Se definió PBE como un recuento de neutrófilos mayor o igual a 250 mm3 en líquido ascítico (LA), se las dividió en dos grupos, intrahospitalarias (IH) (más de 48 hs de internación o menos de 30 días al alta de la última internación) o extrahospitalarias (EH). Se excluyeron pacientes con HIV u otro tipo de inmunodepresión. Se realizó un análisis de variables clínicas, bioquímicas y rescates en cultivos de LA y hemocultivos.
Análisis estadístico: chi2 con test de Fisher, test de t, programa estadístico: MedCalc.
Resultados: Se incluyeron 45 episodios de PBE, 28 (62,2%) eran EH y 17 (37,8%) IH. De la totalidad de los pacientes 37 eran hombres, edad 56 ± 11,8 años, 26 de etiología alcohólica (57,7%), Child Pugh 10 ± 1,42 y MELD 18 ±6,5. Se obtuvo rescate en 9 (20%) de los LA y en 5 (11,1%) de los hemocultivos. En las PBE EH el rescate en LA fue de 2 bacilos gram (-) (E. Coli sensibles) y 4 cocos gram (+) (1 estafiloco coagulasa negativo meticilino resistente a vancomicina y 1 neumococo sensible). En los hemocultivos desarrollaron 2 bacilos gram (-) (Una E. Coli resistente a quinolonas y otra a β lactámicos) y 2 cocos gram (+) (Enterococo spp y un neumococo spp ambos sensibles). En las IH el desarrollo en LA fue 1 bacilo gram (-) sensible (Proteus Mirabilli) y 2 cocos gram (+) resistentes (SAMR y Enterococo spp) y en hemocultivos fue sólo un bacilo gram (-) (E. Coli resistente a β lactámico y quinolonas). En las EH tuvimos un 60% de rescate de gérmenes sensibles a diferencia de las IH que fue de sólo un 25%. No hallamos diferencias estadísticamente significativas cuando se analizó entre los grupos de PBE de alto riesgo, insuficiencia renal al ingreso o desarrollada durante la internación. La mortalidad en ambos grupos fue de 2 (7,14%) pacientes en las EH y de 1 (5,88%) en las IH. Ninguno de los pacientes fallecidos presentó en los cultivos bacterias resistentes.
Conclusión: El bajo desarrollo bacteriológico hace difícil hacer un análisis de prevalencia. Sin embargo cabe mencionar que en el grupo IH la mayoría eran gémenes resistentes. Por último cabe destacar un alto rescate de cocos gram (+) (57,1%) cuando se evaluó la totalidad de las bacterias aisladas.

TO-O-022

¿QUÉ IMPACTO TIENE EL REFLUJO NO ÁCIDO EN EL DAÑO ESOFÁGICO?

Donato, G.(1); Rovati, N.(1); Reynoso, V.(1); Cohen Sabban, J.(1); Santino, J.(2); Lifschitz, C.(1); Orsi, M.(1)
(1) Servicio de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Italiano de Buenos Aires
(2) Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Desde el advenimiento de la impedanciometría intraluminal multicanal con phmetría 24hs (IIM-pH24hs) se ha incrementado el interés por conocer el impacto que tiene en la mucosa esofágica la composición (ácido/no ácido) y el tiempo de exposición de lreflujo gastroesofágico.
Objetivo: Analizar la cantidad de episodios de reflujo ácido (RA), no ácido (RNA), tiempo de clearance del bolo (TCB) y su relación con la esofagitis.
Material y métodos: Se analizaron trazados IIM-pH24hs de niños estudiados por sospecha de reflujo gastroesofágico realizados entre mayo 2006-2015. Se incluyeron aquellos con endoscopia digestiva alta con biopsias esofágicas para determinar el daño mucoso y conjuntamente IIM-pH24hs.
En todos los pacientes se analizó RA, RNA y TCB. Se los dividió de acuerdo a presencia/ausencia de esofagitis y resultado de pHmetría: E1 (esofagitis con pHmetría normal), E2 (esofagitis con pHmetría patológica), N1 (mucosa normal con pHmetría normal) y N2 (mucosa normal con pHmetría patológica). Se utilizó para el análisis estadístico t-test.
Resultados: Se analizaron 143 trazados, de los cuales 89 cumplieron con los criterios de inclusión. La media de edad de los niños estudiados fue 9.33 (r3-16). Los grupos fueron E1=25; E2=16; N1=35; N2=13. Presentaron esofagitis en biopsias 41 pacientes, de los cuales 61% (25/41) tuvieron score de pH normal, con un aumento significativamente estadístico del número de episodios de RNA (p=0,019) (Tabla 1), al igual que al comparar E2 vs N2 (p = 0,006) (Tabla2), no así RA y TCB.
Conclusión: En niños con esofagitis, se observó predominancia de episodios no ácidos, independiente del tiempo de exposición, lo que explicaría fracasos terapéuticos. Nuevos medicamentos que consideren éstos hallazgos son necesarios para evitar el daño esofágico.

	ESOFAGITIS	ESOFAGITIS	P		ESOFAGITIS	NORMAL MUCOSA	P
Iim	Ph Normal (25)	Ph Patológica (16)		Iim	Ph Patológica (16)	Ph Patológica (13)	
RA	22.04±17.24	49.31±25.15	0.000	RA	49.31±25.15	49.23±28.92	0.994
RNA	34.04±25.09	17.63±11.89	0.019	RNA	17.63±11.89	7.31±4.46	0.006
TCB	15.36±5.42	17.56±4.18	0.175	TCB	17.56±4.18	18.15±7.63	0.792

TO-O-023

ACCESO AL TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE HEPATOLOGÍA DEL HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA

Pérez, M.D. (1); Salas Paz, L. (2); Palazzo, A.G. (1); Murga M.D. (1); Lombardo, C.D. (3)
(1)Servicio de Gastroenterología, Sección Hepatología, Hospital Ángel C. Padilla, Tucumán. Argentina
(2)Jefe de Residentes. Servicio de Gastroenterología. Hospital Ángel C. Padilla, Tucumán. Argentina
(3)Jefe del Servicio de Gastroenterología Hospital Ángel C. Padilla, Tucumán. Argentina

Introducción: El trasplante hepático (TH) es el tratamiento de elección para muchas enfermedades hepáticas de distintas etiologías, proporciona una oportunidad de mayor supervivencia con una excelente calidad de vida. La cirrosis hepática es la causa más frecuente de indicación de TH. En el año 2012 la tasa de aplicabilidad de Trasplante hepático en Argentina fue de aproximadamente 48%, con una mortalidad en lista de espera de 21,6%, pero se ignora cuál es la accesibilidad de la población a ser evaluada para TH principalmente en regiones que tienen mayor índice de pobreza y en las más alejadas a un centro de trasplante.
Objetivos: Conocer el número de pacientes cirróticos que tienen indicación de evaluación para trasplante, accesibilidad y aplicabilidad del trasplante en nuestro medio.
Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal en pacientes con cirrosis que concurrieron a la Unidad de Hepatología de un hospital de alta complejidad entre el periodo 2013-2015. Se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, etiología de la cirrosis, tipo de consulta (ambulatoria o internación), motivo de consulta, complicaciones mayores de la cirrosis, score de Child-Pugh y MELD. Se estudió además el número de pacientes con indicación de trasplante, los que presentaron contraindicación, la accesibilidad a evaluación y a lista de espera, la aplicabilidad y la mortalidad en lista. Se realizó análisis estadístico con InfoStat 2015. En todos los casos se consideró significativo un valor de p <0.05.
Resultados: Se estudiaron 97 pacientes de los cuales el 78% fueron pacientes internados. La franja etaria predominante fue entre 50 y 69 años con predominancia de sexo masculino. El alcohol fue la etiología más frecuente (81%) en el sexo masculino y en el sexo femenino prevaleció la causa desconocida (39,1%). El motivo de consulta más frecuente fue el sindrome ascitico edematoso (37%). El 93% de los pacientes habían presentado en la evolución de su enfermedad alguna complicación mayor, siendo la más frecuente la presencia de ascitis. El 50% de los pacientes presentaron Child Puhg B. Se calculó el MELD en 92 pacientes encontrándose el 48% de los pacientes en el rango entre 12 y 20 puntos. El 97% (90) tuvo indicación de evaluación para trasplante hepático, 37 pacientes presentaron alguna contraindicación, siendo la principal el alcoholismo activo (21). El acceso a evaluación para trasplante hepático fue de 11% (6/53). El acceso a lista de espera para trasplante hepático fue de 50% (3/6). La aplicabilidad del trasplante fue nula (0%) ya que ningún paciente de la muestra fue trasplantado. Un solo paciente falleció en lista de espera.
Conclusión: Este estudio demuestra que la prevalencia de pacientes con indicación es alta, que la principal contraindicación es el alcoholismo activo y que el porcentaje de acceso a lista de espera en nuestro medio es baja (11%).

TO-O-024

SOSPECHA CLÍNICA DE SÍNDROME DE LYNCH. EL ESTUDIO DE 698 FAMILIAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Antelo, M.(1); Milito, D.(1); Golubicki, M.(2); Carballido, M.(1); Méndez, G.(1); Iseas, S.(1); Barugel, M.(1); Hirmas, S.M. (2); Salanova, R. (3); Mikolaitis, V. (3); Cisterna, D. (2); Bartellini, A. (2); Cabanne, A. (3); Roca, E. (1)
(1) Sección Oncología, Hospital de Gastroenterología del GCABA
(2) Laboratorio de Biología Molecular, Hospital de Gastroenterología del GCABA
(3) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Gastroenterología del GCABA

Introducción: el síndrome de Lynch (SL) representa 150 casos de cáncer colorrectal (CCR) por año en Argentina, que a través de la investigación y la intervención potencialmente podrían evitarse. El manejo óptimo de este síndrome implica registros especializados multidisciplinarios. Objetivos: describir la estructura, el manejo y las características de los pacientes de nuestro registro, junto con los avances durante los últimos 10 años. Metodología: realizamos una revisión de las familias incluidas desde 1999 en el registro ubicado en la sección Oncología de un hospital público de Buenos Aires. Se evaluaron las características de las familias, los resultados de las pruebas moleculares y de las colonoscopías de vigilancia, y se analizó el aumento en el tiempo del número de familias y de estudios moleculares. Resultados: incluimos 698 familias con criterios clínicos de SL desde 1999. Durante el período 2009-2014, en el que dos gastroenterólogas se incorporaron al registro, reclutamos 490 familias, 3 veces más que durante el período 1999-2008. Los criterios clínicos de las familias registradas son: Ámsterdam: 99 (14%), Bethesda: 538 (77%), o CCR<70: 61 (8.5%). 43% de nuestros pacientes índices no poseen ninguna cobertura social. Los pacientes con sospecha de SL deben realizar un cribado molecular del déficit del sistema reparador del ADN (dSRA), que implica la inmunohistoquímica (IHQ) para proteínas RA, y la inestabilidad microsatelital (IMS). La IHQ se realiza en nuestro hospital desde 2010, y se han analizado 494 (71%) pacientes. Con respecto a la IMS, durante el 2014 nuestro hospital se convirtió en la primera y única institución pública que realiza esta prueba, habiendo evaluado ya 65 casos, que sumados a las 266 (41%) IMS en el contexto privado, da un total de 331 (47%) estudios realizados. El registro actualmente tiene: 25 (3.5%) casos de SL confirmado, 14 (2%) de SL símil, 325 (46%) casos con SRA intacto (SL descartado), 113 (16.2%) con dSRA (que necesitan ser genéticamente estudiados), y 221 (31.7%) pacientes pendientes de IHQ y/o IMS. Por último, hemos analizado 973 colonoscopías de las familias registradas en el contexto de vigilancia del CCR. Se identificaron 83 (9%) adenomas de bajo riesgo, 42 (4%) de alto riesgo, y 24 (2.4%) casos de CCR: de ellos 21 (82%) eran estadíos I y II y solamente 2 y 1 eran estadíos III y IV respectivamente. Conclusiones: hemos logrado, con gran esfuerzo y dedicación de nuestro recurso humano, junto a subsidios y becas del Instituto Nacional del Cáncer y del CONICET, uno de los registros de SL más grandes de Latinoamerica. Además, nuestro grupo representa el primer hospital público en Argentina que realiza la IHQ y la IMS en forma gratuita. Sin embargo, debemos seguir trabajando para lograr más recurso humano permanente y la posibilidad de realizar estudios genéticos gratuitos, para que finalmente podamos democratizar la secuenciación y llegar a toda la comunidad, sin distinción de posición socio-económica.

TO-O-025

PRIMERA EXPERIENCIA DE CRIBADO MOLECULAR EN SÍNDROME DE LYNCH EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ARGENTINA: ALTA CONCORDANCIA ENTRE LA INMUNOHISTOQUÍMICA Y LA INESTABILIDAD MICROSATELITAL

Golubicki, M.; Antelo, M.; Milito, D.; Carballido, M.; Méndez, G.; Iseas, S.; Hirmas, S.M.; Salanova, R.; Mikolaitis, V.; Cabanne, A.; Bartellini, A.; Roca, E.; Cisterna, D.
Secciones de Oncología, Patología y Unidad de Laboratorio, Sección Biología Molecular, Hospital de Gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo", Buenos Aires. Argentina

Introducción: el síndrome de Lynch (SL) es la forma de cáncer colorrectal (CCR) hereditario más frecuente. Está asociado a mutaciones germinales en los genes (g) del sistema reparador del ADN (SRA), llamados MLH1, MSH2, MSH6 y PMS2. La sospecha clínica se basa en la presencia de CCR o tumores asociados a SL a edades jóvenes, y/o historia familiar de cáncer. Se confirma mediante un estudio genético de alto costo y complejidad, con el hallazgo de mutaciones patogénicas en algún gRA. Por lo tanto, inicialmente se realiza un cribado molecular en tejido tumoral en búsqueda de la impronta molecular del SL: el déficit del SRA, seleccionando así los casos para estudio genético. Este cribado se puede realizar a través dos técnicas: la inmunohistoquímica (IHQ) de las proteínas RA, y la inestabilidad micro satelital (IMS) por PCR. Ambas poseen una sensibilidad del 90-95% para el SL, y deben tener una concordancia entre ellas del 95% según la bibliografía.
Objetivos: evaluar por primera vez en el ambiente público de nuestro país la correlación entre las dos técnicas de cribado molecular para optimizar el diagnóstico del SL.
Metodología: se estudiaron con IHQ e IMS 72 pacientes con sospecha clínica de SL atendidos en la sección Oncología de nuestro hospital. De cada paciente se obtuvieron dos muestras: ADN tumoral del CCR y ADN normal; la extracción del ADN se efectuó con el Kit QIAamp DNA FFPE Tissue, Qiagen. La IMS se realizó con el Kit MSI V1.2 Promega. Los CCR se clasificaron como IMS si se detectaban >2/5 y MSS si se detectaban 0-1/5 marcardores inestables. La IHQ se realizó con anticuerpos monoclonales de CELL MARQUE™. Los casos con IMS y/o déficit de expresión proteica (DEP) en la IHQ fueron clasificados como dSRA, y aquellos con MSS y expresión conservada de las 4 proteínas (EC4P) como SRA intacto.
Resultados: con la IHQ se detectaron 55 (76.4%) casos con EC4P, y 17 (23.6%) casos con DEP. Así, se detectaron 19 (26.3%) de casos de dSRA en los pacientes estudiados. Con la IMS se detectaron 54 (75%) casos con IMS, y 18 (25%) con MSS. De los 18 casos con MSI, 16 (88.9%) también presentaron en la IHQ DEP, y solamente 2 EC4P. De los 54 casos con MSS, 53 (98.1%) también presentaron EC4P y solamente un caso tuvo DEP. Por lo tanto, la concordancia entre ambas técnicas fue del 95.2%.
Conclusiones: en nuestra institución las dos técnicas de cribado molecular para SL poseen una concordancia del 95.2%, que coincide al valor requerido en la bibliografía internacional, y son equivalentes para predecir un dSRA. Así, se podría utilizar la IHQ (de menor costo y automatizable) como método inicial, y complementar con IMS en casos específicos. La realización de ambas técnicas en el marco la Salud Pública tiene un alto impacto en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con CCR a edades jóvenes y/o con historia familiar de cáncer.

TO-O-026

COLITIS MICROSCÓPICA: PREVALENCIA Y DESCRIPCIÓN DE SUS PRESENTACIONES TÍPICAS Y DE FORMAS INESPECÍFICAS DE INFLAMACIÓN

Ortmann, G.A. (1); Causada Calo, N.S. (1); Sánchez, M.B. (1); Mauro González, A.B. (1); Rey, A. (1); Madrid, D.C. (1); Durán, S. (1); Nieto, D.E. (1); González Sueyro, R.C. (1); Santino, J.P. (2); Etchevers, M.J. (1); Sobrero, M.J. (1); Daffra, P.R. (1); González, M.L. (1); Marcolongo, M.M. (1); De Paula, J.A. (1)
(1) Servicio de Gastroenterología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina
(2) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina

Introducción: La colitis microscópica (CM) se define como un síndrome clínico-patológico caracterizado por diarrea crónica acuosa y apariencia endoscópica normal de la mucosa colónica pero con cambios inflamatorios microscópicos. Representa el 4-13% de los casos de diarrea crónica. Si bien clásicamente se describen las variantes linfocítica y colágena, existen cambios inflamatorios inespecíficos observados en el estudio histopatológico del colon de pacientes con diarrea crónica. Nos propusimos evaluar la prevalencia de CM, tanto de sus forma típicas (CMT) linfocítica y colágena, como de sus de formas inespecíficas (CMI) que no cumplen con los criterios de las dos primeras.
Objetivos: El objetivo primario fue determinar la prevalencia de cambios inflamatorios microscópicos en pacientes con diarrea crónica y, en forma secundaria, describir sus características clínicas.
Materiales y métodos: Estudio de corte transversal. Se revisaron los registros clínicos electrónicos de pacientes adultos (>18 años) con diarrea crónica a los que se le realizó una videocolonoscopia (VCC) con toma de biopsias en un hospital de tercer nivel, entre julio de 2004 y junio de 2014. La indicación de la VCC con toma de biopsias fue según criterio del médico tratante. Se definió la prevalencia de CM en base al porcentaje de estos pacientes que presentaron una mucosa endoscópicamente normal y hallazgos histológicos compatibles con CMT o CMI. Se describieron los hallazgos clínicos, la topografía de la inflamación microscópica y las enfermedades asociadas a la CMI.
Resultados: Se identificaron 1333 pacientes con diarrea crónica que realizaron VCC con toma de biopsias, de los cuales 157 (11,8%) presentaban mucosa normal e histología con cambios inflamatorios. De estos, 107 (68,2%) eran mujeres. La mediana de edad fue 61 años (rango intercuartil 51,5-71). Se diagnosticaron 129 (82,2%) pacientes con CMI, 24 (15,3%) con CM linfocítica y 4 (2,5%) con CM colágena. Las manifestaciones clínicas más relevantes fueron dolor abdominal (41%) y pérdida de peso (25,9%). Del total, 17 sujetos (10,8%) presentaron alteraciones confinadas exclusivamente al colon derecho y todos ellos eran casos de CMI (P 0,04). Dentro de este último grupo, 35 (22,4%) tenían antecedentes de colecistectomía, 22 (14%) de hipotiroidismo, 10 (6,4%) de enfermedad celíaca, 3 (1,9%) de VIH y 2 (1,3%) de diabetes tipo 1.
Conclusión: La prevalencia global de CM (CMT y CMI) en pacientes estudiados con VCC con toma de biopsias por diarrea crónica fue 11,8%. El porcentaje de CMT fue 2,1%, que es menor al reportado en otras series. Por el contrario, la prevalencia de hallazgos microscópicos inespecíficos fue 9,6%. Asimismo, el compromiso aislado del colon derecho fue poco prevalente y ocurrió exclusivamente en las CMI. Se necesitan más estudios que caractericen las formas e impacto de CMI.

TO-O-027

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y EMBARAZO

Daffra, P.R.; Etchevers, M.J.; Sobrero, M.J.; De Paula, J.A.
Servicio de Gastroenterología, Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) afectan a pacientes en edad reproductiva, y los aspectos relacionados a la fertilidad y a la reproducción son uno de los temas que más preocupan a estos pacientes. Se sabe que las mujeres con EII eligen con más frecuencia no tener hijos y las principales causas de esta elección son el miedo a que la medicación afecte al feto durante el embarazo y la contraindicación por parte del médico.
Objetivos: Conocer la percepción y conocimientos que tienen las pacientes acerca de la influencia de la EII en la fertilidad y el embarazo en nuestro medio.
Materiales y métodos: Estudio de diseño de corte transversal. Se incluyeron mujeres con EII de entre 18 a 45 años incluidas en la base de datos de pacientes con EII del servicio de gastroenterología en el periodo entre el 1/10/2014 al 1/06/2015, a quienes se les realizó la encuesta vía correo electrónico.
Resultados: Sesenta y cinco pacientes respondieron la encuesta. El 63% de las pacientes tenían colitis ulcerosa (CU), 32% enfermedad de crohn (EC), 5% colitis indeterminadas (CI), con una edad media de 33 años (19-43). El 48% de las pacientes tuvieron al menos un embarazo con un promedio de 1,43 (1-3) hijos por paciente. Ocho (26%) tuvieron al menos un aborto, de las cuales 6 (75%) tenían diagnóstico de EC (p=0,035). Ante el embarazo, 4 pacientes discontinuaron la medicación, 2 por cuenta propia y 2 por indicación médica. Globalmente, un 37% de las pacientes presentaron brote de su enfermedad durante el embarazo, sin diferencias significativas entre CU y EC, un 30% presentaron mejoría clínica y en un 33% los síntomas no se modificaron. La vía de parto fue por cesárea en un 52% y el 66% de las pacientes con EC tuvieron parto por vía vaginal. Una cuarta parte de las pacientes manifestaron que no desea tener hijos o continuar teniéndolos. Las causas más frecuentes de esta decisión fueron por motivos relacionados con la EII (62%), siendo las más frecuentes temor a que la medicación afecte al bebé, a las malformaciones fetales, a cursar un embarazo complicado y/o a que el bebé herede la enfermedad. Se les preguntó a todas las pacientes acerca de los aspectos que más le preocupan en relación al embarazo. El 42 % respondió que les preocupa mucho que sus hijos hereden la enfermedad, el 61% que la medicación afecte a su hijo, el 48% presentar un peor curso clínico durante la enfermedad y el 55% cursar un embarazo complicado.
Conclusiones: Si bien es aceptado que la EII en remisión no afecta la fertilidad y que los fármacos utilizados son seguros durante el embarazo, este trabajo demuestra que entre las mujeres con EII en edad fértil más del 50% tienen temores y prejuicios infundados que acarrean toma de decisiones equivocadas con gran impacto en el desarrollo personal y familiar. En conclusión este tema debe ser abordado en forma activa en la consulta y los médicos debemos aconsejar con fundamentos científicos disponibles en un equipo multidisciplinario que involucre a obstetras.

TO-O-028

URGENCIAS DEFECATORIAS. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA

Miele, F. (1); Diez G. (1); Ninno, J. (2); Díaz, L. (2); Preyra, F. (3); Moretti, N. (5); Bonardo, M. (3); Martin, M. (4)
(1) Clínica Pasteur. Neuquén. (2) Hospital Provincial Neuquén, "E. Castro Rendón". (3) Centro Médico Pereyra, Cipolletti, Rio Negro. Hospital Pedro Moguillansky, Cipolletti. Rio Negro. (4) Centro de Enfermedades Digestivas, Gral. Roca. Rio Negro. (5) Policlinico Neuquén. Neuquén
Médicos de FUNDECCU ARGENTINA (Fundación Argentina de ayuda para la persona con Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa)

Fundamento: Evaluar la necesidad de implementar políticas sanitarias para resolver la problemática social de las personas con EII con respecto a la urgencia defecatoria. Objetivo: Demostrar el impacto que tiene la urgencia defecatoria en la calidad de vida de las personas con EII. Materiales y métodos: Diseño: Estudio de Cuestionario auto administrado, validado. Materiales y Métodos: Se utilizó un cuestionario Auto administrado en la Página Web de Fundeccu Argentina www.fundeccu.com.ar El mismo estuvo a disposición en idioma Español, Inglés, Portugués, Italiano y Francés. Por medio de dicho cuestionario se recolectaron las respuestas a preguntas por un período de tiempo de 4 meses. Las respuestas se agruparon por frecuencia de presentación. La información obtenida se organizó en base de datos de Microsoft Office Excel Versión 2010 y se procesaron para el análisis estadístico con el programa EPI INFO VERSION 7. Resultados: Se recibieron 104 cuestionarios completos en un período de 4 meses comprendido entre marzo de 2015 y julio de 2015. De ellos se excluyeron 4 por no cumplimentar con la consigna y por duplicación de envió, por lo que se analizan 100 cuestionarios. Del total estudiado, 68% fueron mujeres y 32% hombres. Las nacionalidades por frecuencia: Argentina 79%, Chile 7%, España 4%, Colombia, México y Puerto Rico 3% cada uno, Uruguay 1%.
1 - Intentas identificar rápidamente la ubicación de un baño en cualquier lugar que vayas cuando te encuentras en brote de tu enfermedad? SI 80% - NO 4% A VECES 1% NO SALGO: 15%.
2-Te ha sucedido que te prohiban usar un baño público de un lugar gastronómico por no consumir en el mismo? NO 32% SI: 51% A VECES: 17%
3- Alguna vez has tenido que retirarte ante un urgencia incontenible de ir al baño en algún lugar en donde intentabas realizar un trámite? NO: 9% SI: 91%
4- Alguna vez dejaste todo lo que intentabas comprar en un negocio por tener una urgencia para ir al baño y no poder esperar la fila de la caja de pago? NO: 25% SI: 75%
5- Sufriste alguna vez un desafortunado accidente de incontinencia ensuciándote en condiciones públicas por no conseguir un baño rápidamente? NO: 45% SI: 55%
6- Decidiste no realizar tus actividades diarias y quedarte recluido en tu casa por saber que no podrías contener la urgencia de ir al baño? NO: 11% SI: 89%
7-Se vio perjudicado uno o más de los siguientes por no poder soportar las urgencia de ir al baño en forma frecuente? Ciclo lectivo-Trabajo-Amigo-Pareja Deportes: 100%.
8- Alguna vez tu médico te ha preguntado sobre todos estos temas y como es tu vida personal por las urgencias de ir al baño? NO 46% SI 53%
9-Si hablaste algún vez estos temas con tu médico, sentiste: Interés y ayuda en buscar solución: 59% - Escucha sin tomar conducta: 18% - Desinterés: 23%.
10- Consideras importante implementar en tu lugar una Legislación que te permita usar baños de entidades públicas o privadas, tener acceso a cajas de prioridad en tramites o pagos, prioridad en asientos de transportes públicos? SI 100%.
11-Consideras que tus médicos trabajan para ti más allá de lo netamente medico (por ejemplo en tomar conductas activas sobre tus derechos, información, difusión de la enfermedad, etc.? NO 46% - SI 54%.
12 -Te gustaría que los médicos de tu región te ayuden a implementar el proyecto "No puedo esperar"? SI 100%
El 47% de los encuestados fueron pacientes atendidos en el Equipo Médico y Grupo de apoyo de Fundeccu Argentina en donde ya está Legislado el derecho a "NO poder esperar".
Conclusiones: 1. Las mujeres se mostraron más dispuestas a responder el cuestionario. 2. Los países por frecuencia fueron: Argentina, Chile y España. 3. El 80 % de las personas busca un baño al llegar a lugares públicos y 89% decide quedarse en su casa por miedo a No poder esperar.4. El 91% de las personas debieron retirarse en forma brusca de un lugar público donde efectuaban un trámite o dejaron compras ya realizadas por no poder esperar la fila en la caja de pago. 5. Más de la mitad tuvo algún episodio de incontinencia y ensuciamiento en vía pública.
6. El miedo a la urgencia afecto a la totalidad de las personas, ya sea en el aspecto laboral pareja, estudios, amigos, deportes; afectando en el 80% más de 3 aspectos. 7. El 100% solicita que se ayude a defender su derecho al NO PODER ESPERAR.8- Solo la mitad de los médicos preguntaron por este tema y el 41 % tuvo una escucha inactiva. 9- Aunque los resultados demostraron el alto impacto en la calidad de vida por esta problemática, podríamos inferir que estas variables en población sin contención por equipos interdisciplinarios con grupo de apoyo podrían ser aún más alarmantes.

TO-O-029

COMBINACIÓN DE PENTOXIFILINA Y VITAMINA E PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESTEATOHEPATITIS NO-ALCOHÓLICA: RESULTADO FINAL DE UN ESTUDIO PILOTO PROSPECTIVO

Barreyro, F.J. (1) (3); Elizondo, K. (2); Marucci, R.S. (1)
(1) Departamento de Microbiología, Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales, Universidad Nacional de Misiones. (2) Patología Integral. (3) CONICET

Introducción: La enfermedad hepática grasa no-alcohólica es una entidad de elevada prevalencia en la población occidental, se encuentra vinculada a la resistencia a la insulina, síndrome metabólico, obesidad y diabetes. Su espectro más agresivo la esteatohepatitis no-alcohólica (NASH) presenta a nivel histológico esteatosis, daño hepático y fibrosis, pudiendo progresar a cirrosis y hepatocarcinoma. Se reconoce como eventos fisiopatológicos de esta entidad a la resistencia a la insulina, apoptosis, desregulación de citoquinas proinflamatorias como el TNF-alfa y estrés oxidativo. Actualmente se recomienda como tratamiento del NASH a la vitamina E, sin embargo hay un grupo de pacientes que no responden a este tratamiento. Datos recientes revelan que el antagonista de TNF, pentoxifilina presenta efectos antiinflamatorios y anti-oxidantes en el NASH.
Objetivo: de este estudio es determinar la efectividad del tratamiento combinado de pentoxifilina y vitamina e para el tratamiento del NASH previo a la realización de un estudio aleatorizado prospectivo.
Metodología: 20 pacientes sin cirrosis, sin diabetes con IMC ≥25-≤30, con diagnóstico histológico de NASH con hipertransaminasemia 1,2 sobre VN y neo-epitopes-M30 >350 UI/L, fueron incluidos a recibir Vitamina E 800 mg/día asociado a Pentoxifilina 600 mg c/12hs por 48 semanas. El objetivo primario fue normalización de AST (40 UI/L), ALT (40 UI/L) y M30 (<215 UI/L).
Resultados: La edad promedio fue 49 años (IC 95% 45-53), el 60% (12) de sexo masculino. Las características histológicas basales fueron las siguientes: Esteatosis grado 2 60%, inflamación lobular grado 2 95%, "balooning" grado 1 85% y fibrosis estadio 1 (35%), 2 (50%) y 3 (15%). El tratamiento combinado fue bien tolerado sin eventos adversos serios, solo 2 sujetos presentaron nauseas, el primero a la semana 40, que mejoró con la disminución de dosis de pentoxifilina y el segundo a la semana de tratamiento el cual deicidio no continuar con tratamiento. Los niveles séricos de AST, ALT y M30 fueron significativamente menores a la semana 48 de tratamiento, AST basal 52 UI/L (IC 95% 37- 55) Vs AST final 27 UI/L (IC 95% 20-30 * p < 0.01), ALT basal 60,5 UI/L (IC 95% 46- 68) Vs ALT final 28 UI/L (IC 95% 16-36 * p < 0.01) y los neo-epítopes M-30 basal 391 UI/L (369- 412) Vs M-30 final 186 UI/L (IC 95% 173- 204 * p< 0.01). El tratamiento combinado normalizó los niveles de AST en 90%, ALT en 84% y M-30 en el 84% de los pacientes tratados, esta mejoría en los marcadores de daño hepático no se vinculó a las alteraciones metabólicas ya que las mismas no se modificaron significativamente IMC, HOMA, HDL y triglicéridos (p no significativa).
Conclusiones: el tratamiento combinado de pentoxifilina y vitamina E redujo significativamente los marcadores de daño hepático no invasivos en los pacientes con NASH sin modificar las alteraciones metabólicas. Estudios ciegos aleatorizados serán de utilidad para determinar la eficacia histológica en los pacientes que no responden al tratamiento con vitamina E.

TO-O-030

CÁPSULA ENDOSCÓPICA: HALLAZGOS EN PACIENTES CON SANGRADO DE ORIGEN OSCURO

Durán, S. (1); Argüero, M.J. (1); Causada Calo, N.S. (1); Matoso, M.D. (1); Abecia, V.H. (1); Mauro González, A.B. (1); Rinaudo, S. (1); Nieto, D.E. (1); Ortmann, G. A. (1); Marcolongo, M.M. (1); De Paula, J.A. (1)
(1) Servicio de Gastroenterología del Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA, Argentina

Introducción: El sangrado de origen oscuro (SOO) es aquel que persiste o recurre sin una clara etiología luego de una videoendoscopia alta (VEDA), una videocolonoscopia completa (VCC) y un estudio imagenológico del intestino delgado y corresponde al 5% de las hemorragias digestivas. Se lo divide en sangrado de origen oscuro evidente (SOOE) y sangrado de origen oscuro oculto (SOOO), según presente o no sangrado clínicamente evidente. La cápsula endoscópica (CE) es un estudio no invasivo que tiene una sensibilidad del 95% y una especificidad del 75% para la detección del sitio de sangrado. Este trabajo plantea describir los hallazgos de la CE en pacientes con SOO.
Objetivos: Describir los hallazgos de la CE en pacientes con SOO. Como objetivo secundario, se plantea evaluar el rédito diagnóstico global y compararlo entre el SOOO y el SOOE.
Materiales y métodos: Estudio de corte transversal. Se reclutaron pacientes mayores de 18 años que se estudiaron mediante CE por SOO, entre agosto de 2011 y mayo de 2015 en un hospital de tercer nivel. Para el relevamiento de datos, se utilizó una base de datos secundaria y los registros clínicos electrónicos.
Resultados: Se incluyeron 109 pacientes, 63 eran mujeres (57,8%). La mediana de edad fue 70 años (rango intercuartil, 56-78). De ellos, 65 (59,6%) presentaban SOOO y 44 (40,4%) SOOE. Los diagnósticos más frecuentes fueron: angiodisplasias (n=33, 30,3%), erosión (n=9, 8,3%), úlcera (n=8, 7,3%) (Ver tabla). El rédito diagnóstico global fue 52,3% y en pacientes con SOOE y SOOO 65,9% y 43,1%, respectivamente (P 0,03). Un total de 41 pacientes (37,6%) consumía IBP; 28 (25,6%) AAS; 12 (11%) AINE y 14 (12,8%) anticoagulantes. La anemia ferropénica y la melena fueron las manifestaciones más comunes (54,1% y 35,8%, respectivamente). La mayoría de los pacientes con angiodisplasias presentaban anemia moderada (n=16 48,5%) y grave (n=16 48,5%); solo un paciente con angiodisplasias presentó anemia leve.
Conclusión: En nuestra poblaciónón, los hallazgos de la CE en pacientes con SOO fueron similares a los publicados en otros trabajos. El rédito diagnóstico global fue del 52,3% y fue significativamente mayor en el subgrupo de pacientes con SOOE (65,9%).

TO-P-001

CONSUMO DE ALIMENTOS Y RIESGO DE DESARROLLAR ENFERMEDAD COLELITIASICA. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Bertola Compagnucci, A. (1); Perroud, H. (1); Batallés, S.M. (2); Villavicencio, R. (2); Brasca, A. (2); Berli, D. (3); Pezzotto, S.M. (1)
(1) Instituto de Inmunología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Argentina. (2) Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio, Rosario. Argentina. (3)Cátedra de Gastroenterología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Argentina

Introducción: La Enfermedad Colelitiásica (EC) es una patología muy frecuente en todo el mundo. Su prevalencia difiere entre un país y otro. La diferencia es aún más importante entre oriente y occidente. Hasta hace unas décadas, la distinta prevalencia de EC se atribuía principalmente a factores étnicos. Sin embargo, con la occidentalización de los hábitos alimentarios, aumentaron los casos de esta enfermedad en países donde antes la prevalencia era muy baja. Así es como se comienza a postular que la alimentación y los estilos de vida podrían jugar un rol importante en el desarrollo de la enfermedad. Objetivo: Establecer el riesgo de EC en relación con el consumo de distintos alimentos o grupos de estos. Material y Métodos: Se está desarrollando un estudio de casos y controles anidado a un trabajo de prevalencia de EC llevado a cabo en Rosario en la década del 90. Los casos (49) son personas con diagnóstico de EC, algunos de los cuales ya han sido colecistectomizados. Los controles (65) son personas que en el estudio de prevalencia inicial estaban sanos y a los que se les realizó una nueva ecografía abdominal para descartar la presencia de cálculos asintomáticos. A todos los individuos se les realizó una entrevista personal y se les aplicó un cuestionario de frecuencia de consumo (FFQ) para determinar la cantidad y calidad de alimentos ingeridos cinco años previos al diagnóstico para los casos y el consumo habitual para los controles. El tamaño de las porciones de alimentos se estableció a través de un Atlas Fotográfico. A través de un software se calculó en consumo promedio diario de cada uno de los 210 alimentos que forman parte del FFQ y se armaron los grupos de alimentos. A través de modelos lineales generales se establecieron las diferencias de consumo, ajustadas por la energía total consumida, entre los casos y los controles. Además a través de modelos de regresión logística múltiple se realizó la estimación de riesgo a través de los Odds Ratios (OR) y sus correspondientes intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Resultados: Se encontraron diferencias de consumo estadísticamente significativas entre los casos y los controles en 11 grupos de alimentos. Los casos consumen más grasas y aceites, en particular grasas animales, pollo con piel, fiambres y embutidos, cereales, pastas y granos. Los controles en cambio consumen más lácteos, en particular descremados, pollo sin piel, frutas secas, vegetales y frutas frescas. Al realizar la estimación de riesgo se obtuvieron los siguientes resultados:

Grupo de alimentos	OR	Significación estadística (p)	IC 95%
Pollo con piel	7,09	< 0,001	2,3-21,2
Grasas animales	5,53	0,002	1,9-16
Cereales, pastas y granos	4,39	0,032	1.1-17
Frutas secas	0,19	0,008	0,06-0,6
Carnes magras	0,27	0,025	0,09-0,8

Conclusiones: Altos consumos de pollo con piel, grasas de origen animal, y cereales, pastas y granos actúan como factores de riesgo para el desarrollo de EC. Las frutas secas y las carnes magras se comportan como factores protectores.

TO-P-002

PÓLIPOS GÁSTRICOS CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS E HISTOLÓGICAS EN NUESTRO MEDIO

Adami, P.; Menéndez, G.; Bori, J.; Filo, G.; Iriarte, M.; Díaz, S.; Ahumaran, G.; Ferro, D.; Chaar, E.; Di Rissio, C.; Naguila, J.; Bolino, C.

Introducción: Los pólipos gástricos son hallazgos incidentales en las endoscopias digestivas altas, su prevalencia puede alcanzar hasta 6,35%. Algunos pólipos gástricos pueden tener potencial maligno por lo cual el estudio histológico es crucial para su diagnostico, manejo y seguimiento.
Objetivos: 1 Estimar la prevalencia de pólipos gástricos en una población de adultos seleccionados para Veda. 2 Describir las características endoscópicas e histológicas de los pólipos encontrados.
Material y métodos: estudio multicentrico, descriptivo, retrospectivo, transversal. Se analizaron informes endoscópicos y anatopatologicos de todos los pacientes > 18 años que concurrieron para realizar una veda durante el periodo 2007-2012. Se excluyeron pacientes con antecedentes de cirugía gastroduodenal, antecedentes personales de pólipos gástricos, antecedentes de tratamiento con argón plasma, pacientes con histología no disponible. Se estudiaron características demográficas de los pacientes, tamaño y número de las lesiones, localización, morfología, características anatomopatologicas y asociación con helicobacter pylori
Resultados: se analizaron 28.274 endoscopias identificándose, 602 lesiones polipoideas. La edad media de los pacientes fue 56,8 (rango 19 -88 años) y 67% (403/602) fueron de sexo femenino y 33% (199/602) fueron masculinos. La mayoría de los pólipos (60 %) presento un tamaño hasta 5 mm, 35 % entre 5 y 10 mm y 5 % mayor a 10 mm. Se hallo un 33% de lesiones múltiples. Los pólipos sésiles fueron la morfología predominante 73,4 %(441/602), 20,2 fueron semipediculados y 6,3% fueron pediculados. La prevalencia de pólipos gástricos encontrada fue 1,92%, el subtipo histológico más frecuente fueron los pólipos fundicos 55%, hiperplasicos 28,7%, adenomas 5,5%. Se encontró una asociación con HP del 24%
Conclusiones: La prevalencia de lesiones polipoideas en la población estudiada concuerda con hallazgos de otros autores, los pólipos de glándulas fundicas fueron los más frecuentes, sin embargo su frecuencia se encuentra por debajo de lo esperado.

TO-P-003

EL GLICEROL INDUCE APOPTOSIS EN PRENEOPLASIA HEPÁTICA MEDIANTE LA GENERACIÓN DE ESTRÉS OXIDATIVO

Capiglioni, A. (1); Lorenzetti, F. (1); Parody, J.P. (1); Quiroga, A.D. (1) (2); Ronco, M.T. (1); Carrillo, M.C. (1) (2); Ceballos, M.P. (1); Alvarez, M.L. (1) (2)
(1) Instituto de Fisiología Experimental (IFISE-CONICET); (2) Área Morfología, Departamento de Ciencias Fisiológicas (Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, U.N.R.), Rosario. Argentina

Introducción: el glicerol (gly) es un compuesto alcohólico con tres grupos hidroxilos, también conocido como glicerina o propanotriol. Es ampliamente usado en formulaciones farmacéuticas y en productos alimenticios debido a su baja toxicidad, bajo costo y sus propiedades físicoquímicas particulares, incluyendo su solubilidad en agua y su higroscopicidad. Se ha descripto que el gly suprime el crecimiento de diversos tipos celulares, incluidas células malignas. En el hígado se ha informado un efecto inhibitorio del gly sobre la proliferación hepatocitaria, tanto in vivo como in vitro, en ratas sometidas a hepatectomía parcial y en la línea celular HepG2, respectivamente. Sin embargo, los mecanismos involucrados en el efecto antiproliferativo del glicerol no han sido aclarados. Nuestro grupo de trabajo observó que la administración de gly 10% (v/v) a ratas con preneoplasia hepática (etapa temprana del desarrollo de cáncer de hígado), reduce el tamaño de las lesiones preneoplásicas. Objetivo: analizar los mecanismos a través de los cuales el gly afecta el crecimiento de las lesiones hepáticas. Metodología: ratas Wistar macho adultas fueron sometidas a un modelo de carcinogénesis química de iniciación-promoción (IP) para la obtención de focos preneoplásicos hepáticos. Un grupo de animales IP recibió además gly (10% v/v) por vía oral (IPgly). En muestras provenientes de ambos grupos experimentales se determinaron los niveles de: estrés oxidativo (por medición de la peroxidación lipídica), defensas antioxidantes (glutatión oxidado/total, actividades de las enzimas catalasa y superóxido dismutasa) y apoptosis (por medición de actividad caspasa-3 y del índice Bax/Bcl-2 mitocondrial). Los datos fueron comparados mediante t de Student y las diferencias se consideraron significativas si $p<0,05$. Resultados: Los niveles de peroxidación lipídica se mostraron aumentados en el grupo IPgly (IP: 100±9%; IPgly: 157±7%*). En cuanto a las defensas antioxidantes, los niveles de glutatión oxidado/total no mostraron diferencias entre los grupos experimentales (IP: 2,8±0,7; IPgly: 2,0±0,4). La actividad catalasa se mostró disminuida (IP: 108±7%; IPgly: 72±1%*) y la actividad superóxido dismutasa aumentada (IP: 100±7%; IPgly: 146±5%*) en el grupo IPgly. El análisis de la actividad caspasa-3 mostró un aumento de la actividad proteasa en IPgly (IP: 100±18%; IPgly: 135±4%*). Además, en dicho grupo se observó un incremento del índice mitocondrial Bax/Bcl-2 (IP: 1,0±0,4; IPgly: 2,9±0,5*) (*$p<0,05$), indicando un aumento de la apoptosis en los animales tratados con gly. Conclusiones: la administración de gly a ratas con preneoplasia hepática reduce el tamaño de las lesiones muy probablemente por generación de estrés oxidativo, con modificaciones de las defensas antioxidantes, lo que conduciría a la inducción de la apoptosis. Éste sería uno de los mecanismos por los cuales el gly retardaría el desarrollo de cáncer de hígado en ratas.

TO-P-004

PREVALENCIA DE CÁNCER COLORECTAL EN PESQUISA CON SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL INMUNOQUÍMICO (SOMFi)

Casalini Vañek, A.; Caldo, I.F.; Quiñones, S. A.; Steinberg, L.H.; Casbarien, O.; Marillet, M.; Majewski, I.S.; Carfagnini, P.J.; Trela, E.; Torres, R.; Etchepare, S.; Padin, L. F.; Brodersen, C.E.
Hospital Carlos G. Durand, CABA, Buenos Aires. Argentina

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es el tercero en frecuencia en Argentina. El 75% se desarrollan en la población general y el 25% en individuos con antecedentes personales o familiares. El INC desarrolló un plan de pesquisa a nivel nacional. Se realiza un cuestionario con el que se clasifica a los individuos para realizar la pesquisa (SOMFi o VCC según corresponda). Estos datos se vuelcan en una base de datos. El servicio de gastroenterología de un hospital de la Ciudad de Bs. As se ofreció a implementar este proyecto en su área programática.
Objetivos: Determinar la prevalencia de CCR en la población sometida a plan de tamizaje en un área programática de la Ciudad de Buenos Aires. Calcular el valor predictivo positivo (VPP) de la SOMFi para la detección de CCR y adenomas.
Métodos: Se realizó durante el período marzo 2014 a marzo 2015 con la colaboración del Servicio de Anatomía Patológica y Laboratorio Central. El método aconsejado fue el test inmunoquímico de SOMF anual. Criterios de inclusión:1) Personas con riesgo habitual o promedio de CCR. 2) Personas que participen voluntariamente del programa.3) Personas sin síntomas que puedan relacionarse con patología colónica. 4) Edades entre 50 y 75 años.
Criterios de exclusión: 1) Personas con enfermedades graves y/o crónicas asociadas 2) Personas que hayan realizado pruebas de pesquisa recientes. 3) Pacientes con alto riesgo de CCR que deben realizar VCC como método inicial de pesquisa. 4) Personas sintomáticas. 5) Falta de consentimiento informado.
En el caso de SOMFi positivo, se deriva al paciente para la VCC complementaria.
Resultados: Se atendieron 1053 pacientes. El 47% (494) cumplieron los criterios de inclusión. El 71% (350) aceptó la realización de SOMF y el 52% (182) de éstos entregó la muestra. El 15% (27) de los test resultaron POSITIVOS para SOMF, de los cuales 15 pacientes se realizaron la VCC (56%). Cuyos resultados fueron: 36% (9): sin hallazgos patológicos, 28% (7): Adenoma tubulovelloso con DBG, menores a 1 cm, 16% (4): pólipo mayor de 1 cm o con DAG, 12% (3): pólipo hiperplásico, 8% (2): angiodisplasias.
VPP para la detección de lesiones: 0.64, VPP para la detección de adenomas: 0.44, VPP para la detección de adenomas avanzados: 0.16.
Conclusiones: Se puede afirmar que los pacientes no confían en el método de SOMFi como pesquisa de CCR ya que un 29% prefirió la realización de la VCC. Se observó un bajo cumplimiento en la realización del test de SOMFi: sólo un 52% logró completarlo. Además luego de un resultado POSITIVO para SOMFi sólo el 73% de los pacientes acudió a la realización de la VCC correspondiente, a pesar del contacto telefónico, quedando así un 27% con resultado positivo sin el estudio de la causa. Con los datos obtenidos no podemos evaluar la efectividad del método de SOMFi en la detección temprana de cáncer colo-rectal. Debido al bajo número de pacientes que completó el circuito de pesquisa no podemos calcular con efectividad la prevalencia de CCR en el presente trabajo.

TO-P-005

FIBROSIS QUÍSTICA COMO ENFERMEDAD EN LA ADULTEZ

D'Ascenzo, M.V. (1); Bosia, J.D. (1); Girotti, C. (1); Barán, E. (2); Butti, F. (2); Calzona, M.C. (1)
(1) Servicio de Gastroenterología, (2) Servicio de Neumonología-Unidad de Fibrosis Quística de Adultos. H.I.G.A "Prof. Dr. R. Rossi" de La Plata. Prov. de Bs As. Argentina

Introducción: La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad genética, progresiva que afecta principalmente el sistema respiratorio y digestivo.El mejor pronóstico por los avances en el tratamiento, ha condicionado un aumento de la supervivencia y un incremento en el número de pacientes que alcanzan la adultez.
Objetivo: Comparar características clínico-funcionales y genéticas de pacientes con diagnóstico de FQ en la niñez con aquellos diagnosticados en la adultez.
Pacientes y métodos. Análisis retrospectivo, descriptivo y comparativo de pacientes adultos asistidos en una unidad de FQ desde enero 2013 a marzo 2015.Fueron divididos en 2 grupos:A, pacientes con diagnóstico de FQ en <18 años y B pacientes diagnosticados en la edad adulta(≥18 años).El diagnóstico de FQ se basó en criterios clínicos, test del sudor y/o detección de mutaciones del gen CFTR(regulador de conductancia transmembrana de FQ).Se diagnosticó Diabetes relacionada a FQ (DRFQ),con glucemia en ayunas superior a 126mg/dl y a las 2 hs. superior a 200mg/dl. Se registró: edad, sexo, edad al momento del diagnóstico, estudio genético, índice de masa corporal(IMC), Volumen Espiratorio Forzado en el 1° segundo(VEF1), glucemia en ayunas y a las 2hs. de una sobrecarga oral de glucosa.Se estableció concentración de elastasa fecal <200µgr/g para valorar compromiso funcional pancreático.Se utilizaron como parámetros de posición mediana±1DS y media ±1DS.Para comparación de variables cualitativas se utilizó test de Chi^2 con corrección de Fisher y t de Student para las cuantitativas. Se consideró diferencia significativa una $p<0.05$.
Resultados: Se incluyeron 81 pacientes mayores de 18 años,33 mujeres(40,7%),edad promedio 28,2±9,7 DS años(R=18-61).El grupo A incluyó 63 pacientes,28 mujeres(44,4%);edad media 25,3±6,6 DSaños,(R=18-47).Mediana de edad al diagnóstico 1 año.En 49/63(77,7%) se halló insuficiencia pancreática.En 23(36,5%) se halló DRFQ.La media de IMC fue 20,8±2,1 DS m/kg2.La mediana de VEF1 fue 54±24,8 DS%.El estudio genético se realizó en 54/63, siendo la mutación más frecuente F508del(47/54, 18 homocigotas y 29 heterocigotas).El Grupo B incluyo 18 pacientes,5 mujeres(27,7%).Edad media 38,3±12,4 DSaños(R=25-61).Mediana de edad al diagnóstico 36 años.Eran insuficientes pancreáticos 6/18 (33,3%).Solo 1/18(5,5%) presento DRFQ.La media de IMC: 23,5 ±2,49 DSm/kg 2.La mediana del VEF1 fue 66±32,4 DS%.El estudio genético se realizó en 15/18,siendo la más frecuente F508del (10/15,5 homocigotas y 5 heterocigotas).Se halló diferencia significativa entre ambos grupos al comparar las variables: media de edad, DRFQ, IMC y valores de Elastasa fecal <200 µgr/g, mientras que el parámetro de función respiratoria (VEF1) y la frecuencia del alelo delF508 no mostraron diferencias significativas.Tabla1.
Conclusiones. En nuestra serie de pacientes en quienes se estableció el diagnostico de FQ recién en la edad adulta, se observó una edad media superior, mejor estado nutricional y menor compromiso funcional pancreático.
Tabla 1. Comparación de las variables analizadas en ambos grupos de pacientes con FQ.

	Grupo A n=63	Grupo B n=18	p
X edad en años	25,3±6,6 DS años	38,3± 12,4 DS años	p < 0.05
X IMC	20,8 ± 2,1 DS m/kg2	23,5 ±2,49 DS m/kg2	p < 0.05
Mediana VEF1	54±24,8 DS %	66 ± 32,4 DS %.	p=0.1 (ns)
Elastasa <200ug	49/63 (77,7%)	6/18 (33.3%)	p<0.05
DF508	47/54 pacientes	9/15 pacientes	p= 0.1(ns)
DRFQ	23(36,5%) pacientes	1 (5,5%)	p < 0.05

TO-P-006

INFECCIÓN POR *Helicobacter pylori* EN PACIENTES SINTOMÁTICOS: PREVALENCIA Y RELACIÓN FACTORES DE VIRULENCIA-ALTERACIONES DE LA MUCOSA GÁSTRICA

Bucci, P. (1); Jiménez, F. (2); Barbaglia, Y. (2); Baroni, M.R. (1); Giani, R. (1); Mayoral, C. (1); Tedeschi, F. (1); Zalazar, F. (1)
(1) Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral, (3000) Santa Fe, Argentina; (2) Servicio de Gastroenterología, Hospital "Dr. J. M. Cullen", Santa Fe. Argentina

Helicobacter pylori (H.pylori) es el patógeno gástrico de más amplia distribución mundial y es aceptado como agente causal de gastritis crónica, enfermedad ulcero péptica y como un factor etiológico importante en la secuencia que conduce al carcinoma gástrico. Sólo una minoría de infectados evoluciona hacia una enfermedad maligna y ésto podría deberse a la presencia de factores de virulencia específicos de la bacteria. Entre éstos se destacan los productos de los genes cagA, vacA y babA2.
Nuestros objetivos fueron estimar la prevalencia de infección por H. pylori y analizar la relación entre la presencia de factores de virulencia (cagA, vacA y babA2) y alteraciones histológicas en biopsias gástricas de pacientes de nuestra región.
Los individuos enrolados en este estudio fueron pacientes dispépticos con indicación de estudio endoscópico digestivo alto (Rango: 18–67 años). Se obtuvieron muestras de la región antral para test rápido de ureasa, examen histológico y análisis molecular. El ADN se purificó por tratamiento de la muestra con Proteinasa K y posterior separación utilizando un equipo comercial. Para la detección molecular de H. pylori, las muestras de ADN se amplificaron por nested-PCR, utilizando oligonucleótidos específicos de secuencia para el gen hsp60. Los genes cagA, babA2 y las variantes alélicas del gen vacA fueron amplificados por PCR múltiple.
La evaluación de resultados incluyó el análisis de asociación entre variables categóricas utilizando el test exacto de Fisher. Un valor de $p<0.05$ se consideró significativo. La fuerza de asociación se evaluó a través del Odds ratio (OR) y de su intervalo de confianza del 95%.
La prevalencia de H. pylori en la población estudiada (n=141) fue del 42%. El total de muestras positivas para H. pylori (n= 58) tuvo diagnóstico de gastritis y, en éstos, la frecuencia de los genotipos cagA, vacA y babA2 fue de 43%, 100% y 53%, respectivamente. La combinación alélica más frecuente del gen vacA fue la s1m1 (72%) (s2m2, s1m2 y s2m1 se encontraron en un 17, 9.0 y 2.0%, respectivamente). Histológicamente se pudieron observar 3 grupos de pacientes: a) Gastritis Crónica (GC), b) Gastritis Crónica Activa sin Metaplasia Intestinal (GCASinMI) y c) Gastritis Crónica Activa con Metaplasia Intestinal (GCAconMI). No hubo diferencias significativas en los genotipos encontrados entre los grupos GC y GCAsinMI. Por el contrario, el número de cepas portadoras de los genes cagA, vacAs1m1 y de la combinación cagA (+)/vacAs1m1 fue mayor en el grupo GCAconMI que en el grupo GC ($p<0.05$) (Odds ratio: 8.0, CI: .1,4 - 45,8). Además, las frecuencias de los genotipos cagA+, (cagA+/vacAs1m1) y (cagA+/vacAs1m1/babA2+) fue mayor en el grupo GCAconMI en relación a GCASinMI.
Estos resultados marcarían la importancia de no sólo detectar la presencia de H. pylori en la mucosa gástrica sino de identificar los factores de virulencia presentes para establecer un control más estricto del tratamiento elegido para la erradicación.

TO-P-007

INFECCIÓN POR *Helicobacter pylori:* DETECCIÓN DE MECANISMOS DE RESISTENCIA A CLARITROMICINA EN BIOPSIAS GÁSTRICAS MEDIANTE PCR-RFLP

Giani, R.; Giusti, A.; Baroni, M.R.; Degiovanni, G.; Barbaglia, Y.; Jiménez, F.; Bucci, P.; Tedeschi, F.; Mayoral, C.; Zalazar, F.
(1) Laboratorio de Práctica Profesional, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral, Hospital "Dr. J.M. Cullen", Avda. Freyre 2150 (S3000EOZ) Santa Fe. Argentina. (2) Servicio de Gastroenterología, Hospital "Dr. J.M. Cullen", Santa Fe. Argentina

Helicobacter pylori (H.pylori) es el patógeno gástrico de más amplia distribución mundial, aceptado como agente causal de gastritis crónica, enfermedad úlcero péptica y como un factor etiológico importante en el carcinoma gástrico. Claritromicina, amoxicilina y un inhibidor de la bomba de protones (IBPs) son las drogas más recomendadas como terapia de primera línea para el tratamiento de la infección por H.pylori. La tasa de erradicación es variable según la región, debido principalmente al aumento de la resistencia a claritromicina, la cual es una consecuencia de mutaciones puntuales en el dominio V del gen 23S ARNr, siendo las más prevalentes en todo el mundo las A2142G y A2143G.
El objetivo del presente trabajo fue evaluar la factibilidad de detectar la presencia de ambas mutaciones mediante PCR-RFLP, directamente a partir de muestras de biopsias gástricas de pacientes infectados con H.pylori, previamente utilizadas en el test rápido de ureasa.
Pacientes y Muestras. Criterio de inclusión: pacientes dispépticos a los que se les haya indicado estudio endoscópico digestivo alto y que hubieran sido identificados como H.pylori (+) por análisis histológico y amplificación del gen hsp60 de H.pylori. Criterio de exclusión: Pacientes que hubieran recibido en los últimos 15 días terapia con antibióticos, antagonistas de receptores H2 e IBPs. Se obtuvieron muestras de la región antral para test rápido de ureasa, examen histológico y análisis molecular. Tanto el muestreo de las biopsias como el análisis histológico, se llevaron a cabo siguiendo el protocolo estandarizado de Sydney modificado. En paralelo se realizó una extracción de ADN desde la biopsia dedicada al análisis molecular y de las muestras usadas para el test rápido de ureasa, utilizando Proteinasa K, extracción clorofórmica y precipitación con etanol. Con las muestras de ADN obtenidas, se realizó una amplificación por PCR de una secuencia correspondiente al dominio V del gen 23S ARNr. En ambas muestras se obtuvo un fragmento de ADN de 768 pb que fue digerido, directamente en la mezcla de amplificación, con las enzimas MboII, para la detección de la mutación A2142G y BsaI para A2143G. Cuando la mutación A2142G estuvo presente, del producto de PCR digerido con MboII se obtuvieron (en el análisis por electroforesis en gel de agarosa) 2 fragmentos de 418 y 350bp. Por otro lado, luego de la digestión con BsaI la presencia de la mutación A2143G generó 3 fragmentos (108, 310 y 350pb). La muestra en evaluación (remanente del test rápido de ureasa) fue apropiada para lograr la amplificación del fragmento de 768 pb del gen 23S ARNr y la técnica aplicada, PCR-RFLP, resultó rápida y confiable para la detección de resistencia a claritomicina, obviando así la necesidad del cultivo. Este trabajo es además -a nuestro conocimiento- el primer reporte de identificación de resistencia de H. pylori por análisis molecular, en nuestra región.

TO-P-008

ASOCIACIÓN ENTRE HÍGADO GRASO Y LOS COMPONENTES DEL SÍNDROME METABÓLICO

Romagnoli, N.;Torrico Paz, O.; Balasini, C.; Pinasco, R.; La Via, J.; Nardi, G.; Regnasco, S.; Saá, E.
Servicio de Gastroenterología. Hospital Pirovano. Ciudad de Buenos Aires. Argentina

Introducción: La enfermedad por Hígado Graso no Alcohólico (EHGNA) es de creciente prevalencia, y puede progresar hacia un estadío de enfermedad hepática terminal. Se considera que podría ser el componente hepático del síndrome metabólico (SM).
Objetivo: Establecer en la población que concurre a la consulta con diagnóstico presuntivo de EHGNA, la prevalencia de los componentes del SM.
Materiales y métodos: Estudio de prevalencia, prospectivo y transversal. Se incluyeron pacientes (pac) >18 años en forma consecutiva desde el 01/04/14 al 31/03/15, derivados por alteraciones del hepatograma o ecografía compatible con hígado graso. Se firmó consentimiento informado. El SM fue definido por la presencia de ≥ 3 componentes de la definición de ATP III: a) Circunferencia abdominal >102 cm en hombres y >88 cm en mujeres, B) Triglicéridos séricos >/=150 mg/dL, c) Presión arterial >/=130/85 mm Hg, d) HDL Colesterol <40 mg/dL en hombres y <50 mg/dL en mujeres y e) Glucosa de ayunas 110 / 126 mg/dL. Los criterios de exclusión fueron: antecedentes de hepatopatías virales crónicas, ingesta de alcohol > 20 grs. en hombre y > 10 grs. en mujer, tóxicos y/o drogas hepatotóxicas, enfermedades de Wilson, hemocromatosis, déficit de alfa 1 antitripsina, autoinmunes. La fibrosis fue evaluada mediante el score de BARD: BMI(Índice de masa corporal) ≥ 28(1 punto), AST/ALT Ratio ≥ 0.8 (2 puntos), DBT (1 punto). Un score ≥ 3 sugiere presencia de fibrosis severa. Los resultados se expresarán como %, media ± desvío estándar. Las comparaciones se realizaron con test T y Chi2. Significativa p<0.05.
Resultados: 40/60 pac con diagnóstico de EHGNA cumplían los criterios de inclusión. Edad media: 40±13años, 80% (32 pac) eran femeninos. Motivo de consulta: Alteración del hepatograma: 32.5%(13 pac); dolor abdominal: 30%(12pac); ERGE: 20%(8 pac); dispepsia 17.5%(7 pac). La prevalencia de SM en éstos pacientes fue del 32.5%, 12.5% (5 pac) no tenían ningún componente del SM, 22.5% (9 pac) tenían 1 componente, 32.5% (13 pac) tenían 2 componentes, 25% (10 pac) tenían 3 componentes, 2.5% (1 pac) tuvo 4 componentes y 5% (2 pac) tuvieron 5 componentes.

	Todos N=40	Con SM N=13	Sin SM N=27	p
Aumento del perimetro de cintura	20 (50%)	11(85%)	9 (33%)	0.002
hipertrigliceridemia	15 (38%)	9 (69%)	6 (22%)	0.004
hiperglucemia	7 (18%)	5 (38%)	2 (7%)	0.02
Disminución de HDL	25 (63%)	10 (77%)	15 (56%)	0.19
HTA	13 (33%)	8 (62%)	5 (19%)	0.02
BARD 3 y 4	17 (43%)	11 (85%)	6 (22%)	0.75

Conclusión: La prevalencia de SM en la EHGNA fue del 32.5%. La mayoría de los pacientes con EHGNA presentaba al menos un componente del síndrome metabólico. El 43% de los pacientes con EHGNA según el BARD presentaban probabilidad de fibrosis severa. En los pacientes con SM, los componentes más frecuentes fueron perímetro de cintura aumentado, disminución de HDL e hipertrigliceridemia. Todos los pacientes fueron derivados a consultorio de nutrición.

TO-P-009

HEMOCROMATOSIS IMPORTANCIA DEL TEST GENÉTICO Y SU RELACIÓN CON HEPATOCARCINOMA PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Viudez, P.; Rafaelli, C.; Stupnik, S.; Osorio, G.; Golub, M.; Gerlach, R.; Hernández, G.
Unidad de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva. Hospital de Agudos Dr. Cosme Argerich

Introducción: La hemocromatosis es un síndrome caracterizado por una absorción intestinal excesiva de Fe dando como resultado un estado de sobrecarga férrica especialmente en: hígado, corazón y páncreas, causando un deterioro anatómico y funcional de dichos órganos. Se produce a consecuencia de mutaciones genéticas, siendo la más importante la Hemocromatosis hereditaria tipo I representando el 90% de los casos, el gen implicado es el HFE; presentando la mutación C282Y en forma homocigota o las mutaciones C282Y/ H63D del mismo gen en forma heterocigota.
Objetivo: Presentación de un caso clínico
Materiales y métodos: Paciente masculino de 46 años que consulta con antecedentes desde el año 2012, de Cirrosis hepática por HVC, positivo con carga viral 415.542. En su estadificación se observan várices esofágicas GII con signos de riesgo que en enero de 2015 son erradicadas comenzando tratamiento con betabloqueantes; los controles ecográficos muestran un hígado heterogéneo sin lesiones focales con signos de hipertensión portal, el último realizado en abril del 2015. Una Resonancia Magnética Nuclear que muestra niveles férricos habituales en Hígado y signos de hepatopatía crónica. Alfafetoproteína actual 215.3 ng/ml. Como parte del protocolo para determinar la etiología de su hepatopatía se investiga ferritina, y saturación de transferrina presentando valores elevados por lo cual se solicita el estudio genético encontrándose la mutación H63D Heterocigota y C282Y homocigota normal. El paciente es tratado con flebotomías periódicas siendo el control actual de ferremia es 308 ug/L y transferrina 291mg/ml dentro de la normalidad.
Conclusiones: El hallazgo de una mutación genética representa un importante avance, ya que hace posible que la HH pueda diagnosticarse mediante un test genético en estadios preclínicos. Es de gran importancia el estudio genético para el diagnóstico de hemocromatosis, completándose previamente con el estudio del metabolismo férrico que presenta una sensibilidad del 90%. El estudio genético no se encuentra influenciado por patologías crónicas. Se ha demostrado que la mutación C282Y no guarda relación con el riesgo de desarrollar CHC mientras la mutación H63D se asocia con un riesgo aumentado de desarrollar CHC independientemente de que haya una hepatopatía crónica subyacente, con lo cual se tendría una clara visión sobre el pronóstico del paciente y la detección de lesiones focales tempranamente así como el screening familiar.

TO-P-010

DISFUNCIÓN CRICOFARÍNGEA PRIMARIA CON Y SIN DIVERTÍCULO DE ZENKER: EPIDEMIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA

Ortmann, E.E.; Siri, C.; Spalletti, L.; Merlos, M.A.; Alach, J.; Romé, J.C.
Hospital San Roque de Gonnet, La Plata. Argentina

Introducción: la disfunción cricofaríngea primaria (DCP) es una alteración del funcionamiento de la unión faringo-esofágica provocada por una falla en la apertura del músculo cricofaríngeo como consecuencia de la disminución de su compliance, relacionada a miopatía restrictiva por degeneración fibroadiposa. Puede presentarse con disfagia de grados variables de severidad y se traduce radiológicamente como una indentación posterior durante el trago de bario, denominada barra cricofaríngea, la cual puede asociarse o no a la presencia de divertículo de Zenker. Objetivos: 1) describir las características epidemiológicas, clínicas y radiológicas de la DCP con y sin divertículo de Zenker en pacientes evaluados en el área de motilidad digestiva. 2) proponer una clasificación clínico-radiológica, útil en el diagnóstico y seguimiento.
Materiales y métodos: estudio descriptivo de corte transversal en el que se incluyeron pacientes estudiados por disfagia orofaríngea (DOF) mediante videodeglución dinámica durante el período comprendido entre los meses de Enero de 2011 y Marzo de 2015. Como criterio de inclusión se utilizó la presencia de barra cricofaríngea y/o divertículo de Zenker en la imagen radiológica y como criterio de exclusión se consideró la presencia de patología neuromuscular concomitante. Se utilizó la siguiente clasificación clínico-radiológica: grado 0 (presencia de barra cricofaríngea, sin síntomas), grado I (presencia de barra y DOF), grado II (presencia de barra, DOF y residuo faríngeo postdeglutorio), grado III (presencia de barra, DOF, residuo faríngeo postdeglutorio con dilatación sacular de la faringe, con o sin divertículo de Zenker) y grado IV (presencia de estenosis esofágica concéntrica, con dilatación sacular de la faringe y residuo postdeglutorio).
Resultados: se evaluaron 476 informes de videodeglución dinámica, 31 estudios presentaron hallazgos compatibles con DCP, 13 de ellos presentaron barra cricofaríngea aislada y 18 divertículo de Zenker. Los pacientes con barra cricofaríngea presentaron un promedio de edad de 66 años y aquellos con divertículo de Zenker un promedio de 74.7 años. Según la clasificación clínico-radiológica utilizada, el 29% (n=9) presentó DCP grado I, 3.2% (n=1) DCP grado II, 61.3% (n=19) grado III y 6.4% (n=2) grado IV. Como hallazgos adicionales se encontraron imágenes compatibles con acalasia (n=2), vólvulo gástrico (n=1), esófago en "tirabuzón" (n=1) y membrana esofágica (n=1).
Conclusiones: en nuestra experiencia, la prevalencia de DCP en pacientes portadores de DOF, estudiados por videodeglución dinámica es del 6.5%. El 41.9% de los pacientes no presentó divertículo de Zenker y la edad media fue significativamente menor que aquellos que lo presentaron. La clasificación clínico-radiológica permite estimar el grado de afectación de la unión faringoesofágica, cuantificar los hallazgos, evaluar tanto la evolución en el tiempo como los resultados inmediatos y tardíos del tratamiento realizado.

TO-P-011

TUBERCULOSIS HEPÁTICA COMO MANIFESTACIÓN DE FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO

Bonacina, P.; Murano, F.; Signorelli, M.; Testori, H.
Unidad de Gastroenterología, Hospital Petrona V. de Cordero

Materiales y Métodos: Paciente femenina de 36 años con antecedentes de serología positiva para retrovirus diagnosticado en 2011, CD 4 menor a 200, porfiria cutánea tarda, que consultó por fiebre de 40 dáas de duración asociada a pérdida de peso. Al exámen físico: paciente adelgazada, febril, hepatomegalia no dolorosa. Sin adenopatías palpables.
Laboratorio: GB 4.900 HTO 37% TGO 32 TGP 33 FAL 749 GAMMA GT 175 BT 2.23mg/dl BI 1.62 mg/dl PLAQUETAS 338.000. Se realizan Hemocultivos para gérmenes comunes, hemocultivos para BAAR, urocultivo y ecocardiograma con resultados negativos. TAC DE ABDOMEN y PELVIS CON CONTRASTE: Hepatoesplenomegalia homogénea. Biopsia hepática: Granulomas caseificantes, presencia de BAAR.
Con diagnóstico de TBC hepática se inicia tratamiento con 4 drogas, evolucionando afebril con mejoría sintomática.
Conclusiones: La tuberculosis hepática representa una manifestación extrapulmonar poco frecuente de una de las infecciones más comunes causada por Mycobacterium tuberculosis. Se presenta en diversas formas; locales, miliar y tuberculomas o TBC granulomatosa de hígado. Clínicamente se presenta con hepatomegalia (90%), aumento de fosfatasa alcalina (80%), fiebre (70%), pérdida de peso (60%) y dolor abdominal (50%). Los escasos síntomas específicos, así como lo infrecuente de la presentación convierten el diagnóstico en un desafío, incluso en regiones donde la tuberculosis es altamente prevalente. La sospecha diagnóstica precoz así como el tratamiento específico la convierten en una variante de buen pronóstico.

TO-P-012

HEPATOTIXICIDAD POR COCAÍNA

Cortez Torres, E.; Covernton, J.; Cuneo, M.; Samaniego, F.; Liberti, R.; Gamba, A.; D´Ottavio, G.; Carnevale, G.; Fernández, C.; Levin, A.; Pratto, D.
Hospital "Clemente Álvarez" Rosario. Santa Fe. Argentina

Introducción: Unas 230 millones, el 5% de la población mundial, consumió al menos una vez drogas ilegales en el 2010. Existen diferentes formas de abuso de cocaína, que condicionan la farmacocinética, la actividad farmacológica, la toxicidad y el grado de adicción. El mecanismo de acción es a través de la inhibición de la re-captación de noradrenalina-dopamina y serotonina, aumentando su disponibilidad. Con respecto a la hepatotoxicidad, se requiere bioactivacion de la cocaína y sus metabolitos para iniciar eventos tóxicos. El citocromo P450 y las monooxigenasas son responsables de la generación de metabolitos reactivos, como la hidroxinorcocaina y nitroxido de norcocaina, con mayor potencia hepatotoxica, estos reducen el glutatión, aumentan la producción de radicales libres y la peroxidacion de los lípidos de las membranas celulares, produciendo daño hepatocelular. La presentación clínica varía desde leve aumento de las transaminasas hasta la falla hepática.
Objetivo: Presentar un caso de un paciente con alteración del laboratorio hepático interpretado como secundario al consumo de cocaína.
Paciente: Varón de 19 años, adicto a cocaína desde los 12 años de 1-2 grs /dia, que ingresa a la guardia de nuestro hospital, por presentar un cuadro de excitación psicomotriz, posterior al consumo agudo de 10 grs de cocaína inhalada, con fines de autolisis. SV TA 170/100 FC 108 FR 22 T 37. Taquicardia sinusal. Laboratorio de ingreso: HTO 48 Hb 15 Gb 15000 Urea 37 cr 2.7 TGO 980 TGP 805 BT 1.8 (0.9) LDH 792 FAL 180 GGT 44 CPK 10.304 FACTOR V 20% Tp 18/kPTT 38 Albumina 3.3. A las 24 hs presenta TGO 3417 TGP 6053 BT 4.8 (3.1) CPK 27.000 TP 40 KPTT 72.Serologias para Hep A-B-C, VDRL, HIV, CMV, EB: negativos. Dosaje de toxicos: metabolitos de cocaína positivos. El paciente presenta deterioro multiorganico por lo que ingresa a la unidad de cuidados intensivos, horas posteriores el paciente fallece.
Resultados: Por presentar: hiperbilirrubinemia, hipertransaminasemia, prolongación del TP y factor V disminuido, relacionado con el consumo agudo de cocaína, y descartándose otras probables causas que lo justifique, se interpreto como hepatotoxicidad por cocaína.
Conclusiones: Si bien la hepatoxicidad hepática es infrecuente ,de las series revisadas , la mayoría de los pacientes eran menores de 35 años y fueron llevados a urgencias por alteraciones en el comportamiento o nivel de conciencia, aumento de enzimas hepáticas, alargamiento del TP, rabdomiolisis e insuficiencia renal .La mayoría presenta una rápida normalización de las transaminasas y del TP , los restantes presentaban una evolución tórpida con desarrollo de i renal, rabdomiolisis y CID, falleciendo al poco tiempo.

TO-P-013

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES DE PACIENTES INTERNADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN UN HOSPITAL DE LA COMUNIDAD

Salas Paz, L.; Ludueña, J.A.; Alonso, A.S.; Lombardo, C.D.; Pérez, M.D.; Palazzo, A.G.
Servicio de Gastroenterología. Hospital Ángel C. Padilla. Tucumán. Argentina

Introducción: Las infecciones bacterianas constituyen una de las complicaciones más graves de la cirrosis, ya que su incidencia en pacientes hospitalizados es muy elevada, así como la mortalidad. Las infecciones más frecuentes son las infecciones urinarias, la Peritonitis Bacteriana Espontánea (PBE), las bacteriemias y las respiratorias. Nuestro servicio posee una importante afluencia de pacientes cirróticos, que consultan e ingresan al sistema de internación presentando algún tipo de infección que agrava su patología de base; en su gran mayoría ingresan presentando complicaciones de la misma: encefalopatía hepática, síndrome ascítico edematoso, hemorragia digestiva o falla renal. De aquí la importancia de confirmar la causa infecciosa de su descompensación, el aislamiento del germen correspondiente, la instauración del tratamiento oportuno y prevenir y/o enfatizar en el buen manejo de las complicaciones del mismo.
Objetivo: Conocer la prevalencia de las infecciones en pacientes cirróticos internados, como así también las infecciones más frecuentes, los gérmenes implicados y su relación con la mortalidad.
Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal, revisando las historias clínicas de pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en una sala de gastroenterología de un hospital de la comunidad, durante el período 2012-2014. Se anotó en ficha técnica de cada paciente edad y sexo, etiología de la cirrosis, Child Puhg al ingreso, motivo de internación, si presentó o no infección durante su internación, lugar de adquisición, foco de infección, germen aislado, complicación con sepsis y de enfermedad de base y muerte por infección. Se realizó análisis estadístico con InfoStat 2015. En todos los casos se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.
Resultados: El estudio incluyó 97 historias clínicas de 65 pacientes cirróticos. Predominó el sexo masculino. El grupo etáreo predominante fue entre los 40 y 60 años, con un promedio de edad de 57,2 años. La etiología de la cirrosis más frecuente fue la alcohólica. La prevalencia de infección fue del 49% (IC 95%=39-60), de ellas el 73% adquiridas en la comunidad. La infección urinaria fue el foco más frecuente (36%), seguida de neumonía (17%) y PBE (9%). Predominó el aislamiento de gérmenes GRAM negativos con un gran porcentaje de enterobacterias productoras de betalactamasas. De los pacientes infectados el motivo de consulta más frecuente fue el síndrome ascítico edematoso y la mayoría presentó Child Puhg B y C. Hubo pocas complicaciones con sepsis y de la enfermedad de base y la mortalidad por infección en nuestro estudio fue del 2%.
Conclusión: Este estudio confirma que las infecciones son una complicación frecuente de los pacientes cirróticos. Las infecciones más frecuentes en nuestro estudio fueron las urinarias y los gérmenes aislados más frecuentes, los GRAM negativos. La mortalidad fue baja en los pacientes infectados.

TO-P-014

DERMATITIS HERPETIFORME CON EVOLUCIÓN A LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B

Rodríguez, G.; Zeytuntsian, N.; Sacchi Falcone, A.; Hensel, A.; Kirschbaum, F.; Niveloni, S.; Mazure, R.; Mauriño, E.
Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo

Introducción: La dermatitis herpetiforme (DH) es considerada una manifestación cutánea de la enfermedad celiaca (EC). Por lo general se presenta en jóvenes a predominio masculino (2:1) y se manifiesta por lesiones ampollares en dorso, superficies de extensión y región sacra con distribución centrifuga. El diagnóstico se realiza mediante el hallazgo de depósitos de IgA con patrón "granular" en la dermis que corresponden a anti-transglutaminasa (atTg-3). La biopsia duodenal presenta en un 75% de los casos diferentes grados de atrofia (Marsh III a-b-c) o solo aumento de linfocitos intraepiteliales (LIEs) (Marsh I). En casos de Marsh 0 se pueden observar alteraciones de la permeabilidad intestinal con la prueba de lactulosa/manitol. En un 5-11% de los casos, se asocia a enfermedades autoinmunes de las cuales, la tiroiditis es la más frecuente. En general las lesiones dermatológicas tienen buena respuesta a la dieta libre de gluten (DLG) siendo inusual la progresión a linfoma.
Objetivo: Presentar un caso clínico de un paciente con DH adherente a dieta libre de gluten con una inusual evolución a linfoma difuso de células B.
Materiales y métodos: Paciente de sexo masculino de 69 años de edad con DH diagnosticada por inmunofluorescencia directa (IFD) por presentar lesiones ampollares en codos, en tratamiento con DLG desde septiembre 2014. Consulta por presentar episodios de dolor abdominal de tipo suboclusivo y pérdida de peso no cuantificada. Al examen físico, paciente adelgazado con palidez cutáneo-mucosa. Abdomen: masa palpable, duro-pétrea, dolorosa en epigastrio, región umbilical y flanco derecho. No presentaba adenopatías palpables. Laboratorio Hto: 31%; Hb: 9,6g/d; EMA-IgA (-), atTg-IgA (-), a-DGP-IgA (-) e IgA total normal; VSG: 46; LDH: 1236. VEDA: normal. Anatomía patológica: histoarquitectura conservada con edema e infiltrado crónico en el corion (Marsh 0). TAC abdominal: masa abdominal que engloba asas de yeyuno, colon transverso y mesenterio, ascitis. Punción guiada por ecografía: linfoma difuso de células B. Se indica tratamiento con esquema R-CHOP no pudiéndose completar debido a intercurrencias infectológicas. Evoluciona de manera tórpida requiriendo internación en UTI con óbito luego de 4 días de internación.
Conclusión: El riesgo de linfoma esta aumentado tanto en la EC como en la DH, siendo el linfoma EALT el más asociado a la EC, con peor pronóstico. Ante un paciente con DH, independientemente de la presencia de atrofia vellositaria, no se debe desestimar la posibilidad de una complicación linfomatosa, dado que en el 1% de los pacientes se observó evolución a linfoma, siendo en estos casos el tipo B, tres veces más prevalente.

TO-P-015

PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS DIAGNÓSTICADAS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN ADULTOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA DE SAN MIGUEL DE TUCUMÁN

Yaffa, P.F.; Salas Paz, L.; Lombardo, C.D.
Servicio de Gastroenterología del Hospital Ángel C. Padilla. San Miguel de Tucumán

Introducción. La patología digestiva ha demostrado ser una problemática de gran frecuencia en diferentes poblaciones ya que produce impacto a varios indicadores de salud en ellas. Es notorio su peso como causa de incapacidad en donde ocupa un lugar importante provocando su repercusión en la producción de una comunidad; y es causa importante de ingreso a los hospitales y a los servicios de urgencias.
Objetivos: Determinar la prevalencia de Enfermedad digestivas diagnosticadas por endoscopia digestiva alta en el Hospital Ángel C. Padilla. Determinar las características epidemiológicas de los pacientes estudia-dos: edad, sexo, procedencia.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo (transversal) y descriptivo.
Población y Muestra: Se analizó 2079 reportes de endoscopías de pacientes realizados desde el mes de Abril del 2014 hasta Abril del 2015, en el Servicio de Endoscopía del Hospital Ángel C. Padilla de San Miguel de Tucumán.
Recolección de Datos: Se realizó mediante una ficha pre-codificada realizada a cada reporte.
Análisis de los Datos: Se realizó con el Programa creado sobre una base VisualFox, mediante cruces de variables mencionadas. Video Endoscopio: Olympus EVIS EXERA 160.
Variables: Edad. Sexo. Estado Civil. Procedencia. Diagnóstico de Referencia. Diagnostico Endoscópico. Factores Exógenos Asociados.
Resultados: Se observó que de los 2079 casos, 57.67% correspondían al sexo femenino, siendo el grupo de edad predominante de 45 a 59 años, 38.79%.
El 38,40% estaban afectados por gastritis como patología predominante, el 29,42% sexo femenino. La hernia hiatal fue diagnosticada en el 12,80% de los casos, con distribución similar entre ambos sexos, la esofagitis se presentó en el 11,23% afectando en mayor medida a los hombres 6%. Se identificó al tabaquismo como el principal factor, 29,09%. El 26,72% referían consumo de alcohol, y la ingesta de café afectó al 7,76%. En la afectación para cada sexo se demostró que en las mujeres predominaron la ingestión de AINEs 14,01%, mientras que en los hombres predominó el tabaquismo 20,04% seguido del el consumo de alcohol respectivamente.
Discusión: El promedio de edad de los casos fue de 46.2 años. La gastritis fue la patología de mayor diagnóstico endoscópico presente en los pacientes, principalmente en el sexo femenino. El tabaquismo fue el factor asociado más prevalente en los pacientes estudiados, así como el consumo de alcohol y de AINEs fueron otros factores exógenos asociados de alta ocurrencia. El estudio endoscópico fue indicado principalmente bajo la impresión diagnóstica de dolor abdominal, dispepsia y síntomas de reflujo gastroesofágico, encontrándose como hallazgo endoscópico fundamental en estos casos la gastritis, hernia hiatal y esofagitis respectivamente.

TO-P-016

ASOCIACIÓN ENTRE EXPOSICIÓN CRÓNICA AL ARSÉNICO EN EL AGUA DE BEBIDA Y SÍNTOMAS DIGESTIVOS

Soria de González, A. (1); Zurita, C.P. (2); Romero, C. (2); Tefaha, L. (2)
(1) Facultad de Bioquímica. (2) Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán

Introducción: El consumo de agua con concentraciones de As superiores a 0,05 mg/L, constituye factor de riesgo para desarrollar un síndrome tóxico denominado Hidroarsenicismo Crónico Regional Endémico. Los efectos adversos para la salud pueden ser inespecíficos como los gastrointestinales, hematológicos, neuropatía periférica. Los efectos dérmicos específicos son característicos de la exposición crónica. Se ha observado hiperpigmentación, hiperqueratosis palmo plantar, hipertensión portal no cirrótica, enfermedad vascular periférica, riesgo aumentado de diabetes mellitus y de mortalidad por hipertensión y enfermedad cardiovascular. Objetivos: Determinar si la sintomatología digestiva encontrada en pobladores de una zona rural se encuentra asociada al consumo de arsénico en el agua de bebida. Metodología: Estudio observacional de corte transversal que incluyó 103 individuos voluntarios de ambos sexos (47 varones y 56 mujeres) de 18 a 90 años, con un tiempo mínimo de exposición de 5 años de residencia en la zona, con consentimiento informado. Fue realizado durante el período mayo-abril de 2014 en Taco Rodeo (Graneros). Se realizó encuesta domiciliaria para datos epidemiológicos y se los invitó a concurrir al centro de salud con muestra de agua del pozo de consumo. Se realizó historia clínica con búsqueda de sintomatología que produce el arsénico a nivel digestivo. Se midió concentración de As en agua por método de Gutzei. Se realizó el análisis estadístico descriptivo y la prueba Chi cuadrado en su variante tabla de contingencia para el análisis estadístico inferencial con el programa SPSS versión 20.0. Resultados: Los pacientes fueron divididos en grupo expuesto (GE), n=51 y grupo no expuesto (GNE), n=52 al consumo de más de 0,05 mg/L de As. El 65% y el 2% de las personas presentaron hiperpigmentación dentaria, el 53% y 12% presentaron sialorrea, el 23% y 0% presentaron nauseas, el 16% y 6% presentaron diarrea, el 14% y 10% presentaron dolor abdominal y el 10% y el 2% presentaron vómitos del GE y GNE respectivamente. Al aplicar la prueba de Chi-cuadrado se encontró una relación estadísticamente significativa entre las variables hiperpigmentación dentaria (χ^2=35,7 p<0,001), sialorrea (χ^2=15,6 p<0,001) y náuseas (χ^2=10,6 p<0,001), no encontrándose asociación con las otras variables analizadas. Se encontró asociación significativa entre el tiempo de exposición y la presencia de hiperpigmentación dental (p<0,04). Conclusión: Los resultados descriptos aquí muestran que los síntomas digestivos son frecuentes en la población expuesta al arsénico, efectos que se deberían a la irritación directa de la mucosa gastrointestinal.

TO-P-017

CÁNCER COLORRECTAL: DATOS EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS Y DEMOGRÁFICOS A LO LARGO DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE SAN JUAN, ARGENTINA

Romo, R.; Narváez, L.; Noguera, G.; Carrizo, C.; Montañez, S.
Sección Gastroenterología. Hospital Dr. Marcial Quiroga. San Juan. Argentina

Introducción: En la Argentina se estima que se producen 30 casos nuevos por día y se espera un crecimiento de un 46% en los próximos 15 años.
Objetivos: Conocer la incidencia anual del cáncer colorrectal en los últimos 10 años y sus principales características en términos de ubicación, estadio, método de diagnostico, tipo histológico y datos demográficos de los pacientes.
Materiales y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo en donde se revisó la base de datos de las muestras oncológicas (+) del servicio de anatomía patológica del hospital Marcial Quiroga de los últimos 10 años y se extrajeron los datos requeridos de los informes anatomopatológicos complementando con las historias clínicas.
Resultados: Se obtuvieron 117 casos de cáncer de colon. 65 fueron hombres y 52 mujeres. Promedio de edad 59.57 años. El 88% de los tumores fueron adenocarcinomas. El 47.86% se localizó en colon izquierdo, el 29.05% en colon derecho. La mayoría de los casos fueron diagnosticados por colonoscopia (57.26%). La llegada del video-colonoscópico duplicó en 5 años el número de tumores diagnosticados.
Conclusiones: El presente es el primer trabajo que describe la situación epidemiológica del cáncer de colon de los últimos 10 años en un hospital público de San Juan. Los resultados obtenidos coinciden con lo descripto en la literatura. Futuros trabajos prospectivos deberían realizarse en conjunto con otros centros para realizar una base de datos única para el control y seguimiento de estos pacientes en el contexto de un sólido programa de screening de cáncer colorrectal.

TO-P-018

LA GASTRITIS POR *Helicobacter Pylori* NO SE ASOCIA CON LA OBESIDAD: RESULTADOS DE UN ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL

Spallone, L.; Gandara, S.; Lasa, J.; Chaar, E.; Cadiz, C.; Gallo, N.; Apesteguia, A.; Berman, S.; Zagalsky, D.
Servicio de Gastroenterología. Instituto Quirúrgico del Callao. Buenos Aires. Argentina

Introducción: Evidencia previa ha sugerido que existe una asociación entre la infección por Helicobacter pylori (Hp) y la obesidad. Sin embargo, los resultados de la misma no son concluyentes.
Objetivo: Comparar la prevalencia de la infección por Hp entre pacientes dispépticos con y sin obesidad
Materiales Y Métodos: Entre Enero de 2014 y Enero de 2015, se enrolaron pacientes adultos sometidos a endoscopía digestiva alta debido a síntomas de dispepsia. En cada caso, se tomaron al menos tres muestras de biopsia de cuerpo y antro gástricos. La infección por Hp se determinó en las biopsias a través de la tinción con Giemsa. Las siguientes variables fueron a su vez registradas: edad, sexo, tabaquismo, diabetes mellitus, obesidad (definida como un índice de masa corporal ≥30), uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP). Se realizó un análisis univariado, seguido de un análisis multivariado para determinar si la obesidad se asociaba significativamente con la infección por Hp. Se consideró como significativo a un valor de p menor a 0.05.
Resultados: Se enrolaron 180 pacientes. La edad promedio fue de 58±12 años y 54.66% eran varones. La prevalencia de infección por Hp fue del 26.67%. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a las variables demográficas entre sujetos con y sin infección por Hp. Tampoco se encontraron diferencias en cuanto a consumo de tabaco y de AINEs. Se encontró una relación inversa entre la infección por Hp y el uso de IBP [OR 0.18 (0.05-0.58)]. No se encontró una diferencia significativa en la prevalencia de obesidad entre sujetos con y sin infección por Hp [35% vs 23.64%, OR 1.73 (0.78-3.84), p=0.16].
Conclusión: En una población con baja prevalencia de infección por Hp, no se encontró asociación significativa entre la obesidad y la infección por Hp.

TO-P-019

NO SOLAMENTE LOS ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO EN FODMAP'S AGRAVAN LOS SÍNTOMAS DE LOS PACIENTES FUNCIONALES DIGESTIVOS

Soifer, L.; Fanjul, I.; Dima, G.; Peralta, D.; Lasa, J.
Sección de Gastroenterología del Departamento de Medicina. CEMIC, Buenos Aires. Argentina

Por razones prácticas, las dietas hipofermentables con reducida cantidad de oligosacaridos, disacáridos, monosacaridos y polioles (FODMAP´S), suelen ser administradas, mediante planillas pre elaboradas, sin que se efectúe un interrogatorio nutricional exhaustivo a los pacientes con trastornos funcionales digestivos. No obstante existe una marcada variabilidad interpersonal en la tolerancia que estos pacientes refieren a los alimentos.
Objetivo: Analizar la frecuencia en la que los pacientes con trastornos funcionales digestivos, refieren que los alimentos con bajo contenido en FODMAP´S, provocan o agravan sus síntomas.
Pacientes y métodos: Estudio prospectivo y observacional: 150 pacientes (125 mujeres, edad: 50, rango 16-84) con trastornos funcionales digestivos (SII/D: 65 – SII/C: 39 – SII/CD: 14, Distensión abdominal crónica funcional: 27 y dolor abdominal crónico: 2), completaron un cuestionario de autollenado, referido a las características clínicas, según los criterios de Roma, y a los alimentos que manifestaban, provocar o agravar sus síntomas digestivos.
Resultados: 83 de los 150 pacientes (55%), refirieron que uno o más alimentos considerados como de bajo contenido en FODMAP´S, provocaban o agravaban su sintomatología. Los alimentos mas citados fueron: fritos, grasas y salsas (23/83 – 27,7%) carnes rojas (18/83 - 21,6%) infusiones (11/83 – 13,2%) especies (10/83 – 12%) tomates y cítricos (7/83 – 8,4%) y arroz (5/83- 6%)
Conclusiones: Estos datos enfatizan la importancia de ajustar las dietas de un modo personalizado valorando el trabajo en conjunto que se debe efectuar con las nutricionistas para el mejor manejo de estos pacientes.

TO-P-020

UTILIDAD DEL TACTO RECTAL EN EL DIAGNÓSTICO DE DISINERGIA DEL PISO PELVIANO

Olivera, P.; Soifer, L.; Peralta, D.; Dima, G.; Lasa, J.
Sección de Gastroenterología del Departamento de Medicina. CEMIC (Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas). Buenos Aires. Argentina

Introducción: estudios previos han reportado que el tacto rectal (TR) tiene alta sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de disinergia del piso pelviano (DPP). Pero esos reportes están limitados a un par de estudios en centros de referencia.
Objetivo: reevaluar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) del TR en el diagnóstico de la DPP en pacientes con desordenes anorectales, comparado con manometría anorectal convencional.
Materiales y Métodos: enrolamos de forma prospectiva pacientes consecutivos, en los cuales el estudio manométrico anorectal estaba indicado. Se realizó e informó de forma rutinaria el TR por tres gastroenterólogos experimentados, previo a la realización del estudio manométrico. Se realizó de forma rutinaria electromiografía endoanal de superficie (EMG) en todos los pacientes. Se definió DPP como la contracción paradojal o falla en la relajación de los músculos del piso pelviano evidenciada en manometría y/o EMG.
Resultados: se incluyeron 87 pacientes [femenino 71/87 (81%), edad 59.3 años (rango 21-89 años)] entre agosto de 2014 y marzo de 2015. Las indicaciones del estudio manométrico fueron: incontinencia fecal 44.8% (39/87), sospecha de defecación disinérgica 26.4% (23/87), constipación 12.64% (11/87), dolor defecatorio 6.8% (6/87) y no especificado 9.2% (8/87).
Cuando evaluamos la precisión del TR para el diagnóstico de DPP para todos los tipos de indicación encontramos una sensibilidad de 60% (IC95%: 40.75-76.77%), una especificidad de 92.98% (IC95%: 82.16-97.72%), un VPP de 81.81% (IC95%: 58.99-94%) y un VPN de 81.53% (IC95%: 69.58-89.65%).
Cuando consideramos solo los pacientes cuya indicación era sospecha de DPP, encontramos una sensibilidad de 70% (IC95%: 35.35-91.90%), una especificidad de 100% (IC95%: 82.82%-100%), un VPP de 100% (IC95%: 56.09-100%) y un VPN de 88% (IC95%: 69.70-97%).
Conclusiones: el TR presenta una considerable especificidad en el diagnóstico de DPP, con una sensibilidad modesta, cuando se consideran todas las indicaciones. En pacientes seleccionados, en los cuales la sospecha de DPP es elevada, los valores de especificidad, sensibilidad y valores predictivos se incrementan. El TR es una herramienta ha ser considerada en el diagnóstico de DPP, sobretodo en contexto de dificultad en el acceso a estudios manométricos.

TO-P-021

EFECTO PROINFLAMATORIO DE LA CENIZA VOLCÁNICA (CV) EN UN MODELO MURINO DE COLITIS – ¿PODRÍA LA CENIZA DE ALGUNOS VOLCANES TENER UN PAPEL PRO-INFLAMATORIO EN EII?

Orsini, Delgado M.L. (1); Sambuelli, A. (2); Papa Gobbi, R. (1); Gil, A. (2); Negreira, S. (2); Goncalves, S. (2); Huernos, S.(2); Bellicoso, M. (2); Tirado, P. (2); Chavero, P. (2); Docena, G. (1)
(1) Instituto de Estudios Inmunológicos y Fisiopatológicos IIFP, Facultad de Cs. Exactas – UNLP. La Plata - Bs.As., Argentina. (2) Sección EII - Hospital Bonorino Udaondo, Medicina, Buenos Aires. Argentina

Introducción: Los factores ambientales impactan en la patogénesis de la EII. Contaminantes urbanos se han asociado con debut precoz de EII y hospitalización. La instilación intestinal de material particulado (PM) en ratones es proinflamatoria, induce permeabilidad y TNFα. Se reportó PM en niveles elevados post-erupciones en Islandia (resuspensión de ceniza depositada, Thorsteinsson T, 2012). La contaminación de erupciones volcánicas (aunque los componentes varían) es un riesgo reconocido para la salud y no se estudió en EII, aún en áreas muy expuestas (Islandia, N. Zelandia) de alta prevalencia. Durante las prolongadas erupciones del Puyehue (volcán patagónico, 2011), se detectó PM elevado por ceniza llevada por el viento en Bs.As., y también refractariedad en EII hospitalizados de un centro de referencia.
Hipótesis: la CV o algunos de sus componentes podría ser un factor ambiental proinflamatorio en EII.
Objetivos: estudiar el efecto de la CV (volcán Puyehue, erupción 2011) en un modelo murino de colitis.
Material y Métodos: ratones BALB/c recibieron por 14 días agua con o sin CV. Al 7º día se agregaron diferentes estímulos inflamatorios intra-rectales: TNBS, flagelina (FliC) o etanol (EtOH: vehículo control). Al 14º día los ratones se sacrificaron. Se estudió el colon (peso, longitud, histología, ZO-1 IFI, expresión de genes: β IL1, IL6, TNFα, CCL20, IFN γ, Tbet, IL17A, RORγt por qPCR).
Resultados: La pérdida de peso fue relevante en los ratones que recibieron agua+CV vs. los tratados sólo con agua o EtOH. El colon de los que recibieron CV presentó mayor relación peso/longitud: EtOH/EtOH+CV: 28,4±4,4 vs 31,3±2,4, TNBS/TNBS+CV: 28,3±0,1 vs 33,7±4,2; FliC/FliC+CV: 24,7±4,01 vs 31,5±5,9. Indice histológico de actividad: EtOH vs EtOH+CV: 1 vs 3 (p<0,001), TNBS vs TNBS+CV: 3,2±0,3 vs 4,3±0,6 (p<0,05), FliC vs FliC+ash: 2,3±0,6 vs 4 (P<0,001). Los ratones tratados con CV tuvieron > hemorragia, edema, infiltración cel. colónica vs controles, y significativamente > expresión de CCL20, TNFα, IFN, Tbet, IL-17A (expresión del gen/veces/incremento: media±DS): CCL20=TNBS/TNBS+CV (14,45±3,7 vs 34,04±6,7 p<0,01), FliC/FliC+CV (23,3±4,2 vs 75.1±12,1 p<0,001), TNFα=TNBS/TNBS+CV (2,0±0,49 vs 6,3±0,83 p<0,05), FliC/FliC+CV (2,6±1,35 vs 7,48±3,8 p<0,01), IFNγ=TNBS/TNBS+CV (6,07±4,55 vs 31,58±1,95 p<0,001), FliC/FliC+CV (16,51±5,27 vs 26,33±4,53), Tbet= TNBS/TNBS+CV (3,45±1,30 vs.15,82±3,9 p<0,001), FliC/FliC+CV (5,87±0,81 vs 12,71±0,93 p<0,05), IL-17A=TNBS/TNBS+CV (0,87±0,27 vs 7,42±6,71), FliC/FliC+CV (1,69±0,32 vs 6,08±3,83 p<0,05). La ZO-1 colónica disminuyó en ratones con CV+TNBS.
Conclusión: la CV administrada en el agua, en ratones con estímulo inflamatorio intra-rectal, agravó la inflamación mucosa, quizás por deficiente función de barrera. Posiblemente algunos componentes de CV induzcan o aumenten la inflamación en EII. La exposición a PM de CV podría ser factor ambiental adicional que geográficamente o temporalmente influya en la epidemiología de la EII.

TO-P-022

ACEPTACIÓN DE LA VIDEOCOLONOSCOPÍA COMO MÉTODO DE TAMIZAJE PARA EL CÁNCER COLORRECTAL: BARRERAS E INFLUENCIA DE DIVERSOS FACTORES

Sciarretta, M. (1); Bello, G. (1); Garavento, L. (1); Ojeda, E. (1); Giraudo, F. (1); Epele, J. (1); Correa, G. (1); Scarponi, M. (1); Villaverde, A. (1); Chopita, N. (1)
(1) Servicio de Gastroenterología, Hospital San Martín. La Plata, Provincia de Buenos Aires. Argentina

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) en Argentina representa el tercero en frecuencia detrás del de mama y próstata y se ubica en segundo lugar dentro de las principales causas de muerte por cáncer, detrás del de pulmón, produciendo 7949 muertes en el año 2012. El CCR cumple con los principios que justifiquen el tamizaje como enfermedad. El objetivo del mismo es reducir la carga de esta enfermedad mediante el diagnóstico temprano, permitiendo un tratamiento más eficaz con reducción de la mortalidad. El Colegio Americano de Gastroenterología considera a la colonoscopía como el método de elección cuando está disponible, ya que permite detectar lesiones y realizar terapéutica. Diversos estudios han intentado identificar cuáles son factores relacionados a la posible participación en los métodos de tamizaje. Estos factores pueden ser clasificados en no modificables (factores demográficos, educación, ingresos) o en modificables (conocimiento del CCR y su detección, actitudes de los médicos y pacientes y barreras estructurales).
Objetivos: Evaluar la aceptación de la VCC como método de tamizaje en una población de pacientes de riesgo promedio, e identificar los factores que influencian la aceptación de la misma.
Pacientes y métodos: Se realizó un análisis exploratorio de datos utilizando el test de Chi-2 sobre un total de 126 pacientes pertenecientes al grupo de riesgo promedio para CCR que concurrieron al consultorio de Gastroenterología. En primera instancia se realizó un cuestionario sobre aspectos demográficos, socioculturales y vinculados al CCR. Una vez completado el cuestionario se ofreció la VCC como método de tamizaje explicando las ventajas y desventajas del método, analizando su aceptación y posterior realización. Luego se evaluó la influencia de los diversos factores en la aceptación de la VCC como método de tamizaje.
Resultados: Del total de 126 pacientes incluidos en el estudio, 124 (98%) aceptaron realizarse la VCC. De estos, 89 (72%) finalmente asistieron a realizarse la VCC. De los 35 pacientes que no concurrieron, 29 fueron contactados telefónicamente para evaluar los motivos de la negativa. Del total de las variables analizadas, la presencia de enfermedad de base fue la única estadísticamente significativa (p=0,017) que demostró influenciar la aceptación de la VCC como método de tamizaje.
Conclusiones: La aceptación de la VCC como método de tamizaje fue del 98%, mientras que la concurrencia fue del 72%. Es probable que la recomendación por parte de un especialista haya tenido influencia en la decisión, si bien a posterior diversos tipos de barrera mostraron una reducción en el número de pacientes que finalmente concurrieron. Por otra parte solo la presencia de enfermedad de base se asoció con una mayor aceptación del método. Faltan más estudios locales que evidencien cuáles son los factores que influencian la aceptación de los métodos de tamizaje, como la VCC, en los pacientes.

TO-P-023

ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO PARA DIFERENCIACIÓN DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CON COMPROMISO RECTAL. ¿ES UNA HERRAMIENTA ÚTIL?

Vitale, L.; Yantorno, M.; Correa, G.; Carrica, S.; Garbi, L.; Sciarretta, M.; Redondo, A.; Cura, P.; Villaverde, A.; Tufare, F.; Baldoni, F.; Chopita, N.
Servicio Gastroenterología HIGA San Martín de La Plata. Argentina

Introducción: El diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se realiza en base a datos clínicos, endoscópicos, imagenológicos e histológicos, no existiendo elementos patognomónicos para el mismo.
En pacientes con compromiso rectal, la diferenciación entre Colitis Ulcerosa (CU) y Enfermedad de Crohn (EC) es dificultosa, lo que tiene implicancias pronósticas y terapéuticas. La medición del espesor parietal total (EPT) del recto por ultrasonido endoscópico podría contribuir en el diagnóstico diferencial.
Objetivo: Definir espesor parietal total del recto mediante el uso de ultrasonido endoscópico para la diferenciación de EII con compromiso rectal.
Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal, entre diciembre de 2014 y junio de 2015, en pacientes con Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn con compromiso rectal. Se realizó ecoendoscopía con minisonda radial para medición del espesor parietal total del recto con técnica de inmersión, continuando con la evaluación de la actividad luminal mediante videocolonoscopía o recto/sigmoideoscopía, utilizando escalas avaladas para cada entidad. Posteriormente, se correlacionó la actividad endoscópica con el EPT y se compararon las mediciones entre los diferentes grupos.
Resultados: se evaluaron 19 pacientes, con un promedio de edad de 40 años, que fueron divididos en dos grupos: enfermedad activa y en remisión y cada uno de ellos según el diagnóstico previo de CU o EC. Al comparar el espesor parietal total en pacientes activos con CU y EC mediante el uso del método de t student, se obtuvo una diferencia significativa entre ambos subgrupos (p <0,05) (OR 1,55 IC 95%). Entre los pacientes en remisión, los valores no demostraron una diferencia estadística (p 0,067).
Conclusiones: En pacientes con EII con compromiso rectal, la diferenciación entre CU y EC es dificultosa. La medición del espesor parietal del recto por ultrasonido podría contribuir en el diagnóstico diferencial. En aquellos pacientes con actividad endoscópica, la medición del EPT podría ser útil para diferenciar estas patologías según nuestra experiencia. Si bien se requieren más estudios, la ecoendoscopia podría ser una herramienta útil para el diagnóstico diferencial.

TO-P-024

EVALUACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN HEMODIÁLIASIS

Juárez, A.S.; Chaban, P.; Medina, A.; Valdez Parera, C.
Postgrado Nutrición-UNT. San Miguel de Tucumán. Tucumán. Argentina

Introducción: La insuficiencia renal crónica terminal es un problema de salud pública que ha ido aumentando con el paso de los años. Complicación principalmente de la Diabetes Mellitus e HTA. Cada vez es mayor la recurrencia a procedimientos sustitutivos: diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal. El interés creciente hacia los aspectos nutricionales del paciente urémico viene determinado por la elevada incidencia de malnutrición proteico-calórica en la insuficiencia renal crónica y la mayor morbimortalidad.
Objetivo: Establecer el estado nutricional de los pacientes mediante la valoración subjetiva global y el examen clínico nutricional y analítico de los mismos. Conocer el tiempo de permanencia en hemodiálisis y correlacionarlo con el estado nutricional actual de estos pacientes. Establecer si existe relación entre IMC (parámetro biomédico) y los distintos parámetros bioquímicos bajo estudio.
Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en dos Servicios de Hemodiálisis Privados de San Miguel de Tucumán, en el período comprendido entre Junio y Octubre de 2014; se incluyeron 65 pacientes entre los 18 y 85 años de edad, de ambos sexos, en tratamiento hemodialítico trisemanal, de 4hs de duración cada sesión, con al menos 6 meses de antigüedad en el tratamiento sustitutivo, sin trastornos cognitivos.
Procedimiento e instrumental: Encuesta personal. Examen clínico: antropometría y valoración Global subjetiva. Datos bioquímicos de albúmina, colesterol y triglicéridos consignados en las historias clínicas correspondientes al último trimestre registrado.
Resultados: El mayor número de pacientes presentaba estado nutricional normal según su IMC y el 9% de las determinaciones mostraban un IMC inferior a 18,5 kg/m2, mientras que 45% (29) IC95% (32%- 57%) presentaban sobrepeso u obesidad. La determinación del estado nutricional según la VGS evidenció un 60% de pacientes con buen estado nutricional. El 39% (26) IC95% (28%- 52%) presentaba riesgo de malnutrición o malnutrición grave. Valores de Albúmina plasmática: el mayor porcentaje correspondió a valores menores a 3,8 g/dl. Las determinaciones de colesterol plasmático correspondieron la mayoría a valores considerados como normales.
Conclusiones: Se encontró mayor porcentaje de pacientes en hemodiálisis con sobrepeso/obesos, y bajo número de desnutridos, contrario a la mayoría de lo expresado en la literatura. No se encontró correlación significativa entre ninguna de las variables estudiadas, lo que apoya el concepto expresado por otros autores, de que no existe uno o más parámetros que evalúen el estado nutricional en forma fidedigna.

TO-P-026

METÁSTASIS GASTROINTESTINAL DE CARCINOMA DE CÉRVIX

Carfagnini, P.J. (1); Coto Solari, L. (2); Robles, R.E. (2); Schneider, M. (2); Olivares Prado, G. (2); Cadena Berecoechea, A. (2); Mazzucco, J. (2); Caldo, I.F. (1); Quiñones, S.A. (1); Casbarien, O. (1); Marillet, M. (1); Majewski, I.S. (1); Padin, L.F. (1); Brodersen, C.E. (1)
(1) Servicio de gastroenterología, Hospital de Agudos Carlos G Durand, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina
(2) Servicio de Tomografía Computada, Hospital de Agudos Carlos G Durand, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina

Introducción: Las metástasis gástricas de una neoplasia extradigestiva son poco frecuentes y pueden producirse por diseminación hematógena, hemato-linfática y/o contigüidad.
En orden decreciente, los tumores que con mayor frecuencia metastatizan en estómago son: adenocarcinoma de pulmón, carcinoma (Ca) de mama, adenocarcinoma de colon avanzado y carcinoma urotelial o de células transicionales de vejiga.
Por otro lado, los patrones de diseminación secundaria de Ca de cérvix incluyen: pulmón, hígado, hueso, cerebro y tubo digestivo. Esta última localización es sumamente infrecuente y hay pocos casos reportados en la bibliografía. En el secundarismo colónico, generalmente se relaciona con siembras peritoneales de un tumor intraabdominal. En un número menor de casos puede provenir de neoplasias de mama, cuello uterino, riñón y ovario. Se cree que se deben a diseminación hematógena.
Objetivo: Presentar un caso clínico de una lesión secundaria en el tracto gastrointestinal muy poco frecuente. Repasar sus principales características imagenológicas.
Paciente y método: Paciente femenina de 56 años de edad, con antecedentes de Ca de cérvix, diagnosticado hace seis años, que recibió tratamiento quimio y radioterápico. Luego de dos años de control, sin evidencias de enfermedad activa, abandona las consultas periódicas. Acude al servicio de oncología clínica manifestando episodios reiterados de metrorragia, asociados a disminución de peso y astenia. Se indica tomografía de tórax, abdomen y pelvis con contraste endovenoso para re estadificación.
Resultados: Asociado al ensanchamiento irregular y heterogéneo del cérvix es posible identificar múltiples imágenes focales hipodensas, con realce en anillo, a nivel del parénquima hepático, compatibles con secundarismo. Concomitantemente se distingue engrosamiento parietal irregular y asimétrico de la curvatura mayor del estómago, que en su expansión caudal se asocia a hallazgos de similares características a nivel del ángulo hepático del colon. Adyacente al fundus gástrico se evidencian algunas imágenes ganglionares, algunas de las cuales alcanzan el rango adenomegálico. Se procedió a la punción biopsia mediante endoscopia del engrosamiento parietal gástrico y de lesión hepática, que resultaron positivas para implantes secundarios de la enfermedad de base de la paciente.
Conclusiones: Si bien el Ca de cérvix provoca con mayor frecuencia metástasis locorregionales, con el advenimiento de técnicas más eficaces de tratamiento, se ha incrementado la incidencia de secundarismos por vía hematógena y linfática a órganos distantes. Por lo tanto, ante la presencia de síntomas de cualquier otro sistema, en una paciente con enfermedad controlada, debe descartarse en primera instancia que corresponda a enfermedad metastásica.

TO-P-025

EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL MEDIANTE EL CUESTIONARIO IBDQ-32

Rodríguez Nuñez, M.G.; Conlon, M.C.; Spiazzi, R.; Canicoba, M.; Milano, M.C.
Servicio de Gastroenterología, Dpto. de Nutrición y Coordinación y Docencia (Gabinete de Estadística)

Introducción: La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) engloba un grupo de enfermedades caracterizadas por la inflamación crónica de la mucosa intestinal de etiopatogenia desconocida, representados por 3 entidades clínico-patológicas: la Colitis Ulcerosa (CU), la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Indeterminada (CI).
Presentan compromiso clínico tanto intestinal como sistémico y ocurren en etapas productivas de la vida lo que conlleva a una disminución importante en la calidad de vida (CV) de los afectados, teniendo implicancias físicas y psicológicas
Objetivos: Determinar la percepción de la CV en los pacientes con EII mediante el cuestionario "Inflammatory Bowel Disease Questionnaire" (IBDQ-32), el cual fue traducido al español , validado y adaptado para medir la calidad de vida en estos pacientes. Se realizó una puntuación global con la totalidad de las preguntas obtenido de la sumatoria de las mismas, dividiéndola en baja, moderada y alta calidad de vida.
Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y poblacional de pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de EII que aceptaron participar del mismo y en seguimiento por la Sección de Tubo digestivo del Servicio de Gastroenterología. Se evaluaron 50 pacientes durante los meses de marzo y abril del 2015 a los que se les realizó el cuestionario IBDQ-32.
Resultados: La población incluida en el estudio fue de 50 pacientes con EII, de los cuales 11 (22%) presentaron EC, 39 (78%) CU y ninguno con CI. Los resultados sobre la percepción de (CV) fueron: 30 pacientes (60%) con CV alta, de los cuales 23 (59%) tenían CU y 7 (63,6%) EC; 18 pacientes (36%) con CV moderada que incluyeron 15 (38,5%) con CU y 3 (27,3%) con EC. Sólo 2 pacientes (4%) presentaron CV baja, 1 (2,6%) con CU y otro (9,1%) con EC.
Conclusión: En el presente estudio se encontró relación entre el tiempo de evolución de la enfermedad y la disminución de la CV. No hubo diferencias significativas entre el tipo de EII y su relación con el grado de percepción de CV. Por lo que podemos concluir que este cuestionario es una herramienta validada que permite medir la eficacia terapéutica utilizada en EII como un marcador de CV. Aplicarlo al inicio y durante un tratamiento permite establecer la evolución clínica y su relación con la CV.