TO/O-01

¿QUE INFORMACIÓN OBTIENEN LOS PACIENTES EN INTERNET SOBRE EL ESÓFAGO DE BARRETT?

Peralta, D(1); Gadea, O; Pedrana, R; Tawil, J; Soifer, L(1)
(1)Servicio de Gastroenterologia del CEMIC Ciudad Aut de Buenos Aires Argentina

INTRODUCCION: Cada vez son más los sujetos que consultan en Internet para conocer el motivo de sus molestias médicas. Inclusive agrupan sus síntomas y discuten un posible diagnostico cuando concurren a la entrevista con el médico. No obstante no siempre la información que obtienen de la Web es completa, actualizada, comprensible, carente de información alarmista y de sesgos publicitarios. La presencia de una metaplasia intestinal, del esófago es uno de los temas que suele generar frecuentemente temor exagerado en los pacientes al enterarse, en la red, de su potencial cancerígeno.
OBJETIVOS: Efectuar una revisión sistemática sobre la calidad de la información disponible en internet referente al Esófago de Barrett.
MATERIAL Y METODOS: Las primeras 20 páginas web que aparecen en español-castellano en el buscador Google bajo el nombre "Esófago de Barrett" Fueron evaluados en forma independiente por cinco gastroenterólogos conocedores del tema. Debieron calificar cada una de las páginas web mediante una ficha de evaluación por puntajes, en la que se contemplaron los siguientes aspectos: nivel de información, actualidad de la información, comprensibilidad del texto, (formula de Flesch Kincaid), utilidad para el paciente, posibles sesgos publicitarios y temor que pudiera ocasionar la información. Fueron promediados los puntajes obtenidos por los evaluadores y presentados como datos porcentuales. Operativamente se consideró adecuado el valor > de 80% para cada variable evaluada.
RESULTADOS:fueron evaluadas 26 páginas de las cuales 4 tenían información de otras patologías, como hernia hiatal y gastropatías, otra auspiciada por un laboratorio y otra escrita para médicos. Se analizaron 20 páginas web donde el promedio en porcentajes de: nivel de información fue 60,3%, actualización de la información de cada una de las paginas 60%, utilidad para el paciente 60,25%, información alarmista 32,8% sesgos de información 4,35% y el nivel de comprensibilidad fue que el 80% de los paginas la comprendían solamente personas con un nivel de educación terciaria.
CONCLUSION: Se observo una marcada variación en la información publicada en la Web. Ninguna de las veinte páginas evaluadas por los cinco investigadores llega a un 80% del puntaje de su evaluación y el nivel de comprensibilidad es para personas con instrucción básicamente terciario. Se necesita una página Web sobre Esófago de Barrett con orientación al paciente de distintos niveles de educación y con calidad de la información más actualizado.

TO/O-02

EXPERIENCIA EN PH-IMPEDANCIOMETRIA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA DE UN HOSPITAL PUBLICO

Peralta, Epele, J(1); Guzman, M(1); Retta, R(1); Barros, R(1); Garbi, ML(1); Macarrone, V(1); Schmunck, L(1); Chopita, N(1)
(1)Hospital San Martin de La Plata. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se define como la presencia de síntomas que afectan la calidad de vida y/o complicaciones de la mucosa esofágica como consecuencia del reflujo gastroesofágico (RGE).
Es una enfermedad muy frecuente, con una prevalencia en la Argentina de 23%.
Si bien la mayoría de los pacientes mejoran con el tratamiento, un 30% – 40% persisten sintomáticos a pesar de la terapia de supresión acida. En este grupo de pacientes un diagnóstico certero es necesario, así como la correcta diferenciación entre los subtipos de ERGE con los trastornos funcionales esofágicos.
Con la reciente incorporación de la impedanciometría los episodios de reflujo son detectados independientemente de su pH. Este método es el más sensible para evaluar el número y tipo de episodios de reflujo, tanto los ácidos como los no ácidos, y nos permite investigar la relación con los síntomas. Por lo tanto, la pH-Impedanciometría (pH-IMP) es considerada actualmente el gold estándar en la evaluación del RGE. Su correcta indicación es fundamental para la lograr un diagnóstico preciso y optimizar recursos.
OBJETIVOS Evaluar los resultados de pH-IMP en el servicio. Evaluar las indicaciones formales para la realización de pH-IMP en los pacientes derivados para dicho estudio. Confirmar la ventaja de la impedancia con respecto a la pH metría en la evaluación de los reflujos no ácidos. PACIENTES Y MÉTODOS Se realizo un estudio descriptivo, entre Agosto de 2008 y Abril de 2011, con 33 pacientes con síntomas de RGE refractarios luego de haber suspendido el tratamiento de supresión acida por 7 días. Los episodios de reflujo fueron detectados por una sonda con 6 canales de impedancia y 1 de pH la cual fue colocada 5 centímetros por encima del esfínter esofágico inferior y caracterizados en ácidos y no ácidos.
RESULTADOS A un total de treinta y tres pacientes 22 mujeres (66%) y 11 hombres (33%) con un promedio de edad de 47 (± 14.6) años se les realizó el estudio.
La indicación fue por síntomas esofágicos en un 42.4%, supraesofágicos 39.4% y por ambos síntomas 12.1%. En solo un paciente se realizo el estudio por estenosis esofágica de probable orígen péptico asintomática para ERGE. El 48.5% de los estudios fueron normales. Se diagnosticaron un 21.2% de pacientes con exposición ácida patológica, 9.1% de los pacientes presentó reflujo no ácido patológico, y un 3% presentó reflujo mixto. El 9.1% presentó esófago hipersensible.
CONCLUSIONES La adición de la impedancia a la pH metría nos permitió mejorar el rendimiento diagnostico al detectar reflujos no ácidos y aumentar la proporción de pacientes en quienes la asociación entre episodios de reflujo y síntomas pueden ser identificados.
Es muy importante realizar la correcta indicación de este método y completar los estudios previos (manometría, tránsito de esófago y endoscopía con biopsia) ya que se encuentra en el último escalafón del algoritmo de estudio en ERGE.

TO/O-03

DISPEPSIA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS EN PACIENTES ATENDIDOS DURANTE EL AÑO 2010

Ayala Rios, S(1); Pichilingue Prieto, O(2); Capcha Loyola, T(1); Pichilingue Reto, C(3)
(1)Medico Gastroenterologo Servicio de Gastroenterologia ,Hospital Nacional Hipolito Unanue ,Lima-Peru (2)Medico Gastroenterologo,profesor de Gastroenterolgía de la Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima-Peru (3) Alumna de Medicina Humana de la Universidad Particular Cayetano Heredia, Lima-Peru. Perú.

INTRODUCCIÓN: La dispepsia puede estar asociada a condiciones endoscópicamente negativas, dispepsia funcional, o con lesiones en los órganos, como úlcera péptica y neoplasias, detectadas fácilmente por endoscopía. La asociación entre síntomas dispépticos y hallazgos endoscópicos aún no ha sido bien caracterizada. No existe trabajo realizado en nuestro hospital sobre dispepsia, fue nuestro interés estudiar esta para caracterizarla desde el punto de vista clínico, endoscopico y anatomo-patológico, optimizando recursos para el diagnóstico, lográndose el uso racional de la endoscopia digestiva. OBJETIVO: Identificar las caraterísticas clínicas, endoscópicas e histológicas así como su relación con Helicobacter pylori (Hp) en pacientes atendidos con el diagnostico de dispepsia en el Servicio de Gastroenterología de nuestro hospital durante el año 2010. MÉTODO: Se realizóun estudiodescriptivo, transversal y retrospectivo en la población que acudían a nuestro hospital, durante el año 2010, para ello se obtuvo un tamaño muestral de 300 pacientes. Se evaluaron variables clínicas, histológicas y endoscópicas. Se confecciono un instrumento de recolección de datos, obteniendo la información de las historias clínicas de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Utilizamos el paquete estadístico SPSS 15.0, posteriormente se realizo el análisis univariado y bivariado, permitiéndonos la elaboración de tablas expresando la frecuencia del evento, promedios y nivel de significación, se aplico el estadístico de chi cuadrado con un nivel de significancia del 95%. RESULTADOS: De los 300 pacientes estudiados se obtuvo que la mayoría fueron del sexo femenino (63%), siendo la edad media de presentación 42 años, en su mayoría procedentes del distrito de SJL (30%), de estos el origen andino (50%) fue de mayor porcentaje. Al momento del diagnostico solo el 19% presentaba signos de alarma, la baja de peso caracterizo a este grupo (14%), el 88% presento dolor/ardor epigástrico como parte de la sintomatología del paciente, dentro de los hallazgos endoscópicos el eritema antral (74.7%) fue la característica mas frecuentemente hallada, seguida de erosiones (32.9%) y nodularidad (22%). El 93% presento infección por Hp, se presento displasia leve en el 2.7% y atrofia en solo 14.7%.El 98.5% de los pacientes que presentó nodularidad como característica endoscópica, presento infección por Hp. CONCLUSIONES: Los síntomas dispépticos mas frecuentes fueron dolor epigástrico seguido de distensión abdominal, el genero femenino lo presento con mayor frecuencia, los signos de alarma fueron poco frecuentes, el eritema antral fue la característica mas encontrada en las endoscopías. La gastritis crónica moderada fue el diagnóstico anátomo-patológico con mayor frecuencia. La infección por Hp tuvo asociación significativa con algunas características endoscópicas como nodularidad y eritema antral así como también tenia relación con la actividad de la gastritis. Asociación entre Infección por HP y Severidad histológica en relación a los Hallazgos endoscópicos en pacientes atendidos en el HNHU durante el 2010

Hallazgos endoscópicos	Eritema Antral n (%)/p*	Erosiones n (%)/p*	Nodularidad n (%)/p*	Cicatriz de úlcera duodenal n (%)/p*
Infección por HP	185 (66.5)/.005**	95 (34.2)/0.27	66 (98.5)/0.03**	16 (100)/0.24
Infiltración Neutrofila	189 (91.7)/ 0.07	95 (95)/0.60	67 (100)/0.01**	16 (100)/0.29
Infiltración Mononuclear	206 (68.7)/ 0.37	100 (100)/-	67 (100)/-	16 (100)/-
Atrofia	29 (65.9)/ 0.66	13 (13)/0.56	11 (16.4)/0.64	1 (6.3)/0.32
Metaplasia Intestinal	40 (19.4)/ 0.12	21 (21)/0.62	14 (20.9)/0.69	8 (50)/0.00**

TO/O-04

ACCION DE LA PENTOXIFILINA Y DEL SILDENAFIL , EN FORMA SEPARADA Y/O CONJUNTA, A DOSIS MÁXIMAS TERAPÉUTICAS SOBRE LA MUCOSA GÁSTRICA EN RATAS

Bedini, OA(1); Naves, A(1); Carbonetti, G(1); Chaves, J(1); Yulita, P(1); Laudanno, OM(1); San Miguel, P(1); Crosio, E(1); Serur, ME(1); Settecasi, J(1); Sanvido, J(1); Quiroga, JM(1); Cesolari, JA(2)
(1)Depto. de Gastroenterología Experimental . Facultad de Ciencias Médicas. UNR. (2)Depto. de Gastroenterología Experimental . Cátedra de Histología y Embriología .Facultad de Ciencias Médicas. UNR. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La Pentoxifilina (Pen) es una droga que actúa sobre la microcirculación, inhibiendo la fosfodiesterasa; produciendo vasodilatación por liberación de Oxido nítrico (ON). Presenta una estructura química incluida parcialmente en la fórmula química estructural del Sildenafil (Sil), siendo ésta, una droga vasodilatadora que inhibe también la fosfodiesterasa 5 aumentando el ON. OBJETIVO: Evaluar la acción de dos drogas activas sobre la fosfodiesterasa y por ende sobre la microcirculación de la MG, administradas en forma separada y/o conjunta. MATERIAL Y MÉTODO: A grupo de ratas Wistar (Nº=7) de 200 ± 20 grs. de peso en ayunas de 24 hs., excepto agua ad-libitum, se le realizaron los siguientes experimentos: 1) Pen 20mg en 2,5ml de sol. Fisiol. IG; 2) Sil 2,5mg en 2ml, IG; 3) Pen 20mg en 2,5 ml, IG + Sil 2,5mg en2ml, IG. Luego de los experimentos las ratas fueron sacrificadas por sobredosis de éter. Se realizó laparotomía mediana. Se extirpó el estómago y se procedió a su apertura por su curvatura mayor. Se observó el porcentaje en mm de área lesional de la MG por planimetría. Luego se obtuvieron cortes para estudios anatomopatológicos y se realizaron tinciones con Pas, H. Eosina y Alcian Blue. Para la evaluación estadística se utilizó la T de studen. RESULTADOS: 1) % de área lesional = 0.0mm. Se observó en todos los animales, erección peneana (++++). Anatomía patológica (AP): MG aspecto conservado. Vasos del cuerpo cavernoso peneano con moderada dilatación y congestión. 2) % de área lesional =0.0mm. A P: Se observó descamación acentuada del epitelio superficial de la MG ,con grumos de moco, englobando células epiteliales descamadas. También se observó edema submucoso, infiltración inflamatoria crónica con aislados eosinófilos en MG profunda. El cuerpo cavernoso peneano presentó vasos de aspecto colapsado. 3) % de área lesional fue = 0.0mm. También se observó erección peneana (++++). A P: MG sin alteraciones significativas. Mayor congestión de vasos del cuerpo cavernoso que lo observado en el grupo 1 y presencia de hematíes en la lúz. CONCLUSIONES: A: Pen no provocó lesión macroscópica, ni histológica de la MG. Mostró erección peneana en todas las ratas (++++). B- Sil no mostró lesión macroscópica. Anatomopatológicamente dio edema submucoso con infiltrados inflamatorios crónicos con eosinófilos y escasa congestión. Además mostró áreas de descamación acentuada del epitelio con formación de grumos de material mucoso englobando células epiteliales descamadas. Se observó que el cuerpo peneano presentó vasos colapsados. C- La administración conjunta de Pe y Sil, no mostró lesión macroscópica ni histológica de la MG. Se observó erección peneana en todos los animales (++++) con congestión de los cuerpos cavernosos y distensión vascular y hematíes en la luz. D- Pen administrada conjuntamente con Sil provocó protección dela MG contra el Sil. Pen sola o en forma conjunta con Sil indujo erección peneana macroscópica en todos los animales.

TO/O-05

PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A LA POBLACIÓN GENERAL ACERCA DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE COLON UTILIZANDO UNA MAQUETA INTERACTIVA QUE REPRESENTA UN COLON GIGANTE

Pereyra, L(1); Luna, P(1); Breme, G(2); Castillo, J(3); Gonzalez, R(1); Mella, J; Bum, M(4); Gonzalez Malla, C(2); Medrano, M(1); Panigadi, N(1); Mohaidle, A(1); Canelas, A(4); Vizcaino, B(1); Fischer, C(1); Rotholtz, N(4); Pedreira, S(1); Cimmino, D(1); Boerr, L(1)

(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopía, Hospital Alemán, Argentina (2) Servicio de Clínica Médica, Hospital Alemán (3)Servicio de Oncología, Hospital Alemán (4)Servicio de Coloproctología, Hospital Alemán.

INTRODUCCIÓN: El cancer colorectal (CCR) respresenta la segunda causa de muerte por cáncer en la Argentina. Los programas de pesquisa que utilizan la colonoscopía u otros métodos diagnósticos han demostrado ser capaces de reducir la mortalidad, sin embargo su difusión e implementación en nuestro medio es todavía insuficiente. OBJETIVO: Evaluar el grado de conocimiento de la población general de la Ciudad de Buenos Aires acerca del CCR y la importancia de su pesquisa, y determinar el potencial educatico de una maqueta de colon gigante. MATERIAL AND METODOS: entre el 6 y el 9 de setiembre de 2010 se montó una maqueta interactiva representando un colon gigante en el jardín de un hospital de comunidad de la Ciudad de Buenos Aires. En el transcurso de una recorrida guiada a través de dicha maqueta los visitantes recibieron información acerca de la problemática del cáncer de colon y las estrategias de prevención. Se realizó una invitación abierta al público para concurrir al evento a través de avisos en radio, televisión y medios gráficos, así como con un cartel en la vía pública. Un equipo multidisciplinario de cirujanos colorrectales, gastroenterólogos, oncólogos y clínicos respondió preguntas del público luego de la recorrida. Con el fin de determinar el nivel de conocimiento de base y posterior a la visita, se solicitó a los visitantes que antes y después de la recorrida al colon gigante completaran una encuesta acerca de su percepción acerca de la prevalencia y mortalidad del CCR, del potencial maligno de los pólipos colónicos, de la importancia de la pesquisa sistemática del CCR, así como de la voluntad personal de someterse a algún estudio diagnóstico. La eficacia del mensaje educatico se midió comparando ambos juegos de respuestas utilizando el método de Chi cuadrado. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado significativo. RESULTADOS: Obtuvimos encuestas completas de 850 visitantes. El 55% eran mayores de 50 años y el 67% de sexo femenino. El 93% contaba con algún tipo de cobertura médica: 66% obras sociales, 24% prepagas y 3% PAMI. Solo el 33% de los visitantes mayores de 50 años ya se había enrolado en algún programa de vigilancia. El 16% de los visitantes por encima de los 40 años de edad tenía antecedentes familiares de CCR, y el 65% de los mismos ya había comenzado la vigilancia. Luego de la recorrida se detectó un incremento en la concientización del público acerca de la prevalencia y mortalidad del CCR (61 vs 94%, $p<0.001$), del potencial maligno de los pólipos de colon (64 vs 95%, $p<0.001$), y de la utilidad de la colonoscopía como método de pesquisa (64 vs 95%, $p<0.001$). La voluntad de someterse a algún método de pesquisa también aumentó en forma significativa luego de la visita (89 vs. 95%, $p<0.005$). CONCLUSIÓN: El nivel de información de nuestra población acerca del CCR es aun insuficiente, y los programas educativos son capaces de concientizar a la sociedad acerca de este importante problema.

TO/O-06

INFLIXIMAB (IFX) : TRATAMIENTO DE RESCATE EN LA COLITIS ULCEROSA SEVERA(CU) CORTICOIDEO RESISTENTE

Sambuelli, AM(1); Gil, AH(1); Negreira, SM(1); Huernos, SP(1); Goncalves, SA(1); Tirado, PR(1); Bellicoso, MI(1); Milito, DA(1); Rausch, A(1); Toro, MA(2)

(1)Htal Municipal de Gastroenterología B Udaondo. Sección EII. Buenos Aires (2)Htal Español / Mendoza

INTRODUCCION: La eficacia del infliximab en la colitis ulcerosa fue bien establecida en el ACT1 y ACT2, reportando una reducción del índice de colectomía en pacientes con CU moderada a severa, pero se ha cuestionado que en estos estudios se incluyeron pacientes ambulatorios con bajo riesgo de ser sometidos a una colectomía a corto plazo. La utilidad del IFX como terapia de rescate en la CU severa ha sido pobremente estudiada y el seguimiento a corto y largo plazo es controvertido. OBJETIVO: estudiar la eficacia del infliximab en el tratamiento de la CU severa. MATERIAL y METODOS: reportamos un estudio prospectivo observacional realizado en dos centros de Argentina (Buenos Aires y Mendoza). Después de la aprobación del infliximab en nuestro país, 70 pacientes con CU resistente a 1 semana de corticoides intravenoso fueron tratados con IFX como alternativa a la colectomía (Masculino: 32, F: 38, edad media (Media±EEM) 35.5±1.8, tiempo de duración 4.5±1.5 años, Izquierda: 23, Extensa: 47). La severidad de la CU fue establecida de acuerdo a los criterios de "Truelove and Witts" y el score de la Clínica Mayo (DAI) para evaluar la respuesta. RESULTADOS: al inicio del estudio se observaron úlceras profundas en el 80 % de los casos, la albúmina fue "3 g/L en el 50% de los pacientes; el 78% era tiopurina naive. La mayoría de los pacientes 55/70 (79%) recibió terapia de inducción como puente a tiopurinas, comenzando durante el período de inducción, con 6-MP a largo plazo, el n° promedio de infusiones fue 3.3±0.30 (rango 1 a 15). El 10% de los pacientes continuó con mantenimiento con IFX c/ 8 semanas por intolerancia o refractariedad a tiopurinas y en el 11% el IFX fue episódico. Luego de un seguimiento medio de 16.9±1.6 meses 22 pacientes requirieron colectomía. La cirugía debida a falta de respuesta primaria al IFX (definida como pérdida de respuesta clínica al IFX entre la 4 y 12 semanas de la primera infusión) ocurrió en 16% de los pacientes. La probabilidad acumulada de colectomía a 6, 12, 18 y 24 meses fue: 17%, 25 %, 30% y 36% respectivamente. La eficacia del tratamiento fue 64% a 12 meses y 50% a los 18 meses. De interés particular, similar eficacia fue observada en 73 pacientes con enfermedad de Crohn, de los cuales 39 (53%) fueron L2 (Montreal: localización colónica). Efectos adversos se observaron en el 17% de los pacientes (infecciones 5,7%; reacción aguda a la infusión en 3% de los casos. Fallecieron dos pacientes (uno en cada centro después de la colectomía) sepsis: 1, stroke: 1. CONCLUSION: nuestros resultados sugieren que el IFX parece ser un tratamiento de rescate efectivo en este grupo de pacientes con CU severa. El uso temprano y concomitante en forma sistemática de las tiopurinas puede ser un factor que contribuyó a mejorar la respuesta clínica en estos pacientes.

TO/O-07

PERFIL FERMENTATIVO Y DIFERENCIAS SINTOMÁTICAS EN EL SINDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Lasa, JS(1); Dima, G(1); Peralta, AD(1); Moore, R(1); Novillo, A(1); Besasso, H(1); Soifer, LO(1)

(1)Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC. Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCION: El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es una condición crónica frecuente cuya etiología no es del todo conocida. Las alteraciones cualitativas o cuantitativas de la flora bacteriana intestinal parecen tener un papel fisiopatológico en el SII. El test de hidrógeno en aire espirado con lactulosa (THAEL) permite estudiar el perfil fermentativo intestinal de un modo no invasivo.

OBJETIVO: Comparar las características sintomáticas de pacientes con SII en base a sus perfiles fermentativos

MATERIALES Y METODOS: Se diseñó un estudio de tipo caso-control. Se incluyeron pacientes con SII a los que se les realizó un THAEL. Con los resultados del mismo, se calculó el área bajo la curva (ABC) a partir de los valores de concentración de hidrógeno/tiempo. Se dividieron a los sujetos incluidos en tres grupos, según los valores del ABC: aquellos con baja producción de hidrógeno (BH2), (ABC menor a 1000); con producción intermedia (IH2), (ABC entre 1000 y 6000), y por último los de alta producción (AH2), (ABC mayor a 6000). A su vez, a cada sujeto se le administró un cuestionario validado (IBSSS) para evaluar la severidad de sus síntomas. Se obtuvo un puntaje global del cuestionario, así como el puntaje relacionado a cada ítem del mismo: severidad de dolor, frecuencia del mismo, severidad de distensión abdominal, conformidad con su hábito evacuatorio e interferencia en la calidad de vida. Se consideró la mediana de cada ítem como valor de corte para considerar los resultados como positivos o negativos. Se analizaron los resultados entre los tres grupos de sujetos. Se calcularon los Odds Ratio (OR) con sus intervalos de confianza del 95% correspondientes.

RESULTADOS: Se incluyeron 254 pacientes. La edad promedio fue de 50.81±16.8 años. 73.6% fueron mujeres. 19.3% correspondieron al grupo de BH2, 55.1% al de IH2, y 25.6% al de AH2. No se encontraron diferencias significativas en las variables demográficas entre los grupos. Los resultados comparativos del IBSSS se resumen en la Tabla 1. Tanto el grupo de BH2 como el de AH2 tuvieron mayor severidad sintomática que el grupo de IH2. El grupo de BH2 presentó mayor severidad de distensión abdominal y mayor frecuencia de constipación con respecto al resto. El grupo de IH2 y de AH2 presentaron diarrea con mayor frecuencia que el grupo de BH2. A su vez, el grupo de AH2 presentó mayor cantidad de días con dolor con respecto al resto de los grupos. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la conformidad de los sujetos con el hábito evacuatorio y la interferencia de la calidad de vida por los síntomas entre los grupos analizados.

CONCLUSION: Existiría una relación entre el perfil fermentativo de los pacientes con SII y la predominancia de determinados síntomas. Esto sugiere que alteraciones cualitativas de la flora bacteriana colónica contribuirían al desarrollo de distintos perfiles sintomáticos en pacientes con SII.

Resultados del Score Sintomático por grupos

	BH2 (%)	AH2 (%)	IH2 (%)	OR (IC95%) BH2-AH2	P	OR (IC95%) BH2-IH2	P	OR (IC95%) AH2-IH2	P
Score total	63.26	69.23	42.85	1.3 (0.59-2.86)	0.5	2.29 (1.17-4.49)	0.01	3 (1.6-5.6)	0.004
Dolor Abdominal	59.18	64.61	41.42	1.25 (0.58-2.7)	0.5	2.05 (1.05-3.97)	0.03	2.58 (1.4-4.75)	0.002
Días con dolor	48.97	69.23	47.14	2.34 (1.08-5)	0.03	1.07 (0.56-2)	0.8	2.52 (1.3-4.7)	0.003
Distensión abdominal	71.42	50.77	47.14	2.42 (1.1-5.32)	0.004	2.8 (1.38-5.66)	0.004	1.15 (0.6-2)	0.6
Conformidad con hábitos evacuatorios	59.18	63	52.85	1.17 (0.55-2.52)	0.67	1.29 (0.66-2.5)	0.44	1.52 (0.83-2.78)	0.17
Intereferencia con calidad de vida	65.3	66.15	52.85	1.03 (0.47-2.26)	0.92	1.67 (0.85-3.3)	0.13	1.74 (0.94-3.21)	0.07
Contipación	61.22	30.77	30	3.55 (1.63-7.74)	0.001	3.68 (1.86-7.26)	<0.0001	1.03 (0.54-1.96)	0.92
Diarrea	16.3	35.38	38.57	2.8 (1.12-6.98)	0.033	3.2 (1.4-7.38)	0.004	1.14 (0.62-2.11)	0.66
Patrón catártico alternante	22.45	33.84	31.4	1.76 (0.75-4.1)	0.2	1.58 (0.74-3.4)	0.23	1.11 (0.6-2)	0.73

TO/O-08

EFECTIVIDAD DEL BEZAFIBRATO COMBINADO CON UDCA EN CBP CON RESPUESTA SUBOPTIMA AL TRATAMIENTO

Sorda, J(1); Carballo, P(1); Avagnina, A(1); Linares, ME(1); Daruich, J(1); Gonzalez Ballerga, E(1)

(1)Hospital de Clínicas Jose de San Martin CABA, Argentina

INTRODUCCIÓN: El Ácido ursodesoxicólico (AUDC) es el tratamiento de elección en la cirrosis biliar primaria (CBP). Sin embargo, la mayoría de los pacientes tratados no alcanza a normalizar la fosfatasa alcalina (FA) y en estos casos se han utilizado diferentes asociaciones terapéuticas con el AUDC, sin obtenerse aún resultados concluyentes.

OBJETIVO: Evaluar la respuesta clínica, bioquímica e histológica en una serie de pacientes con CBP tratados con AUDC y Bezafibrato (BZ). Material y métodos: Cuarenta y ocho pacientes con CBP y niveles anormales de FA luego de por lo menos 6 meses de tratamiento con AUDC (15 mg/Kg/día) recibieron adicionalmente BZ 400 mg/día durante 4 años. Dieciocho pacientes en estadio clínico asintomático cumplieron con el tiempo de tratamiento. Durante este periodo se realizó seguimiento clínico y bioquímico, y al finalizar el mismo se efectuó una nueva biopsia hepática. En las biopsias las lesiones inflamatorias fueron evaluadas con el score de Ishak modificado y la fibrosis con el score de Ludwig. Se realizó inmunohistoquimica con anticuerpos monoclonales para CK-7 y CK-19 para evaluar que tipo celulares la expresan y así determinar su utilidad como marcador adicional de progresión de la enfermedad. Análisis estadístico: Prueba de Wilcoxon e intervalos de confianza del 95%.

RESULTADOS: Previo a la asociación con BZ los 18 pacientes habían recibido AUDC durante un periodo de 41 meses (8-166). Durante el tratamiento no se observaron efectos adversos (0%) y todos permanecieron asintomáticos. Los 18 pacientes normalizaron los niveles séricos de FA, y disminuyeron significativamente la GGT, las aminotransferasas y colesterol sérico comparados con los valores basales. En la biopsia inicial, 10 pacientes presentaban estadio I-II y 8 estadio III-IV. La segunda biopsia mostró progresión de la fibrosis en 8 (44,4%) casos, 2 (11,2%) permanecieron estables y 8 (44,4%) disminuyeron 1 o más estadios. La lesión ductal florida presente inicialmente en 9/18 pacientes desapareció en 6/9 (66,7%). La inflamación disminuyó en 8/18 (44,4%), fue estable en 5/18 (27,8%) y se incrementó en 5/18 (27,8%). Los 10/18 (55,5%) pacientes que disminuyeron o estabilizaron el estadio, presentaron una estrecha correlación con la disminución de la actividad inflamatoria. No hubo progresión en la expresión de las CKs en 7/9 (78%) pacientes.

CONCLUSIONES: La adición de BZ al AUDC resultó ser segura y fue seguida de una normalización de la FA independientemente del estadio histológico de la enfermedad. La disminución de la actividad inflamatoria se asoció con mejora del estadio histológico, efecto que podría ser atribuido al BZ. La combinación de AUDC y BZ parece ser una alternativa efectiva para aquellos casos que no logran normalizar los parámetros de laboratorio con AUDC monoterapia.

TO/O-09

IMPACTO DE LA CIRROSIS BILIAR PRIMARIA EN EL EMBARAZO

Daruich, J(1); Gonzalez Ballerga, E(1); Pinchuk, C(1); Sorda, J(1)
(1)Hospital de Clinicas Jose de San Martin CABA, Argentina

El embarazo en pacientes con cirrosis biliar primaria (CBP) podría tener implicancias no solamente sobre la enfermedad sino también sobre el feto y el recién nacido. La información sobre esta relación es escasa debido probablemente a que la CBP afecta a mujeres predominantemente entre la cuarta y quinta década de la vida. Es también tema de debate el mantenimiento del tratamiento con ácido ursodesoxicólico (AUDC) en pacientes con CBP particularmente durante el primer trimestre del embarazo. Objetivos: Evaluar la evolución de la CBP durante el embarazo, el efecto del tratamiento con AUDC y determinar la frecuencia de complicaciones materno-fetales. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Se analizaron las historias clínicas de 317 mujeres con CBP, 40 de éstas en edad fértil (entre 16 y 40 años). Entre estas edades la fertilidad esperada en la población general es del 60% (p<0.001). Periodo de inclusión: 1980-2010. Análisis estadístico: Análisis de varianza y Student test. Resultados: Se identificaron 5 mujeres con 9 gestas, edad media: 30±3,5 años, todas ellas en estadios I-II de CBP. En 4 pacientes el diagnosticó de CBP fue realizado antes del embarazo. El quinto caso el diagnóstico se estableció en el tercer trimestre de gestación a partir de la aparición de prurito. Ocho embarazos ocurrieron bajo tratamiento con AUDC y en ninguno de ellos la medicación fue suspendida. En estos, la CBP evolucionó durante el tiempo de gestación y en el puerperio de manera asintomática. Las aminotransferasas no presentaron cambios al comparar el periodo previo al embarazo (PE), el tercer trimestre (TT) y 6 semanas posparto (PP). El nivel sérico de fosfatasa alcalina (valor normal 70-207 UI/l) fue PE 258 UI/l (82-372), en el TT 600 UI/l (579-828) y en el PP 269 UI/l (144-414) mientras que la GGT (valor normal 11-50 UI/l) fue PE 115 UI/l (40-70), en el TT 127 UI/l (60-200) y en el PP 157 UI/l (30-265). Los 9 recién nacidos fueron normales y en uno de ellos se diagnosticó enfermedad celiaca al año. Conclusiones: El embarazo en la CBP es infrecuente y cuando ocurre en los estadios precoces de la enfermedad, no parecería tener consecuencias sobre la función hepática ni en la evolución clínico-humoral de la enfermedad. El AUDC fue bien tolerado y el mantenimiento de esta terapéutica no parecería tener efectos adversos en el feto y en el recién nacido.

TO/O-10

CAMBIOS EN LA FORMA DE PRESENTACION Y SOBREVIDA EN LA CIRROSIS BILIAR PRIMARIA. EXPERIENCIA DE 40 AÑOS EN UNA COHORTE DE 330 PACIENTES

Ozollo Landa, MC(1); González Ballerga, E(1); Daruich, J(1); Sordá, JA(1)
(1)División gastroenterología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: Algunos estudios recientes indicarían que el espectro clínico de presentación de la cirrosis biliar primaria (CBP) se ha modificado en los últimos años y que la forma clínica asintomática es diagnosticada con mayor frecuencia. La probabilidad de sobrevida parecería ser mejor que la observada en el pasado. OBJETIVO: Determinar cuál es la forma clínica que prevalece en la actualidad en el momento de establecer el diagnóstico, cuáles han sido las variaciones en el transcurso del tiempo y si esos cambios se han asociado con una modificación en la probabilidad de sobrevida. Material y método: Fueron evaluados 330 pacientes (316 mujeres), edad media 53,52±11 años, con CBP diagnosticados durante los años 1970- 2010. Las variables fueron evaluadas por décadas. Análisis estadístico: Se calcularon las estadísticas descriptivas y de test de hipótesis indicadas según tipo de variable y distribución de frecuencias. El nivel de significación fue alfa = 0,05. RESULTADOS: El promedio de seguimiento fue de 57,5 meses (min 0,03-max 326) Long Rank. La edad media en el momento del diagnóstico fue similar en las diferentes décadas analizadas. Fueron sintomáticos al diagnóstico 232 (70,3%). La proporción de asintomáticos al diagnóstico se incrementó de 6,9% en la primera década al 67,6% en el último decenio (P< 0,001). La probabilidad de sobrevida fue mejor en el grupo asintomático (0,53±0,22) que en los sintomáticos (0,14±0,07) en todas las décadas (p< 0,001). La probabilidad de sobrevida a los 5 años de los sintomáticos fue mejor en la última década (0,94±0,04) comparada con el primer decenio (0,50±0,12) (p<0,001). En el último período se observó un aumento de pacientes diagnosticados en estadios I-II (76,7%) comparados con los primeros 10 años (35,3%) (p<,001). Los estadios I- II fueron diagnosticados en 164 (49,7%) casos y tuvieron mejor sobrevida que los estadios III-IV en todos los períodos analizados (P<0,001). La cirrosis fue diagnosticada en 87 (26,4%) pacientes. Cinco (5,7%) fueron trasplantados. Fallecieron 75 (22,7%), 61 (81,3%) de causa hepática y 6 de estos (1,5%) por carcinoma hepatocelular. Recibieron ácido ursodesoxicólico 146. La probabilidad de sobrevida fue mejor en el grupo tratado (258,5±22,2) que en el no tratado (87,93±6,9) (p<0,001). La forma clínica de presentación, el estadio histológico y el periodo de tiempo en que fue diagnosticada la enfermedad fueron factores independientes relacionados con la sobrevida de los pacientes CONCLUSIONES: La presentación clínica de la CBP se ha modificado a través del tiempo. En la actualidad la mayoría de los pacientes son asintomáticos en el momento del diagnóstico y presentan estadios histológicos más precoces. En todos los periodos de tiempo analizados los asintomáticos tuvieron mejor sobrevida que los sintomáticos. En la actualidad, los sintomáticos presentan una mejor sobrevida, probablemente relacionada con el tratamiento y un mejor manejo de las complicaciones.

TO/O-11

IMPACTO DE LOS POLIMORFISMOS DEL GEN DE LA INTERLEUKINA 28B DEL HUÉSPED EN LA RESPUESTA TERAPÉUTICA EN HEPATITIS CRÓNICA C

Castro, M(1); Rey, J(1); Gonzalez Ballerga, E(1); Avagnina, A(1); Sordá, J(1); Daruich, J
(1)Hospital de Clínicas San Martín, Universidad de Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN. Estudios recientes mostraron que 2 polimorfismos (POL) de un nucleótido próximos a 3 genes de interferón lambda localizado en el cromosoma 19, estaban fuertemente relacionados con la respuesta terapéutica en pacientes con hepatitis crónica C (HCV). El POL rs12979860 CC resultó un predictor independiente de respuesta viral sostenida (RVS) en portadores del genotipo (GEN) 1 tratados con Peginterferón-Ribavirina (PEGIFN-RBV) y el POL rs8099917 GG se asoció con fallo terapéutico (NR). OBJETIVOS: Determinar si ciertos factores clínico-humorales y los POL rs12979860 y rs8099917 son factores predictivos de RVS en portadores de HCV.
Población y muestra. Se incluyeron 120 pacientes (66% mujeres) con HCV, edad mediana 51,1 años (17-70), 94 (78,3%) con GEN 1, 100 (83,3%) con viremia ≥400.000 UI/ml, 108 (90%) con ALT elevada, 49 (40,8%) con METAVIR F3-F4, 43 (35,8%) con esteatosis hepática, 18 (15%) ex usuarios de drogas intravenosas (UDIV), 23 (19,2%) ex alcohólicos, todos ellos tratados entre 2002 y 2005 con PEGIFN alfa 2a-RBV 24/48 semanas según el GEN viral. Presentaron RVS 52 (43,3%).
MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, observacional, comparativo y transversal. El DNA se extrajo a partir de células mononucleares de sangre periférica, se cuantificó por fluorometría y se amplificó por la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y posteriormente se realizó la secuenciación directa. Se utilizaron los oligonucleótidos rs12979860 y rs8099917, ambos forward y reverse, en un secuenciador automático ABI3730xl. Los cromatogramas se analizaron en forma manual y BLAST contra secuencia consenso.
ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Las variables edad, sexo, GEN, estadio histológico, nivel de viremia, glucemia inicial, POL rs12979860 y rs8099917, alcoholismo, UDIV y respuesta terapéutica (RVS vs. no respondedores o con recaída), se analizaron con el paquete estadístico Medcalc 11.5 (Tests de Chi cuadrado, Mann-Whitney y Student). Se efectuó el análisis multivariado con técnica de regresión logística binaria, con un nivel alfa de entrada de las variables independientes alfa=0.10 y de salida alfa=0.05. Para el modelo final se contrastaron los supuestos de colinealidad y de bondad de ajuste del modelo. RESULTADOS: El análisis bivariado inicial mostró asociación significativa con los factores predictivos ya conocidos (no alcoholismo, no UDIV, GEN no1, viremia <400.000 UI/ml, ausencia de cirrosis y glucemia inicial). También se halló asociación significativa entre los POL rs12979860 CC (Chi2=6,6;p=0,0358) y rs8099917 TT (Chi2=8,3;p=0,0151). El análisis multivariado determinó que entre todos los factores significativos, la ausencia de cirrosis y el POL rs12979860 CC son predictores de RVS (OR= 3,6 IC95 1,5-8,18 y OR= 2,7 IC95 1,2-6,2 respectivamente). CONCLUSIONES. En pacientes portadores de hepatitis crónica C la ausencia de cirrosis y el polimorfismo rs12979860 CC, en forma independiente, incrementan significativamente la probabilidad de RVS.

TO/O-12

ACCION DE LA TRIMETAZIDINA (TMZ) Y DE LA DIACEREÍNA (DIA) SOBRE LA MUCOSA GÁSTRICA (MG), EN RATAS SOMETIDAS A ESTRES POR INMOVILIZACIÓN E INMERSIÓN (IN-IN)

Bedini, OA(1); Naves, A(1); Laudanno, OM(1); San Miguel, P(1); Cesolari, JA(2); Chaves, J(1); Yulita, P(1); Serur, ME(1); Settecasi, J(1); Sanvido, J(1); Crosio, E(1); Carbonetti, G(1); Quiroga, JC(1)
(1)Depto. Gastroenterología Experimental . Facultad de Ciencias Médicas . UNR (2)Depto. Gastroenterología Experimental . Cátedra de Histología y Embriología .Facultad de Ciencias Médicas . UNR. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La trimetazidina (TMZ) es una droga anti-anginosa y anti-isquémica que mejora el metabolismo celular, aumentando el adenosintrifosfato (ATP) y regulando la glucosa intracelular a partir del metabolismo lipídico. La Diacereína (DIA) es una droga anti-inflamatoria que bloquea la producción de interleuquina 1, siendo utilizada en los procesos inflamatorios osteoartrósicos. OBJETIVO: Estudiar la acción sobre la MG de la TMZ y de la DIA, en ratas sometidas a estrés por IN-IN. Material y método: En nuestro modelo de estrés por IN-IN, los animales de experimentación, son colocados en tubos, donde se logra la inmovilización de los mismos e inmediatamente se colocan los tubos en un recipiente con agua a 18º C, produciendo la inmersión de las ratas en el agua hasta el apéndice xifoides y luego se esperan 6 horas. A grupo de ratas Wistar (Nº=3) de 200 ± 30 grs. de peso en ayunas de 24 hs., excepto agua ad-libitum, se le realizaron los siguientes experimentos: 1) Estrés por IN-IN testigo durante 6 hs. 2) TMZ 35 mg/kg en forma orogástrica (O.G) y se esperó 60 minutos, luego las ratas fueron sometidas a estrés por IN-IN durante 6 hs. 3) DIA 100 mg/kg en forma O.G, se esperó 60 minutos y luego las ratas fueron sometidas a estrés por IN-IN durante 6 hs. Luego de las 6 hs las ratas fueron sacrificadas por sobredosis de éter. Se les realizó laparotomía mediana, se exteriorizó el estómago, se realizó su apertura por la curvatura mayor, y se obtuvo el % de área lesional en mm por planimetría. Posteriormente se obtuvieron cortes para estudio anatomopatológico y se realizaron tinciones con Pas, H. Eosina y Alcian Blue. Para su valoración estadística, se utilizó la T de Student. RESULTADOS: Grupo 1): Estrés por IN-IN testigo. Score: 70,0 % ± 10.5 Anatomía patológica mostró importantes lesiones hemorragicas superficiales y profundas de toda la mucosa , con áreas de desprendimiento del epitelio superficial. Grupo 2) : TMZ 60 mim, luego estrés por IN-IN. Score 7,0 % ± 1,5. Anatomía patológica, MG normal, con epitelio superficial conservado con aisladas erosiones superficiales y epitelio descamado.Grupo 3) : DIA durante 60 min. , luego estrés por IN-IN score: 5.0 % ± 1,5%. Anatomía patológica MG normal, con epitelio superficial conservado con aislados focos de erosiones superficiales . CONCLUSIONES: Tanto la TMZ, una droga anti-anginosa y anti-isquémica, como la DIA, droga anti-inflamatoria, bloqueante de mediadores inflamatorios como la interleuquina 1, provocaron protección significativa de la mucosa gástrica en el modelo de estrés por IN-IN en ratas.

TO/O-13

EFECTO DE LA TRIMETAZIDINA EN LAS LESIONES DE LA MUCOSA GASTRICA POR ETANOL ABSOLUTO

Bedini, OA(1); Naves, A(1); Laudanno, OM(1); Chaves, J(1); Yulita, P(1); San Miguel, P(1); Serur, ME(1); Settecasi, J(1); Rosatti, A(1); Cicero, E(1); Cesolari, JA(2)
(1)Depto. de Gastroenterología Experimental . Facultad de Ciencias Médicas . UNR. (2)Depto. de Gastroenterología Experimental . Cátedra de Histología y Embriología .Facultad de Ciencias Médicas . UNR. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La trimetazidina (TMZ), una dihidrocloruro de 2,3,4-trimethoxybenzyl-piperazina) , a mostrado ser una droga anti isquémica y anti anginosa, que mejora el metabolismo celular aumentando el adenosin trifosfato (ATP) , regulando además la glucosa intracelular a partir del metabolismo lipídico. OBJETIVO: Fue evaluar el posible efecto citoprotector de la trimetazidine, en la mucosa gástrica de ratas sometidas a la acción del etanol absoluto. MATERIAL Y MÉTODO: A Grupos de ratas (n=7) wistar , de 200 ± 20 gs. de peso , en ayunas de 24 hs. excepto agua ad-libitum, se realizaron los siguientes experimentos: 1) Sol. Fisiol. 2 ml en forma oro-gástrica (O.G), se esperó 60 min ; 2) Etanol 1 ml. O.G, durante 30 min.;3) Trimetazidina 35 mg/ kg., en 2ml, O.G.durante 60 min. ; 4) Trimetazidina 35 mg/ en 2 ml, por vía O.G. durante 60 min. Luego etanol, 1 ml por via O.G. durante 30 min. Luego de los experimentos, las ratas fueron sacrificadas por sobredosis de éter, se realizó laparotomía mediana, se removió el estómago, se realizó su apertura por su curvatura mayor, y se obtuvo el porcentaje en mm del área lesional por planimetría. Posteriormente se obtuvieron cortes para histopatología y se realizaron tinciones con Pas, Hematoxilina eosina y Alcian blue. Para la evaluación estadística se utilizó la T student. RESULTADOS: Grupo1: Sol. Fisiol : 0.0 mm , grupo 2) Etanol 96 1ml. OG: 35.5 ± 5.5 mm; grupo 3) Trimetazidina 35 mg/kg. V.O.: 0.0 ± 0.5 mm 4) Grupo 4: Trimetazidina 35 mg/kg O.G. etanol 1 ml. O.G.: 65.5 ± 5.5 mm. CONCLUSIONES: La trimetazidina, administrada en forma oro-gástrica, agravó las lesiones de la mucosa gástrica inducidas por el etanol absoluto, no mostrando efecto citoprotector. La histopatología, mostró, necrosis superficial y profunda de la mucosa gástrica así como áreas de hemorragia en el espesor de toda la mucosa.

TO/O-14

DISPEPSIA FUNCIONAL Y EOSINOFILIA DUODENAL: ESTUDIO EN UNA POBLACIÓN ADULTA CASO CONTROL EN ARGENTINA

Pignataro, SB(1); Campitelli, E(2); Barcia, T(1); Rubio, HW(1); Cea, AM(1); Martinez Bottani, MC(1); Ibarra, D(2); Ronchetti, R(2); Racca, L(2); Zanotti, B(2); Paszkiewich, A(2); Pere, F(2); Lago, N(2); Khoury, M(3)
(1)Centro Endoscópico de Enfermedades Digestivas (CEED) (2)Htal Aeronáutico Central (3)Estadígrafa. Argentina.

INTRODUCCION: La etiopatogenia de la dispepsia funcional (DF) es multifactorial, entre los que se destacan una probable asociación entre la presencia de eosinófilos en la mucosa duodenal y la DF. Se postula que la presencia de una inflamación duodenal leve podría alterar la sensibilidad y la motilidad duodenal en un subgrupo de pacientes con DF tipo distres postprandial. OBJETIVO: El objetivo de este estudio observacional fue analizar en una población adulta con síntomas de DF distres postprandial (Criterios de Roma III), si el número de eosinófilos en antro gástrico, duodeno y segunda duodenal se encontraban aumentados en estos pacientes comparado con grupo control. MATERIAL Y METODOS: Se incluyeron consecutivamente 50 pacientes con DF tipo plenitud postprandial, 36 (72%) de sexo femenino, con una edad promedio de 52 años, a los que se le realizó una Videoendoscopía digestiva alta con toma de biopsias de antro, bulbo y segunda duodenal. Se comparó con grupo control (n 50).Histológicamente se valoró la presencia de H.pylori y el recuento de eosinófilos en todos los especímenes de biopsia. Fueron excluidos los pacientes con antecedentes alérgicos, asma, parasitosis, diabetes, e ingesta de AINE. Para el análisis estadístico se utilizó para comparar proporciones el test de chi cuadrado, para comparar variables numéricas en dos grupos, se utilizó la prueba de Mann-Whitney. Se calcularon Odds Ratios (OR) utilizando regresión logística. En todos los casos se utilizó un nivel de significación de 0,0. RESULTADOS: ver tabla. CONCLUSION: La cantidad promedio de eosinófilos fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con DF comparado con el grupo de casos control .Este estudio sugiere que la eosinofilia duodenal podría jugar un rol importante en causar los síntomas de DF, lo que nos debería hacer reevaluar conductas diagnósticas y terapéuticas para una mejor comprensión de éste hallazgo.

	CASOS (n=50)	CONTROLES (n=50)	P	OR (IC95%)*
Eosinófilos en antro >25	30 (60%)	9 (18%)	<0,0001	6,83 (2,73-17,09)
Eosinófilos en bulbo >45	28 (56%)	3 (6%)	<0,0001	19,94 (5,47-72,71)
Eosinófilos en DII >45	29 (58%)	4 (8%)	<0,0001	15,88 (4,95-50,96)

*Al ajustar por edad y sexo la relación entre eosinófilos en pacientes con DF distres postprandial vs control es estadísticamente significativo

TO/O-15

PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LOS ANTICUERPOS DEAMINADOS DE LA GLIADINA PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA EN UN HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: SON TAN SENSIBLES PARA PACIENTES CON BAJO PRETEST?

González, R(1); Mella, JM(1); Mohaidle, A(1); Pereyra, L(1); Fischer, C(1); Luna, P(1); Vizcaíno, B(1); Medrano, MA(1); Hadad, A(1); Costa, M(2); Reyes, MC(2); Domecq, P(2); Cimmino, DG(1); Pedreira, SC(1); Boerr, LA(1)
(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina (2)Servicio de Laboratorio, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: Las pruebas serológicas tienen alta precisión para el diagnóstico de enfermedad celiaca (EC) en pacientes seleccionados. Aunque la biopsia intestinal sigue siendo la prueba de oro, los anticuerpos contra los péptidos deaminados de la gliadina (DPGs) se utilizan como prueba de pesquisa. Sin embargo, en nuestra comunidad su utilidad no está bien establecida. OBJETIVOS: Determinar la precisión diagnóstica de ambos isotipos de anticuerpos DPGs (IgA e IgG) para el diagnóstico de enfermedad celíaca en una población que en su mayoría tiene bajo pretest. MATERIALES Y MÉTODOS: Se diseño un estudio retrospectivo utilizando la base de datos electrónica de los Servicio de Laboratorio, Anatomía Patológica, Gastroenterología y Endoscopía de un hospital de comunidad, durante los años 2008 y 2010. Se incluyeron los pacientes con sospecha de EC que se habían realizado una endoscopia digestiva alta con biopsias duodenales y, que además, tenían una prueba DPG para el diagnóstico de EC. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico previo de EC. Los anticuerpos DPGs se midieron utilizando los kits DPG QUANTA Lite gliadina IgG ELISA II (NOVA) y QUANTA Lite gliadina IgA ELISA II (NOVA). El punto de corte utilizado fue 0-19.9 UI / ml para los isotipos IgA y 0-19,9 UI / ml para los isotipos IgG. El diagnóstico definitivo de EC se definió de acuerdo a las guías de la AGA (serología, histología y seguimiento). Se calculó la sensibilidad y la especificidad de los anticuerpos DPGs como instrumento de pesquisa para EC, teniendo en cuenta los intervalos de confianza (IC) del 95%. Para ambos isotipos se calculó el área bajo la curva (ABC) y sus coeficientes de probabilidad. RESULTADOS: Se identificaron 180 pacientes con pruebas de DPG y endoscopia digestiva alta con biopsias duodenales para la detección de EC: 170/180 tenían DPG IgA y 171/180 tenían DPG IgG, con resultados positivos para el isotipo IgA en 45/170 pacientes (26%) y para el isotipo IgG en 45/171 pacientes (26%). El diagnóstico de EC fue confirmado en 50/180 pacientes (28%); 77% (37/48) de estos pacientes tenía una prueba positiva DPG IgA y 76% (35/46) una prueba positiva DPG IgG. En los isotipos IgA la sensibilidad fue del 77% (IC 67-84), la especificidad fue del 93% (IC 90-96), el coeficiente de probabilidad positivo fue de 12 (IC 6.5-21) y el coeficiente de probabilidad negativo fue de 0,24 (IC 0.17-0.36). El ABC fue de 0,86 (IC 0,79-0,94). En los isotipos IgG la sensibilidad fue del 76% (IC 66-83), la especificidad fue del 92% (IC 88-95), el coeficiente de probabilidad positivo fue de 9,5 (IC 5.6-16) y el coeficiente de probabilidad negativo fue de 0.26 (IC 0.17 a 0,39). El ABC fue de 0.86 (IC 0.78-0.93). CONCLUSIÓN: En nuestra población en su mayoría con baja probabilidad pretest, estas nuevas pruebas no invasivas resultaron marcadores serológicos de alta precisión para la detección de la enfermedad celíaca, como se ha demostrado en la mayoría de los estudios.

TO/O-16

TERAPIA SECUENCIAL EN LA ERRADICACIÓN DEL HELICOBACTER PYLORI

Doweck, J(1); Moreno, F(1); Navarro, G(1); Schenone, L(1); Barcia, T(2); Campitelli, E(3); Améndola, R(1); Giordano Romano, A(1); Bori, J(1); Menéndez, G(1); Corti, RE(1)
(1)Hospital de Gastroenterología Dr. Bonorino Udaondo (2)Hospital José M.Penna (3)Hospital Aeronáutico Central. Argentina.

INTRODUCCION: Recientes estudios multicéntricos, doble ciego, realizados en Estados Unidos y Europa han obtenido bajas tasas de erradicación con la triple terapia clásica, a siete o diez días de tratamiento. A partir del año 2000, especialmente en Italia; donde se han obtenido tasas de erradicación superiores al 90%; se ha desarrollado la terapia secuencial como respuesta a la disminución de las tasas de erradicación alcanzadas por la triple terapia clásica, que en muchas áreas del mundo ha sido inferior al 80 % considerada como aceptable de acuerdo a los consensos. OBJETIVO: Determinar la tasa de erradicación de la terapia secuencial como primera línea de tratamiento, en pacientes adultos con infección por Helicobacter pylori (Hp) e indicación de erradicación según los consensos. DISEÑO DEL ESTUDIO: Prospectivo, descriptivo, no randomizado. MATERIAL Y METODOS: En el período comprendido entre noviembre de 2008 y diciembre de 2010 se trataron 51 pacientes; 27 mujeres (53%) y 24 varones (47%) con edades comprendidas entre 18 y 80 años (media 57.2). Las indicaciones de erradicación fueron gastritis crónica activa en 37 casos (72%); ulcera gástrica 5 casos (10%) úlcera duodenal 8 casos (16%) y gastritis eosinofílica 1caso (2%). En todos los casos se realizó videoendoscopía digestiva alta con dos tomas biopsias de cuerpo y 2 de antro; para evaluar presencia de Hp, se utilizó la tinción histológica de Giemsa. El esquema de terapia secuencial consistió en la administración de una doble terapia (IBPs dos veces por día y amoxicilina 1 gr., 2 veces por día) por cinco días, seguido por una triple terapia (IBPs, claritromicina 500 mgs y tinidazol 500 mgs, dos veces por día) por otros cinco días. Luego de 6 semanas de tratamiento se evaluó la erradicación de la bacteria mediante test de aire espirado C13. RESULTADOS: De los 51 pacientes evaluados; 39 (76.5%) fueron erradicados por ITT y PP y confirmada la erradicación por test de aire espirado C13. Sólo 12/51 pacientes presentaron algún efecto adverso (dolor abdominal, diarrea) que no determinó la suspensión del tratamiento. CONCLUSIONES: Nuestros resultados no confirman las altas tasas de erradicación logradas con la terapia secuencial tanto en Italia (> 90%); España (90.7%); Taiwán (98.3%); Corea (85.5%) y Panamá (85.5%).

TO/O-17

RIESGO DE LESIONES NEOPLÁSICAS COLORRECTALES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELIACA: ESTUDIO MULTICENTRICO

González, R(1); Pereyra, L(1); Mohaidle, A(1); Fischer, C(1); Mella, JM(1); Panigadi, GN(1); Matoso, MD(2); Manazzoni, D(2); Lasa, JS(3); Novillo, A(3); De Paula, JA(2); Soifer, L(3); Nadales, A(4); Cimmino, DG(1); Pedreira, SC(1); Boerr, LA(1)
(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina (2)Servicio de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina (3)Servicio de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva, Cemic, Buenos Aires, Argentina (4)Servicio de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva, Hospital Austral, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: El riesgo de neoplasias del intestino delgado y esófago en pacientes con enfermedad celíaca (EC) está bien establecido, pero la asociación de ésta con la neoplasia colorrectal es controvertida. OBJETIVO: Determinar el riesgo de lesiones neoplásicas colorrectales en pacientes con enfermedad celíaca. MATERIALES Y MÉTODOS: Se diseño un estudio multicéntrico retrospectivo de casos controles utilizando la base de datos electrónica de los Servicio de Gastroenterología y Endoscopía de cuatro hospitales de comunidad de la ciudad de Buenos Aires. Los pacientes con EC que se habían realizado una colonoscopía constituyeron los "casos" y aquellos pacientes sin EC con colonoscopía el grupo "control". En una relación 1:2 fueron ajustados según edad, sexo, motivo de colonoscopía y antecedentes familiares de primer y segundo grado de cáncer colorrectal. A través de llamadas telefónicas se interrogó a los pacientes acerca de factores de riesgo e historia de su enfermedad. El desenlace principal fue evaluar el riesgo de pólipos colorrectales, adenomas, lesiones avanzadas (displasia de alto grado y/o tamaño >1 cm y/o componente velloso >75%) y cáncer. Los resultados fueron expresados en odds ratio (OR) y sus correspondientes intervalos de confianza del 95 % (IC). RESULTADOS: Se identificaron 118 pacientes con enfermedad celiaca que tenían colonoscopía y representaron los casos; y 236 pacientes sin EC con colonoscopía representaron los controles. En los "casos" la edad promedio fue de 56 años (22-87), y el 84% fueron mujeres. La indicación de colonoscopía fue pesquisa de cáncer colorrectal en el 53 % y anemia en el 15 %. El 65% cumplía con una adherencia estricta a la dieta libre gluten. La presencia de pólipos, adenomas y lesiones colónicas avanzadas fue de 24/118 (20 %), 18/118 (15 %) y 3/118 (2,5 %) respectivamente. En los controles, la edad promedio fue de 56 años (20-87), el 84% fueron mujeres, y el motivo de colonoscopía fue pesquisa de cáncer colorrectal en el 51 % y anemia en el 28 %. La presencia de pólipos, adenomas y lesiones colónicas avanzadas fue de 40/236 (17 %), 27/236 (11 %) y 6/236 (2,5 %) respectivamente. El riesgo de pólipos, adenomas y lesiones colónicas avanzadas fue similar en ambos grupos (OR 1.25, IC 0.71- 2.18, p = 0.40, OR 1.39, IC 0.73- 2.63, p= 0.31, y OR 1.00, IC 0.26-3.72, p = 1.00, respectivamente). En ningún caso se identificó cáncer colorrectal. CONCLUSIÓN: El riesgo de lesiones neoplásicas colorrectales en esta cohorte de pacientes con enfermedad celiaca fue similar al del grupo control.

TO/O-18

ESÓFAGO DE BARRETT : ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES Y EL DESARROLLO DE DISPLASIA EN EL SEGUIMIENTO

Ramos, RI(1); Ahumada, MC(1); Zubiaurre, I(1); Mackenzie, D(1); Kelly, R(1); Caballero, R(1); Alvarado Sanchez, A(1); Colombato, L(1); Salis, G(1)
(1)Hospital Británico de Buenos Aires. Argentina.

INTRODUCCIÓN: El esófago de Barrett (EB) es una condición adquirida secundaria a enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) con potencial neoplásico, por lo que la vigilancia está recomendada. Un amplio estudio poblacional, realizado sobre la ERGE en la Argentina , en 17 áreas geográficas diferentes se encontró un 4,3% de pacientes portadores de EB (Gastroenterology 2009; 136: A489). No hay datos sobre el seguimiento del esófago de Barrett, ni sobre el cribado para el desarrollo de displasia-cáncer disponible actualmente en Argentina. OBJETIVOS: Caracterizar una población con EB, y evaluar los resultados de la vigilancia en el desarrollo de displasia durante el seguimiento, en pacientes en tratamiento. PACIENTES Y MÉTODOS: Se incluyeron los pacientes con diagnóstico histológico de EB, sometidos a una endoscopia alta, en el Servicio de Endoscopia, desde enero de 2008 hasta junio de 2010. Se les realizó un interrogatorio dirigido, con score sintomático de Lagergren, revisión de la historia clínica y seguimiento clínico- endoscópico. RESULTADOS: Se incluyeron 84 pacientes, (59 sexo masculino). La edad media fue de 58 (24 -83,), el 63% tenían IMC ≥ 25. Entre los hábitos,el 59 % tenían ingesta regular de café; el 47 % mate; el 34 % bebedores leves a moderados de alcohol y 29 % tabaquistas. El 50% de los pacientes tuvo 2.5 de score sintomático de Lagergren (pirosis y regurgitación), siendo la media del total de la población de 3.04 ptos. (Varia entre 0: sin síntomas y 6,5). El 29,76% tuvieron síntomas nocturnos. La mediana del tiempo de evolución del EB fue de 24,5 meses (1-173).El 48% presentó hernia de hiato. El 66,20% eran portadores de EB corto y el 33,8% EB largo. La displasia de bajo grado (DBG) se presentó en 23 casos (27 %),13 al momento del diagnóstico de EB y 10 detectados durante el seguimiento .La mediana de tiempo de evolución del EB fue de 22 meses en los que no desarrollaron DBG y de 41 meses en los que presentaron DBG (p=0,0038). El 82,61% de los que tenían displasia ingerían café versus el 52,63% de los que no tenían displasia (OR= 4.275; IC95%=1,29-14,22; p=0.013). No se observaron diferencias significativas entre los pacientes que desarrollaron DBG y los que no en: sexo, edad, score sintomático, IMC o hábitos salvo en el mencionado. El 54,55% de los pacientes con EB largo y el 18,97% de los portadores de EB corto presentaron DBG (p=0,002). En 3 casos (3.5 %) se halló displasia de alto grado (DAG) con el diagnóstico de EB. 1 solo paciente desarrolló DAG durante el seguimiento. La prevalencia de displasia en los pacientes con sobrepeso no fue estadísticamente significativa de la de los pacientes con IMC normal (41vs 32%; NS). CONCLUSIONES: 1.El sobrepeso fue altamente prevalente (63%) en pacientes con EB. 2.El consumo de café aumenta 4,2 veces el riesgo de desarrollo de DBG. 3.El EB largo es un factor de riesgo para el desarrollo de DBG. 4.Un solo paciente desarrolló DAG durante el seguimiento el 3.5 % mostró DAG al diagnóstico

TO/O-19

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CELÍACA Y POTENCIALES MARCADORES DE SENSIBILIDAD AL GLUTEN EN PACIENTES CON CONSTIPACIÓN CRÓNICA

Hwang, HJ(1); Facio, L(1); Iantorno, G(1); Sugai, E(1); Moreno, ML(1); Vázquez, H(1); Smecuol, E(1); Niveloni, S(1); Corzo, L(1); Pinto Sánchez, MI(1); Mazure, R(1); Mauriño, E(1); Bai, J(1)
(1)Htal de Gastroenterologia "Dr B. Udaondo". Argentina.

INTRODUCCIÓN: Se ha estimado que la prevalencia de la enfermedad celíaca (EC) en la población general Argentina es de 0,7 %. En recientes años, un creciente número de casos presentan síntomas considerados atípicos o son completamente asintomáticos al momento del diagnóstico. Se estima que el 10 % de los pacientes corrientemente diagnosticados presentan constipación crónica (CC). La sensibilidad al gluten (SG) es una entidad frecuente donde existen reacciones como consecuencia de la exposición al gluten pero sin presentar la enteropatía característica ni fenómenos autoinmunes. Si bien no hay un consenso en el diagnóstico de esta entidad, se considera que la presencia de anticuerpos antigliadina constituiría potenciales marcadores serológicos de esta entidad. Actualmente se desconoce la prevalencia de EC y de marcadores de SG en pacientes con CC. OBJETIVOS: Determinar prospectivamente la prevalencia de EC y la presencia de potenciales marcadores serológicos de SG en pacientes con CC. Métodos: Se enrolaron 121 pacientes consecutivos con diagnóstico de CC según criterios de Roma III (113 mujeres, edad media: 41 años, rango: 21-78 años). Ochenta y dos pacientes (67.8 %) presentaron constipación funcional (CCF) y 39, síndrome intestino irritable con constipación (SII-C). El algoritmo diagnostico empleado consistio en la determinación conjunta de anticuerpos IgA e IgG anti-péptidos deamidados de gliadina y antitransglutaminasa (DGP/tTG Screen) (valor de corte: 20 U/ml) en todos los pacientes; en los casos positivos se evaluo la presencia de anticuerpos IgA anti-transglutaminasa (a-tTG) y se obtuvieron biopsias duodenales. Las prevalencias observadas fueron comparadas con las de un grupo control consistente en 518 pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta por síntomas no relacionados primariamente con EC. RESULTADOS: Diez pacientes (8,3 %) presentaron anticuerpos DGP/tTG Screen positivos en el grupo de CC y 46 (8.9 %) en el grupo control. Las biopsias duodenales confirmaron EC en 3 pacientes seropositivos con CC (2.5 %) y 14 (2.7 %) de los controles. La prevalencia de pacientes constipados con serología positiva y biopsia normal fue de 5.8 % (n: 7). Cinco pacientes (4.1 %) tenían DGP/tTG screen positivo pero a-tTG negativo y los 2 restantes tenían ambos marcadores serológicos positivos (EC potencial). CONCLUSIONES: Este es el primer estudio en determinar la prevalencia de EC y de potenciales marcadores de SG en pacientes con CC. Dichas prevalencias fueron similares en pacientes y la población control empleada. La prevalencia de EC determinada en ambos grupos fue 3 a 4 veces mayor a la estimada en la población general Argentina. Nuevos estudio deberán establecer la relevancia clínica del a presencia de estos marcadores potenciales de SG en pacientes con CC.

TO/O-20

PRUEBA RÁPIDA EN GOTA FRESCA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CELÍACOS EN POBLACIONES DE ALTA Y BAJA PROBABILIDAD DIAGNÓSTICA

Niveloni, S(1); Trucco, E(2); Sugai, E(1); Vazquez, H(1); Cabanne, A(1); Smecuol, E(1); Moreno, L(1); Hwang, HJ(1); Pinto Sánchez, MI(1); Nachman, F(1); Mazure, R(1); Martinez, L(2); Stefanoli, C(2); Maucione, A(2); Ramirez, M(2); Rondan, M(2); Laca, E(2); Garcia, M(2); Mauriño, E(1); Bai, J(1)
(1)Sección Intestino Delgado del Hospital de Gastroenterología Dr. C Bonorino Udaondo, Buenos Aires, Argentina. (2)Servicio de Gastroenterología y Endoscopía, Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay.

INTRODUCCIÓN: La identificación de pacientes con enfermedad celíaca (EC) es un desafío constante en la práctica diaria. Las pruebas serológicas con anticuerpos específicos poseen exactitud diagnóstica ampliamente reconocida. La prueba rápida para la determinación de anticuerpos en gota de sangre es un método sencillo que aún no sido totalmente validado. OBJETIVO: Evaluar la utilidad diagnóstica de la prueba rápida de anticuerpos en gota de sangre fresca en poblaciones de alta y baja probabilidad de padecer EC. MATERIAL: Ingresaron al estudio en forma prospectiva 227 pacientes, atendidos en dos centros diferentes: a) Grupo I: (población de baja probabilidad de EC) todos los pacientes asistidos en un Servicio de Endoscopía digestiva por causas no relacionadas con la EC (n: 149; 118 mujeres, edad media: 48 años, rango: 19-86), fueron ingresados al estudio entre agosto y diciembre de 2010. b) Grupo II: (población de alta probabilidad de EC) todos los pacientes asistidos en una sección especializada en EC (n: 78; 67 mujeres, edad media: 39 años, rango: 18-87), fueron ingresados,entre marzo 2010 y enero 2011. MÉTODOS: A todos los pacientes ingresados al estudio se les realizó: a) Prueba rápida de Anti-transglutaminasa tipo IgA (a-tTG) (BIOCARD TM Celiac Test, AniBiotech, Vantaa, Finlandia) por punción digital, b) biopsias endoscópicas de duodeno distal. Asimismo, a los pacientes del grupo II se les determinó (a-tTG tipo IgA sérica) y anticuerpos de polipéptidos deamidados de gliadina con antitransglutaminasa isotipos IgA e IgG (a-DGP/tTG Screen).El compromiso histológico con una lesión tipo Marsh IIIa o superior fue establecido como criterio diagnóstico de EC. RESULTADOS: Se identificaron 28/227 pacientes con EC, 26 mujeres (edad media: 37 años, rango: 18-65). En el grupo I se diagnosticaron 3/149 EC (2%), (sexo femenino, mediana 50 años, rango: 39-51). En el grupo II se diagnosticaron 25/78 EC (32%) (edad media: 35.6 años, rango: 18-65). La prueba rápida de gota fresca identificó en el grupo Ia los 3 pacientes con EC (sensibilidad 100%, especificidad 100%, valores predictivos absolutos), en el grupo II identificó 23/25 EC (sensibilidad 92%, especificidad 89%, valor predictivo positivo 79%, valor predictivo negativo 96%). CONCLUSIÓN: La prueba rápida de anticuerpos realizada por punción digital es un método simple y seguro para la identificación de pacientes con EC, que podría ser utilizado en la pesquisa de pacientes celíacos en la práctica clínica.

TO/O-21

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CELÍACA (EC) EN FAMILIARES DE PRIMER Y SEGUNDO GRADO

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

INTRODUCCION: La prevalencia de EC en familiares oscila entre 5 a20 %. El screening en dicha población de riesgo facilita el diagnóstico temprano de la EC disminuyendo el tiempo de exposición al gluten. OBJETIVOS: Evaluar la prevalencia de EC en familiares de 1ª y 2ª grado de pacientes celíacos. PACIENTES Y METODOS: Entre Julio 1997 y Marzo 2011 se estudiaron 659 familiares de 1° y 2° grado. Se excluyeron 47 niños y 4 adultos con diagnóstico previo. A todos se les realizó: Historia clínica pre-establecida. Serología: anticuerpos antigliadina tipo IgA e IgG tradicionales (AGA-A y AGA-G hasta 2007), antigliadina deaminada tipo IgA e IgG (AGA II-A y AGA II-G), antiendomisiso IgA (EmA-A), antitransglutaminasa recombinante humana IgA (atTG-A) y dosaje de Ig A sérica (en caso de Ac tipo IgG positivo). A todos se les ofreció la realización de biopsia duodenal, evaluadas según criterios de Marsh. RESULTADOS: 67.4% mujeres, edad media de 34.63 ±15 años. Se diagnosticaron 71 celíacos (10.7%), edad promedio 30.02 ± 12 , 69% mujeres. El 96% fueron familiares de 1° grado (54% hermanos, 24% hijos, 15% madres, 7% padres)y el 4% de 2° grado (67% sobrinos, 33% tíos). Tabla 1
Formas clínicas: Asintomatica: 50,7%. Monosintomatica: 22,5%, Polisintomatica: 26,7%.
Se observó una diferencia significativa entre los AGA- positivos de los familiares no celíacos (7%) y nuestra población control (0,9%), p 0.001. No hubo diferencia significativa con los otros anticuerpos. CONCLUSIONES: La prevalencia de EC es alta en familiares de 1° y 2° grado comparado con la población general (1%). En nuestro estudio la prevalencia fue de 10.7%. Si se tiene en cuenta a los 4 pacientes con EC diagnosticada previamente y los 5/47 niños estudiados (excluidos de este análisis) la prevalencia aumenta a 11.33%.
.El 73% de los celíacos diagnosticados fue asintomático o monosintomático.
.Observamos un alto porcentaje de AGA-A positivo en los familiares no celíacos comparados con nuestra población control (¿sensibilidad al gluten?).
.Si bien el número de familiares estudiados se fue incrementando con los años, no todos los que deberían estudiarse concurren a la consulta. Probablemente esto sea debido a que un gran porcentaje de ellos no presentan síntomas.
.Se enfatiza la necesidad de realizar estudios de screening en este grupo poblacional, ya que la mayoría de estos pacientes pueden presentarse asintomáticos o con manifestaciones extradigestivas. De esta manera, con un diagnóstico precoz, la dieta libre de gluten mejora la calidad de vida, disminuyendo la probabilidad de complicaciones y enfermedades autoinmunes asociadas.

Tabla 1. Serología y biopsia de los pacientes celíacos

AGA-A(+)	AGA-G (+)	atTG-A (+)	EmA-A (+)	Biopsia
46 * (65%)	61 (86%)	67 (94%)	61** (86%)	48 ***

*Hubo una diferencia a favor de los AGA II-A positivos (80%) vs. los tradicionales (59%), que no alcanzó significación estadística. No se observó diferencia entre los AGA-G (tipo II o tradicionales)
**Hubo 9 pacientes con Ema-A (-) y el resto de los Ac positivos que tuvieron biopsia Marsh III
*** De los 48 con biopsia: 2 Marsh II , el resto Marsh III
De los 23 que se negaron a la biopsia: 22 tuvieron EmA -A(+) y 1 EmA IgG (+) con défict de IgA.

TO/O-22

EVALUACIÓN PROSPECTIVA DE LA CERTEZA DIAGNÓSTICA DE ENFERMEDAD CELÍACA EN LA PRÁCTICA MÉDICA GENERAL.

Niveloni, S(1); Cabanne, A(1); Vázquez, H(1); Sugai, E(1); Smecuol, E(1); Moreno, L(1); Hwang, HJ(1); Pinto Sánchez, MI(1); Mazure, R(1); Mauriño, E(1); Bai, J(1)
(1)Htal de Gastroenterología "Dr. B. Udaondo". Argentina.

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico de enfermedad celiaca (EC) se basa en la presencia de evidencias clínicas, serológicas e histológicas compatibles. La creciente prevalencia de esta patología en la población general no parece correlacionarse con un mayor conocimiento entre médicos clínicos, patólogos y bioquímicos generales. Objetivos: Evaluar prospectivamente el grado de certeza en el diagnóstico de EC, realizado en la práctica clínica general, comparándolo con el efectuado en un centro académico especializado. MATERIAL Y MÉTODOS: Se evaluaron 65 pacientes consecutivos que asistieron a nuestra institución académica para confirmar o descartar EC. Los pacientes fueron inicialmente diagnosticados como EC en base a la histología y a la serología (n=39) y como no celíacos (n=26).Los preparados histológicos originales de las biopsias duodenales y sus informes correspondientes fueron reevaluados por un patólogo experto (AC). La serología específica para EC (IgA anti-tTG) utilizada en la práctica clínica fue reiterada en nuestra institución bajo condiciones clínicas similares. El diagnóstico final fue determinado por un grupo de expertos (RM, ES, HV) sobre la base de los resultados de la evaluación clínica, histológica y serológica obtenidos en nuestra institución en forma cegada al diagnóstico original. RESULTADOS: En 6 casos (9.2%) el patólogo experto no pudo evaluar las muestras histológicas dada la mala calidad de las mismas, analizándose finalmente 59 pacientes. La evaluación histológica mostró un acuerdo entre los patólogos generales y el experto en 49 casos (83%) (49/59 – índicekappa de Cohen: 0.66). El desacuerdo fue principalmente observado en aquellos casos que presentaban daño histológico mínimo o en muestras de muy pobre calidad. Se obtuvieron resultados serológicos congruentes con los anticuerpos IgA anti-tTG en 87.3% de los casos (55/63 – índicekappade Cohen: 0.74). El diagnóstico final del grupo experto fuedivergente en 10 de los 59 casos (16.9%). Siete de los 34 pacientes inicialmente identificados como celiacos (20.6%) no fueron confirmados por el grupo experto, evidenciando un sobre diagnóstico de EC. CONCLUSIÓN: Nuestro estudio evidencia una alta tasa de error diagnóstico de EC en la práctica clínica con una tendencia al sobre diagnóstico de la misma. Sugerimos que la formación de expertos en la enfermedad mejorara la certeza diagnostica.

TO/O-23

COLESTASIS INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO. EVALUACIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICA MATERNO-FETAL

Amateis, M(1); Tanno, F(1); Correnti, S(1); Tanno, M(1); Pascucci, M(2); Di Monaco, R(2); Reggiardo, V(1); Hernandez, L(3); Tanno, H(1); Vorobioff, J(1)
(1)Servicio de Gastroenterología y Hepatología. Hospital Provincial del Centenario y Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Argentina (2)Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Provincial del Centenario y Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Argentina (3) Escuela de Estadística. Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Argentina

INTRODUCCIÓN / OBJETIVOS: La colestasis intrahepática del embarazo (CIE) es una patología obstétrica de baja frecuencia en nuestro medio. El pronóstico materno es habitualmente bueno, aunque las consecuencias fetales pueden ser graves. Existen diferencias regionales en la incidencia de CIE (USA 0.32 %; Escandinavia 2 %; Chile 4 %). La incidencia de CIE en Argentina no ha sido establecida. El objetivo de este estudio fue analizar la incidencia de CIE, describir sus características clínicas y evaluar el pronóstico materno/fetal en una población hospitalaria. PACIENTES Y MÉTODOS: Se incluyeron todos los casos de CIE diagnosticados en el Hospital Centenario durante 78 meses (Junio 2004/Diciembre 2010). La recolección de datos fue prospectiva desde Enero/2008.La CIE fue definida por el desarrollo del prurito durante el embarazo acompañado (o no) de ácidos biliares séricos ≥ 10 umol/lcon posterior resolución tras el nacimiento. Se establecieron características demográficas, clínico/humorales, y antecedentes obstétricos. La intensidad del prurito se valoró de acuerdo a manifestaciones subjetivas de cada paciente. En todos los casos se realizó dosaje de ácidos biliares, ecografía abdominal y monitoreo fetal. La evaluación pre yneonatal incluyó:monitoreo fetal, edad gestacional, tipo de parto, peso al nacer e índice de Apgar. Como grupo control se consideró a las parturientas sin CIE y sus gestas durante el mismo período. Los valores se expresan como M+DS. RESULTADOS :Se diagnosticaron 144 casos de CIE.La incidencia fue del 1.9%. Edad de las pacientes: 25+ 6 años (promedio de 3+ 2 gestas).Cuarenta y siete ptes (33%) tenían antecedentes de colestasis y 20 (14%) antecedentes familiares. Al ingreso, el tiempo de gestación fue de 34+ 5 semanas (91% en el tercer trimestre).El prurito fue palmoplantar en el 58% de los casos y generalizado en el 42%, con una duración previa de 20+ 20 días. La concentración de sales biliares fue de 24.6 + 26.1 Umol/L.La ASAT,la ALAT, la γGT y la bilirrubina fueron normales en el 55%, 48%, 84% y 88% de los casos; respectivamente. La ecografía abdominal y el monitoreo fetales no mostraron alteraciones en el 92 % y el 94% de los casos; respectivamente. Se administró acido ursodeoxicólico (12-15 mg/kg/día) a 114 ptes (79%). El prurito revirtió totalmente en un 27% de los casos. La cesárea fue más frecuente las ptes. con CIE [77/144 vs. 1891/7468 (grupo control) (p<0.01)].Los nacimientos prematuros fueron más frecuentes en el grupo de CIE (61/148 vs. 896/7526 (grupo control) (p<0,01).Se registraron 1 aborto y 2 muertes fetales (NS). El 32% de los nacidos vivos de madres con CIE pesó <2500 Kg vs. 12% en el grupo control (p<0.01). El Apgar fue vigoroso a los 5 minutos en todos los recién nacidos. CONCLUSIONES: La incidencia de CIE fue del 1.9%. El porcentaje de cesáreas, nacimientos prematuros y recién nacidos de bajo peso son mayores en el grupo de madres con CIE.

TO/O-24

INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA. INCIDENCIA Y SOBREVIDA

Tubino, MF(1); Kuzmicz, G(1); Jaimet, C(2); Tanno, M(1); Reggiardo, V(1); Hernández, L(3); Tanno, H(1); Vorobioff, J(1)
(1)Servicio de Gastroenterología y Hepatología.Hospital Provincial del Centenario de Rosario y Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Argentina (2)Servicio de Clínica Médica. Hospital Intendente Carrasco. Rosario. Argentina (3)Escuela de Estadística. Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Argentina

INTRODUCCIÓN / OBJETIVOS: La insuficiencia renal (IR) es una complicación frecuente de la cirrosis hepática. Su aparición se relaciona a diversas causas desencadenantes. Estas circunstancias plantean un desafío: diagnóstico y terapéutico, con consecuencias directas en el pronóstico de estos pacientes (ptes). El objetivo de este estudio fue evaluar en forma prospectiva la incidencia de IR en ptes cirróticos admitidos a 2 servicios hospitalarios, analizar las causas desencadenantes, evaluar el pronóstico y determinar la sobrevida. MÉTODOS: Estudio prospectivo desarrollado en los Servicios de Gastroenterología y Hepatología del Hospital Provincial del Centenario y de Clínica Médica del Hospital Carrasco. Período de evaluación: Septiembre 1/09 a Diciembre 31/10 (16 meses). Se incluyeron todos los ptes con diagnóstico de cirrosis hepática de cualquier etiología, con IR al ingreso (Grupo 1) ó sin IR al ingreso pero desarrollada durante la hospitalización (Grupo 2). Se evaluaron las diferentes etiologías de IR, parámetros clínico/humorales, potenciales "factores precipitantes", pronóstico y sobrevida. Los pacientes fueron evolucionados hasta el 31/12/2010. RESULTADOS: Se incluyeron 100 ptes. cirróticos (Edad: 53±10 años), 78 de sexo masculino. El diagnóstico de IR se realizó en 24 (24%) ptes. [Grupo 1 (n: 16); Grupo 2 (n: 8)]. En 21 ptes (88%) la IR fue de tipo funcional [Grupo 1 (n:13) vs. Grupo 2 (n: 8) (NS)]. La infección (PBE en el 50% de los casos) fue el factor precipitante de IR funcional en 15/21 ptes. (71%) (Grupo 1 (n: 10/13) (77%) vs. Grupo 2 (n: 5/8) (63%) (NS). Otros factores precipitantes fueron: Hipovolemia (n: 2) y Otras causas (n: 4). La IR fue reversible en 11 (46%), progresiva en 8 (33%) y estable en 5 (21%) de los episodios. Se observaron diferencias significativas entre ptes. con y sin IR en los siguientes parámetros: TP (p<0.05), Uremia (p<0.001), Creatininemia (p<0.001), Score de Child-Pugh (p<0.003), Score de Meld (p<0.001), Score de Meld-Na (p<0.001) y RIN (p<0.02). Treinta y tres (33%) ptes fallecieron durante el período de observación, 61 sobreviven y de otros 6 se desconoce la evolución. Las causas de muerte más frecuentes fueron: insuficiencia hepática (37%), sepsis (30%), hemorragia digestiva (18%), sindrome hépato-renal (6%), otras causas (9%). La sobrevida fue similar en los Grupos 1 y 2. Los pacientes con IR tuvieron una sobrevida significativamente inferior a la de aquellos sin IR (46±10 vs. 56±4 semanas; respectivamente) (p<0.001). CONCLUSIONES: La incidencia de IR en ptes cirróticos es del 24%, siendo la etiología infecciosa la más prevalente. La sobrevida de los ptes que presentan IR es significativamente inferior a la de aquellos sin IR. La presencia de IR, independientemente de su etiología, se asocia a una menor sobrevida en pacientes cirróticos.

TO/O-25

CARCINOMA HEPATOCELULAR. EXPERIENCIA DE UN CENTRO TERCIARIO DURANTE UN PERÍODO DE 13 AÑOS

Carboné, PC(1); Poles, N(1); Azum, MC(1); Páez, M(1); Tanno, M(1); Bessone, F(1); Reggiardo, MV(1); Hernández, L(2); Tanno, HE(1); Vorobioff, J(1)
(1)Servicio de Gastroenterología y Hepatología. Hospital Provincial del Centenario y Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Argentina
(2)Escuela de Estadística. Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Argentina

INTRODUCCION / OBJETIVOS: El carcinoma hepatocelular (HCC) es una complicación grave de la cirrosis hepática, cuya terapéutica depende del estadío de la enfermedad y de la insuficiencia hepática subyacente. Objetivo de este estudio fue determinar las características clínico-epidemiológicas, imagenológicas y los factores pronósticos del HCC. MÉTODOS: Se incluyeron todos los pacientes (ptes) con diagnóstico de HCC durante un período de 13 años (Enero/1998 - Diciembre/2010). La recolección de datos fue retrospectiva para el período 1998/2004 y prospectiva desde 2005. Se evaluaron parámetros clínico/humorales, demográficos e imagenológicos. Los casos se estadificaron de acuerdo a la clasificación de Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC). Se analizaron factores pronósticos y sobrevida. RESULTADOS: Se incluyeron 120 ptes (Edad: 60±10 años), 118 cirróticos, 96 hombres. Etiología de la cirrosis: alcohol (49%), viral (27%), alcohol + virus (14%), otros (10%). Score de Child (n:107): A (30%), B (47%) y C (24%). En 38 ptes (32%) el diagnóstico fue consecuencia del screening [Ecografía + Alfa-feto proteína (AFP) c/6 meses]. AFP (n: 114 ptes): Normal (<10 ng/mL) (n:33), 10-200 ng/mL (n:27) y ≥ 200 ng/ml (n:54). Estadío al diagnóstico: muy temprano y temprano (21%), intermedio (7%), avanzado (51%) y/o terminal (28%). El HCC se presentó más frecuentemente como nódulo único (42%). Los casos terminales diagnosticados en ambos períodos (1998/2004 vs. 2005/2010) difirieron significativamente [40% vs. 20%; respectivamente; (p<:0.03)]. El HCC fue más frecuente en estadío avanzado/ terminal en ptes. de etiología alcohólica vs. etiología viral [(47 vs. 17 ptes; respectivamente) (p<0,0001) (92% vs. 55%). Los estadíos temprano e intermedio predominaron en los casos diagnosticados por screening (n:21) (62%) respecto de aquellos no diagnosticados por screening (n:2) (3%) (p<001). Sólo un 8% de los ptes fue tratado con intención curativa: cirugía (n:8) (7%) y transplante hepático (n:1) (1%). En los otros casos el tratamiento fue sintomático (n:69) (61%), tamoxifeno (n:14) (12%) quimioembolización (n:12) (10.5%) y sorafenib-brivanib (n:8) (7%). En 94 casos confirmados, 78 (83%) ptes. fallecieron y 16 (17%) sobrevivieron (sobrevida: 60±9 semanas). La probabilidad de sobrevida al año fue 37%, a los 2 años 25%, a los 3 años 13% y a los 5 años 0%. El análisis univariado demostró diferencias significativas en la sobrevida de acuerdo a la etiología de la cirrosis (p<0.04), diagnóstico mediante screening (p<0.01), score de Child-Pugh (p<0.05) y MELD (p<0.001), estadificación (p<0.001), presencia de ascitis (p<0.001), creatininemia (p<0.05) y tratamiento implementado (p<0.03). CONCLUSIÓN: La cirrosis de origen etílico fue la principal patología subyacente del HCC. Los casos diagnosticados en estadío terminal disminuyeron significativamente en el período 2005/2010 respecto del período 1998/2004. El screening del HCC permitió un diagnóstico más temprano y se asoció a mayor sobrevida.

TO/O-26

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CELÍACA EN PACIENTES DERIVADOS DE DIFERENTES ESPECIALIDADES

Viola, M(1); de Barrio, S(1); La Motta Casco, MG(1); Caniggia, ME(1); Baistrocchi, A(1); Sliwinski, L(1); Maffei, E(1); Ferrari, G(1); Erbetta, M(1); Gomez, JC(1); Crivelli, A(1)
(1)Unidad de Soporte Nutricional y Malabsorción HIGA San Martín La Plata. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La prevalecia de la Enfermedad Celíaca (EC) en población general es del 1%. Aún no se ha demostrado cuál es su prevalencia en pacientes que asisten a un centro de salud con síntomas que pueden o no ser atribuibles a esta enfermedad. OBJETIVOS: Presentar la prevalencia de EC en pacientes derivados de diferentes especialidades a una Unidad Especializada en el diagnóstico de la misma. MATERIAL Y MÉTODO: Entre enero de 2008 y febrero de 2011 se estudiaron en la Unidad de Soporte Nutricional y Malabsorción 563 pacientes en forma consecutiva que fueron derivados de diferentes especialidades para el estudio de EC. En todos se solicitó anticuerpos Antigliadinas deaminadas (AgA II) tipo IgA e IgG, Antiendomisio (EmA) IgA y Antitransglutaminasa (at – TG) IgA y, según resultados se les ofreció biopsias de duodeno. Evaluación anatomopatológica según clasificación de Marsh. RESULTADOS: Del total, 491 (87.2%) fueron mujeres con una edad promedio de 42 años ±16.2, rango 15 – 86. Edad promedio de varones: 42.8 ±16.2 años, rango 15 – 83. Se diagnosticó EC en 39 de 563 (6.92%) de los pacientes. El motivo de derivación por especialidades se observa en la tabla 1. El diagnóstico de EC se hizo por serología positiva (4 anticuerpos positivos) y atrofia vellositaria en 33 del total de 39 pacientes (84.6%). En 6 pacientes (15.4%) con los 4 anticuerpos positivos no se pudo realizar biopsias por pérdida de seguimiento. Cuatro pacientes presentaron AgA II IgG positivo aislado. En uno se diagnosticó déficit de IgA sérica (EmA IgG +) De 39 EC, 12 (30.8%) tenian manifestaciones digestivas. Del resto, 17 (43.6%) tenían manifestaciones extradigestivas, 7 (17.9%) enfermedades autoinmunes relacionadas, 1 (2.6%) dermatitis herpetiforme), otros 2 (5.1%). La manifestación extradigestiva en pacientes con EC más frecuente fue anemia ferropénica 14/39 (35.9%). Se evaluó Índice de Masa Corporal (BMI) en 517 de 563 pacientes (91.8%). El 14.3% de los pacientes con EC presentó un BMI <18.5 kg/m2, el 28% un BMI >25 kg/m2. CONCLUSIONES: Se diagnosticó EC en 39 (6.92%) de los pacientes. Hubo diferencia porcentual entre pacientes con sintomatología digestiva versus manifestaciones extradigestivas y enfermedades asociadas en quienes se diagnosticó EC (30.8% vs. 69.2%).El BMI fue igual o superior a 25 kg/m2 en el 28% de pacientes celíacos de reciente diagnóstico. Si a lo anterior sumamos pacientes con EC con con BMI normal el valor asciende a 57.7%. Es necesario elevar el nivel de conocimiento de la EC en las especialidades para lograr un diagnóstico más temprano. Las formas de presentación y el BMI hallado en pacientes con diagnostico de EC abona al concepto de que es justamente en pacientes con sintomatología extradigestiva, con enfermedades asociadas y sin compromiso nutricional y, en alto porcentaje, obesos, sobre los que hay que elevar el nivel de sospecha clínica para arribar al diagnóstico de EC. Motivo de derivación según especialidades

Especialidades	N	%
Hematología Anemia ferropénica: 121 (91%)	133	23.6%
Reumatología Autoinmunes: 42 (38.9%)Osteoporosis: 64 (59.2%)	108	19.2%
Endocrinología Hipotiroidismo: 66 (58.4%)DBT tipo 1: 21 (18.6%)Hipertiroidismo: 14 (12.4%)	113	21%
Ginecología	5	0.9%
Neurología Epilepsia: 13 (72.2%)	18	3.2%
Dermatología Psoriasis: 6 (85.7%)	7	1.2%
Gastroenterología Diarrea: 66 (42.6%)Dispepsia/distensión: 29 (18.7%)Intestino irritable: 25 (16.1%)Enfermedad hepática: 18 (11.6%)Atrofia vellositaria: 8 (5.2%)Otros gastroenterología: 9 (5.8%)	155	27.5%
Otros	24	4.3%
Total	563	100%

TO/O-27

ESTUDIO MULTICENTRICO, PROSPECTIVO, DE TAMIZAJE DEL CANCER COLORECTAL MEDIANTE SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL, MÈTODO INMUNOHISTOQUÌMICO

Laudanno, O(1); Gualdrini, U(2); Travieso, L(3); Gollo, P(1); Collia, K(2); Ahumaran, G(1); Tornini, A(1); Barbera, R(1); Lasagna, R(1)
(1)Hospital C. Bocalandro, Partido de 3 de Febrero, Provincia de Buenos Aires (2) Hospital Bonorino Udaondo (3)Hospital Penna. Argentina.

INTRODUCCION: El Cáncer Colorectal (CCR) es un problema de salud pública mundial dado su alta incidencia y mortalidad. Es necesario implementar programas de screening para su detección temprana. OBJETIVO: Describir los hallazgos de la primera ronda de tamizaje cáncer colorectal en una población de riesgo promedio de la Ciudad de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires. MATERIALES Y METODOS: Estudio prospectivo, multicéntrico, desde Junio 2010 a Abril del 2011 que incluyó pacientes entre50 a 75 años, de riesgo promedio, en el contexto de la campaña de LALCEC 2010. Los pacientes fueron evaluados por alguno de los autores en un primera entrevista donde se determinó que no reunieran criterios de exclusión (proctorragia, cambio evacuatorio, antecedentes familiares, polipos previos, exámenes de colon vigentes). Para la determinación de sangre oculta en materia fecal (SOMF) se utilizó reactivo inmunohistoquímico (ACON) que no requiere dieta, realizándose 2 determinaciones de 2 deposiciones consecutivas. Dentro de la semana concurrieron con la muestra y alguno de los autores realizaba la determinación. Si era positivo se programó videocolonoscopia con sedación . Ante hallazgos de polipos ó lesiones planas se realizó la polipectomìa endoscópica ó biopsias si no fue posible su extracción. RESULTADOS: Fueron evaluados 573 pacientes, excluyendose 78 (13.6%). De los 495 pacientes con riesgo promedio incluidos, 90% (445pacientes) completaron las determinaciones de SOMF. El test fue positivo en 52 (11.6%) y realizaron VCC 43(82.6%). Los hallazgos fueron: 1. 4 pacientes con cáncer colorectal (CCR), 3 Estadios tempranos (IyII), 1 Avanzado (EstadioIII). 2. Adenomas menores de 1 cm 9 (5 tubulares -4 tubulovellosos) 3. Adenomas mayores de 1 cm 7 (4 tubulares, 2 tubulo-vellosos, 1 velloso) 4. 1 Cáncer gástrico 5. Ectasias colónicas 3 6. Diverticulosis 8 7. Hemorroides grado II-IV 5. El Valor predictivo positivo(VPP) global para Cáncer Colorectal-Adenomas fue del 46.5 % (16 adenomas-4 cánceres colorectales) CONCLUSIONES: Esta primera ronda de tamizaje CCR con SOMF mediante tests inmunohistoquìmicos fue fácil de organizar con alta adherencia de los pacientes. Los hallazgos son similares a otras series de tamizaje. Los tests fecales inmunohistoquìmicos se podrìan implementar como tamizaje en programas masivos de prevenciòn y detecciòn temprana del cáncer colorectal.

TO/O-28

PROGRAMA PILOTO DE SCREENING REGIONAL PARA LA PREVENCION Y DETECCION PRECOZ DEL CANCER COLORRECTAL, UTILIZANDO UN TEST DE SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL INMUNOLÓGICO Y CON EL METODO PUERTA A PUERTA

Alach, JE(1); Romé, JC(1); Ruiz Díaz, A(1); Pandeles, B(1)
(1)Hospital San Roque de Gonnet. Argentina.

INTRODUCCION: El Cáncer colorrectal (CCR) es la segunda causa de muerte por cáncer en nuestro país para ambos sexos. La sobrevida a los 5 años supera el 90% cuando se diagnostica y trata a esta enfermedad tempranamente y disminuye al 10% o menos en los estadíos avanzados. En la gran mayoría de los casos el CCR se desarrolla a partir de adenomas avanzados, frecuentemente asintomáticos durante largo tiempo, motivo por el cual, puede ser prevenible con programas de screening organizados. OBJETIVO: Mostrar nuestra experiencia con un plan de screening poblacional organizado, de entrega puerta-puerta y lectura "in situ", de un test inmunológico de sangre oculta en materia fecal (ISOMF). MATERIAL Y METODOS: Estudio transversal descriptivo sobre la aplicación de un programa de screening en la población general, utilizando el Test Inmunológico Hem-check I, para la detección temprana de presencia de sangre oculta en materia fecal. Se formó un comité integrado por especialistas en gastroenterología, un metodólogo, enfermeros profesionales y directivos hospitalarios. El corte descrito contiene datos rescatados entre agosto de 2008 y marzo de 2011. El método puerta a puerta fue desarrollado por estudiantes de la carrera de enfermería, instruidos para seguir una secuencia igual en todos los encuestados, distribuidos y coordinados por enfermeros docentes dentro del área programática del Hospital San Roque de Gonnet. Se estableció como población diana a los mayores de 50 años, sin antecedentes personales ni familiares de pólipos o cáncer de colon. Se evaluó la factibilidad del método en base a los recursos, el grado de aceptabilidad en la población y los resultados obtenidos. RESULTADOS: Viviendas visitadas: 3204; recibieron al encuestador: 2135 (66,7%); hogares que brindaron información: 982 (45,9%). Tests de ISOMF entregados: 1202; personas que realizaron el procedimiento: 991 (82,4%). Positivos: 16 (1,6%); de ellos, aceptaron la colonoscopía: 10 (62,5%); entre éstos, cuatro pacientes con CCR (40% de los positivos) y dos con pólipos adenomatosos. La capacidad operativa del servicio no fue superada por el plan. La aceptabilidad fue baja a pesar del método puerta a puerta. El número de positivos fue menor al esperado. CONCLUSIONES: El CCR es una patología que por sus características puede ser detectada precozmente por métodos de tamizaje, que sean parte de un plan sustentable en el tiempo, factible y aceptado por la población. El método empleado en nuestro trabajo no mejoró significativamente la aceptabilidad con respecto a referencias internacionales. Falta un plan de re-citación de los pacientes negativos hecho que suma año a año un número importante de personas, no evaluado en este plan. Es necesario contar con financiación y organismos del estado decididos a implementar políticas de salud, facilitando el equipamiento hospitalario, la actualización médica, la programación de screening organizados y la educación de la población.

TO/O-29

HEPATITIS AGUDA B: EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES ASOCIADOS CON LA PROGRESIÓN A LA CRONICIDAD EN NUESTRO MEDIO

Ferretti, S(1, 2); Tanno, F(2, 3); Tanno, M(2, 3); Guerrina, C(1, 2); Paez, M(4); Poles, N(2); Correnti, S(2); Pistone, R(1); Vorobioff, J(1, 2); Reggiardo, V(2); Bessone, F(1, 2); Tanno, H(2, 3)
(1)Sanatorio Parque. Rosario (2)Hospital Provincial del Centenario Rosario (3) Clinica de Hígado Rosario (4)Centro de Estudios Digestivos de Mendoza. CEDIM. Mendoza. Argentina

INTRODUCCIÓN: El virus de la hepatitis B (VHB) es una de las principales causas de hepatitis aguda y crónica en el mundo. Si bien la mayoría de los casos de infección aguda resuelven espontáneamente, < 1% puede desarrollar falla fulminante y según estudios de la década de los 80 y 90, la tasa de progresión a la cronicidad es de 3-5%. La progresión a la cronicidad depende del modo de transmisión, de factores virales y de determinadas características del huésped. En nuestro medio, existe escasa información acerca de la epidemiología, la tasa de evolución a la cronicidad y los factores de riesgo de progresión a la cronicidad. OBJETIVOS: 1) analizar las características epidemiológicas de la hepatitis aguda B en adultos. 2) evaluar la tasa y los factores de riesgo de progresión a la cronicidad. MÉTODOS: Análisis retrospectivo de pacientes (ptes) con hepatitis aguda B admitidos en 4 centros durante el período marzo 2005 a abril 2011. Se analizaron variabes epidemiológicas, clínico-humorales y la evolución clínica (Falla fulminante, resolución, ó cronicidad). Hepatitis aguda B se definió como HBsAg (+) e IgM anticore (+). Evolución a la cronicidad se consideró a la persistencia de HBsAg más allá de los 6 meses de infección. RESULTADOS: Se incluyeron 178 ptes (36,4 ± 11 años) (136 hombres). La edad media de los ptes disminuyó significativamente durante el período de estudio (43,1±11 en 2005-2006, 36,3±11 en 2007-2008, 35,1±10 en 2009-2010 y 33,4±10 en 2011). La vía de contagio más frecuente fue sexual 110/178 (62%) (76% heterosexual). Perfil hepático: ASAT 1749 ± 1058 UI, ALAT 2693 ± 1282 UI, FAL 511 ± 239 UI, GGT 296 ± 156 UI, TP 15,2 ± 2,6 seg, Bilirrubina 12,9 ± 8,8 mg/dl. Se obtuvo seguimiento completo de 117 pacientes. Resolución espontánea se observó en 112/117 (96%). Un solo caso presentó encefalopatía 1/117 (0,8%) con posterior resolución. Cinco de 117 ptes (4,2%) evolucionaron a la cronicidad. Los ptes que resolvieron la infección, mostraron un pico de elevación de transaminasas y de bilirrubina significativamente mayor que el de los pacientes que evolucionaron a la cronicidad (ASAT 1873 ± 1139 vs 456 ± 271, p=0,006; ALAT 2852 ± 1263 vs 1046 ± 530, p=0,001; Bilirrubina 13,1 ± 9 vs 2,02 ± 1, p=0,007, respectivamente). Veintinueve ptes de 112 (26%) mostraron niveles bajos de bilirrubina (<6mg/dl). De ellos. 24 (83%) resolvieron la infección y 5 (17%) evolucionaron a la cronicidad. Nueve de los 24 que resolvieron la infección habían recibido antivirales (8 lamivudina/1 entecavir), mientras que ninguno de los 5 que evolucionaron a la cronicidad recibieron antivirales (37,5% vs 0%, NS). CONCLUSIONES: La hepatitis aguda B en nuestro medio se observó predominantemente en adultos jóvenes y la edad media disminuyó en los últimos 5 años. La tasa de progresión a la cronicidad es baja, similar a la observada en estudios previos. Niveles bajos de transaminasas y de bilirrubina constituyen un factor de riesgo de progresión a la cronicidad.

TO/O-30

PORTOGRAFÍA TRANSYUGULAR CON CO2: COMPLEMENTO DEL ESTUDIO HEMODINÁMICO HEPÁTICO

Fernandez, NC(1); Benavides, J(1); Leiva, G(2); Ruf, A(1); Cairo, F(1); Alvarez, JA(2); Villamil, F(1); Diaz, A(3); Lucero, A(3); Colombato, L(1, 2)
(1)Hepatología, Hospital Británico de Buenos Aires,Buenos Aires, Argentina (2)Hemodinamia Hepática, Hospital Británico de Buenos Aires,Buenos Aires, Argentina (3)Laboratorio de Hemodinamia Hepática, Hospital Británico de Buenos Aires,Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN. El estudio por imágenes del árbol portal es relevante en la evaluación de la hipertensión portal (HTP) cirrótica y no-cirrótica. Ofrece la anatomía vascular, la permeabilidad vascular y la colateralización portosistémica (CPS), permite definir estrategias para TIPS, cirugía de derivación y resección hepática. El cateterismo suprahepático transyugular permite obtener biopsia hepática, determinar el gradiente de presión venoso hepático (GPVH), realizar portografía por inyección de contraste iodado (PGI) enclavado en vena suprahepática. Esta última, solo contrasta ramas portales intrahepáticas. El CO2 es un contraste gaseoso no-tóxico y muy difusible que permite visualizar el tronco portal, vasos tributarios y colaterales OBJETIVO: Analizar la factibilidad, eficiencia y aporte diagnóstico de la portografía transvenosa con CO2 (PGCO2) PACIENTES Y MÉTODOS: Fueron incluidos 183 estudios transyugulares consecutivos indicados para biopsia hepática y/o medición de GPVH. En ellos se realizó PGCO2 por inyección (50ml) de CO2 en posición enclavada suprahepática. Las imágenes fueron obtenidas por sustracción digital (Philips Integris). Se evaluó en cada estudio, visualización del tronco portal sus ramas, venas mesentérica, esplénica, presencia de CPS, complicaciones, y causas de fracaso de la técnica. Cada segmento vascular se consideró visualizado cuando sus bordes fueron netos y permitieron medir su diámetro. RESULTADOS: Comparada con la pobre visualización de tronco portal obtenida con PGI (4%), la visualización del tronco portal con PGCO2 se obtuvo en 147/179 casos, (82%;p<0.001), sin diferencia entre cirróticos y no-cirróticos (84y78%). La falla de visualización portal con PGCO2 se debió a shunt intrahepático (9%), enclavamiento deficiente (7%) y robo de flujo por vena umbilical (0.5%). 4 casos de cavernoma portal se contabilizan aparte, puesto que la falta de visualización portal extrahepática es confirmatoria del diagnóstico y no falla técnica. En 27/62 cirróticos (44%) con HTP severa (GPVH>12mmHg) se identificó anatómicamente la patente de CPS: vena gástrica-várices esofágicas 10, umbilical 7, esplenorenal 5, otros 5. El 1.5% (3/183) presentó dolor transitorio y defecto localizado en cápsula de Glisson. CONCLUSIONES: (1) Nuestros resultados, en pacientes consecutivos no seleccionados demuestran que la PGCO2 (a) Posee alta efectividad en visualizar el árbol portal extrahepático; (b) Provee un mapa portal completo identificando patentes de colateralización portosistémica especificas, particularmente en cirróticos con HTP severa; (c) Es confirmatoria del diagnóstico y topografía de trombosis portal; (d) La falta de visualización portal debida a shunting intrahepático actúa como alerta acerca de que este último potencialmente condicione subestimación del GPVH.
(2) La PGCO2 exhibe alta factibilidad sin morbilidad significativa, por lo que constituye un complemento útil del estudio hemodinámico hepático transvenoso

TO/O-31

EVALUACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CIRROSIS. ¿CÓMO VALORAR ESTOS PACIENTES?

Gonzalez Ballerga, E(1); Laguia, M(1); Cabrera, P(1); Onel, C(1); Musso, C(1); Daruich, J(1); Sorda, J(1)
(1)Hospital de Clinicas Jose de San Martin CABA, Argentina

INTRODUCCIÓN: La desnutrición calórica proteica (DCP) es frecuente en los pacientes con cirrosis y puede tener implicancias en la progresión de la enfermedad. Existen diferentes métodos para determinar la DCP. La Valoración Global Subjetiva (VGS) y la Valoración Objetiva (VO) (pliegue tricipital –PT- y circunferencia muscular del brazo –CMB-) son los indicadores más utilizados para evaluar el estado nutricional. OBJETIVOS: Estimar el estado nutricional mediante la VGS y la VO y el grado de concordancia entre éstas. Determinar si un mayor deterioro del estado nutricional se asocia con los estadios más avanzados de cirrosisevaluados por Child-Pugh y MELD y si la DCP se relaciona con la etiología de la hepatopatía. MATERIALES Y MÉTODOS: Se incluyeron 168 pacientes de ambos sexos, >18 años, ambulatorios ó internados en nuestro Hospital entre mayo de 2009 y octubre de 2010, con cirrosis en los que se realizaron la VGS y la VO. Se excluyeron aquellos con hepatocarcinoma, HIV ó neoplasias. Se calculó el estadio de Child-Pugh y el MELD. ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Análisis de la varianza (ANOVA) y Chi cuadrado, siendo el nivel de significación establecido alfa= 0.05. Se estimó el coeficiente de concordancia Kappa ponderado entre la VGS y la VO. RESULTADOS: Pertenecían al sexo femenino 102 (60,7%) pacientes. La edad promedio fue 60,6?12 años. La etiología de la cirrosis fue viral (HCV/HBV) en 70 casos (41.7%), alcohólica en 26 (15,5%), criptogénica en 22 (13 %), autoinmune en 19 (11,3%), cirrosis biliar primaria en 15 (8,9%) y otras en 16 (9,6%). El 63,7% tenía un estadio Child-Pugh A y el 84,5% un MELD <15. El riesgo de desnutrición (RD) o desnutrición (D) fue 69,7% con la VGS (29,8% con desnutrición severa –DS-) y con la VO fue 48,8% (8,4% DS). La etiología alcohólica mostró DN severa en el 58,6% (VGS) y en el 30% (VO), hallazgo que fue significativamente superior comparado con las otras etiologías (p=0.002 y p=0,001, respectivamente). La concordancia entre ambas métodos fue baja (Kappa=0,30 - IC95 0,20-0,40). La VO mostró RD o D en 41,5% de aquellos con Child A (DS 2,8%), 56,8% en Child B (DS 11,3%) y en Child C 72,2% (DS 33,3%). Hubo correlación entre la VO y el estadio de la cirrosis según los Scores de Child-Pugh y MELD (Chi2=21,4;gl=4;p=0,0003 y F=6,32; p=0,002) así como también con la VGS (Chi2=53,5;gl=4;p<0,0001 y F=28,3 ;p<0,001). El análisis post hoc mostró que la DS según la VO y la VGS fue significativamente superior en aquellos con Child-Pugh C y MELD ›15. CONCLUSIONES: Aunque existe una baja concordancia entre la VGS y VO ambos metodos permitieron identificar un elevado porcentaje de pacientes desnutridos .La VO por personal especializado seria prioritario para el manejo del estado nutricional. La desnutrición más severa se observo en la cirrosis de etiología alcohólica. Existe una estrecha correlación entre el grado de severidad de desnutrición y los scores de Child-Pugh y MELD.

TO/O-32

DISFUNCIÓN MITOCONDRIAL EN MODELOS MURINOS DE ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA DE ETIOLOGÍA NO ALCOHÓLICA: ROL DEL ÓXIDO NÍTRICO SINTASA MITOCONDRIAL

Barreyro, FJ(1); Finocchietto, PV(1); Holod, S(1); Carreras, MC(1); Poderoso, JJ(1)
(1)Laboratorio de Metabolismo del Oxigeno, Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires. Argentina.

La enfermedad hepática grasa de etiología no alcohólica (EHGNA) primaria vinculado a la obesidad y resistencia a la insulina, es la causa más frecuente de enfermedad hepática en la actualidad. Varios trabajos recientes indican que la disfunción mitocondrial juega un papel crítico en la iniciación y progresión de la EHGNA, describiéndose una estrecha relación entre el aumento en la nitración de proteínas con la disfunción mitocondrial. Trabajos previos de nuestro grupo han demostrado que la insulina regula la síntesis de óxido nítrico (NO) en las mitocondrias. La NO sintasa transloca a la mitocondria (mtNOS), donde sintetiza NO. En las mitocondrias, la concentración de NO modula la transferencia de electrones, la captación de oxigeno y la producción de especies reactivas de oxígeno. Por lo tanto nuestro objetivo fue determinar la actividad y expresión de mtNOS en el hígado de los modelos murinos de EHGNA. MÉTODOS: Se utilizaron dos modelos de EHGNA, 1) el ratón ob -/- deficiente en leptina, y 2) el C57BL/6J como wild-type (WT) alimentados con una dieta alta en grasa (HFD). Las mitocondrias hepáticas fueron purificadas. La síntesis NO mitocondrial se determinó por citometría de flujo con DAF. La expresión de mtNOS se evaluó por inmunoblot, QRT-PCR y su localización por inmunomicroscopía electronica. Se determinó el consumo de oxígeno mitocondrial (VO2), el potencial de membrana (Δ″) y la actividad de los complejos respiratorios mitocondriales. Los MRC se separaron por BN-PAGE, y 3-nitrotirosina (3NT) fue detectada por inmunoblot. RESULTADOS: 1) Los ratones ob -/- y ratones alimentados con HFD tienen un aumento significativo de la expresión y actividad de mtNOS. 2) El Δ″ mitocondrial y el VO2 se redujo significativamente (-32%, p <0,05). 3) La actividad del Complejo I se redujo notablemente (-61%, p <0,05), no hubo cambios significativos en la actividad de los Complejos II-III y IV. 4) De acuerdo con la baja actividad, el Complejo I presenta aumento de 3 veces de 3NT. 5) EL tratamiento con leptina normaliza la actividad de mtNOS, la bioenergética mitocondrial y la actividad del Complejo I, con una significativa reducción en 3NT. CONCLUSIONES: a) las mitocondrias de hígado de los ratones ob -/- y WT con HFD están expuestos a altas concentraciones de NO lo que conduce a un aumento en la nitración del Complejo I y reducción de su actividad, b) Del mismo modo, más del 60% de inhibición Complejo I contribuye a la baja captación de O2, c) El incremento de NO depende de la alta expresión de mtNOS y, probablemente, indica que la insulina aumenta la actividad mtNOS y la leptina reduce la actividad mtNOS, d) por lo tanto, en estos modelos murinos de EHGNA, el equilibrio entre la sensibilidad de leptina e insulina tienden a mantener el hipometabolismo mitocondrial y a favorecer la esteatosis hepática.

TO/O-33

LA SOBRE-EXPRESIÓN DE LA PROTEÍNA ANTIAPOPTOTICA MCL-1 NO ATENÚA EL DAÑO HEPÁTICO EN LA ESTEATOHEPATITIS NO-ALCOHÓLICA

Barreyro, FJ(1, 2); Marucci, RS(2)
(1)Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga, Posadas, Misiones (2)Departamento de Microbiología, Facultad de Ciencias Exactas, Quimicas y Naturales, Universidad Nacional de Misiones. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La muerte celular por apoptosis es una pieza clave de la fisiopatología de la esteatohepatitis no-alcohólica (NASH), contribuyendo al daño hepático y la fibrosis. Se ha descripto que ambas vías apoptóticas intrínseca y extrínseca están involucradas en la patogenia del NASH, estas vías utilizan la activación de las proteínas de la familia BCL-2 generando disfunción mitocondrial y apoptosis. Ha sido descripto que la proteína anti-apoptotica MCL-1 de la familia BCL-2 evita la muerte celular por apoptosis en el hígado. Recientes trabajos demuestran que la proteína MCL-1 se encuentra disminuida en los modelos de NASH in vitro, favoreciendo la lipoapoptosis hepatocitaria. Por lo tanto, nuestro objetivo fue determinar si la sobre expresión de MCL-1 disminuye el daño hepático y la fibrosis en un modelo murino de NASH. MÉTODOS: se utilizaron ratones C57/BL6J transgénicos que sobre expresan la proteína MCL-1 en el hígado y ratones wild type como control, fueron alimentados con dieta regular o dieta rica en grasas (HFD) durante 20 semanas. La apoptosis de los hepatocitos se evaluó por TUNEL y medición de la actividad de caspasa-3. El daño hepático se evaluó por histología, y determinación de ALT y AST. La esteatosis hepática fue medida por el contenido de triglicéridos hepáticos. Se utilizó PCR cuantitativa en tiempo real (qPCR) para evaluar los marcadores de inflamación hepática (Interleuquina1-beta, IL1-b), activación de las células estrella hepática (CEH) (actina de músculo liso-alfa,aSMA) y fibrosis (colágeno1, Coll-1). La fibrosis hepática se cuantificó por Rojo Sirio. La comparación de los resultados se realizó utilizando ANOVA con test post hoc Student-Newman-Keuls. RESULTADOS: Los ratones tg-MCL-1 alimentados con HFD presentan un incremento de peso, glucemia y colesterol similar a los animales WT bajo dieta rica en grasas. Se observo que los ratones tg-MCL-1 presenta el mismo nivel de apoptosis determinado por TUNEL y activación de caspasa-3 que los ratones WT alimentados con dieta alta en grasas. Del mismo modo, los ratones alimentados con HFD tuvieron similar elevación de ALT y AST sérica. No observando diferencia en los scores de inflamación ni de fibrosis. En CONCLUSIÓN, estos datos demuestran que en el NASH, la apoptosis hepatocitaria es una pieza clave de daño celular y que la sobreexpresión de la proteína MCL-1 no atenúa el daño celular en este modelo murino de NASH.

TO/O-34

ELASTOMETRÍA HEPÁTICA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO EN LA ARGENTINA CON 1000 ESTUDIOS

Solari, J(1); Kucharczyk, M(2); Bandi, JC(1); Galdame, O(1); Garcia Monaco, R(2); Gadano, A(1)
(1)Sección Hepatología, Hospital Italiano de Buenos Aires (2)Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La elastometría transicional (FibroScan®) es una herramienta aprobada para la evaluación de la fibrosis en pacientes con hepatopatía crónica, la misma está disponible en Argentina desde el año 2009. No existen reportes de su utilización en Latinoamérica. OBJETIVO: Presentar los primeros 1000 estudios realizados en nuestro centro. MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizaron 1000 estudios entre agosto de 2009 y diciembre 2010. Se recavaron las variables clínicas, bioquímicas, ecográficas, endoscópicas e histológicas de todos los pacientes en caso de estar disponibles. Los estudios se realizaron por tres operadores experimentados y se utilizó una sonda médium. Se consideró válido el estudio con una tasa de éxito (SR) > 60% y una variación inter.-cuartilo (IQR) < 30%. RESULTADOS: La duración promedio del estudio fue de 8.3 minutos. El resultado se entregó a las 12 hs y no se observaron complicaciones. Las indicaciones se realizaron por médicos del hospital (53%) y externos (47%), siendo la etiología por HCV un 40%, NASH 20.8%, HBV 10.7%, colestasis 9.1%, otras (hepatitis crónia, alcohol, trasplantados y misceláneas) 19.4%. En los pacientes HCV+ se detectó fibrosis significativa ($F^{3}2$) por FibroScan ($^{3}7.1$kPa) en el 32.4%, para HBV ($^{3}7.0$ kPa) en el 32.1%, NASH ($^{3}6.6$ kPa) 31.5% y colestasis ($^{3}7.3$ kPa) 33.4%. No se pudieron obtener resultados válidos en un 2.8% de los pacientes, el 96.5% de estos pacientes tenían un BMI > 28; igualmente hubieron 117 pacientes con BMI > 28 en los que se realizó el estudio sin dificultades. En 332 (33.2%) pacientes pudimos obtener una biopsia simultanea con el fibroscan (diferencia £ 6 meses). Observamos una concordancia del 77% en forma global. Cuando discriminamos los pacientes HCV +, la concordancia fue similar: 74.5%. Comparamos biopsia y elastometría en 21 pacientes trasplantados por HCV con una concordancia del 90.4%, si evaluamos los 4 que tenían medición del gradiente, la correlación es del 100%. Constatamos un descenso del 29.2% en la realización de biopsias hepáticas difusas para pacientes con HCV comparando el periodo agosto07-octubre08 con agosto09-diciembre/10. En comparación con nuestra primera serie de 348 estudios en marzo del 2010, observamos un marcado incremento en el número de estudios solicitados por mes y una mayor demanda por médicos externos a la institución. CONCLUSIÓN: la elastometría está siendo incorporada al panel de herramientas en el estudio de los pacientes con hepatopatías crónicas. El mayor número de estudios nos permite seguir corroborando la similitud de nuestra experiencia con lo reportado en series mayores a nivel mundial.

TO/P-01

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL - PH DE 24 HS EN LOS PACIENTES CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO.

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

INTRODUCCIÓN: La impedanciometría intraluminal multicanal – pH de 24 hs (IIM-pH) es un estudio de gran utilidad para la detección de todo tipo de reflujo, tanto ácido como no ácido y su asociación sintomática, superando así a la pHmetría que solo detecta episodios de reflujo ácido. Se encuentra especialmente indicada en aquellos pacientes con síntomas persistentes (típicos y atípicos) a pesar de estar bajo tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP). OBJETIVO: Describir las indicaciones de los pacientes que realizaron IIM-pH, la frecuencia de detección de reflujo ácido y no ácido y su relación sintomática. SUJETOS Y MÉTODOS: Fueron incluidos en forma consecutiva todos aquellos pacientes derivados para la realización de la IIM-pH desde julio de 2008 hasta abril de 2011. Se consideró pHmetría positiva aquella que presentaba un pH <4 en más del 4% del tiempo total del estudio. Se consideró impedanciometría positiva aquella que presentaba ≥ 73 episodios de reflujo. Se consideró un índice sintomático (IS) positivo cuando al menos la mitad de los episodios sintomáticos estaban relacionados con episodios de reflujo. RESULTADOS: Se incluyeron en forma consecutiva 136 pacientes, 61 (45%) hombres, edad media 53 años (rango 18- 87 años). Dos pacientes fueron excluidos del análisis por no completar el estudio. El tiempo de duración medio del estudio fue de 21.4 Hs. Las indicaciones para la realización del estudio fueron:1) síntomas típicos (pirosis y/o regurgitación) en 75 (56%) pacientes, 2) síntomas típicos refractarios al tratamiento con IBP en 14 (10%) pacientes, 3) síntomas supraesofágicos (tos crónica, disfonía, carraspera, globus, odinofagia, dolor de pecho, asma) en 26 (19%) pacientes, 4) síntomas supraesofágicos refractarios al tratamiento con IBP en 11 (8%) pacientes, 5) síntomas inespecíficos (ardor faríngeo, mucosidad faríngea, epigastralgia) en 10 (7%) pacientes. Se excluyeron del análisis 17 pacientes (12 %) que realizaron el estudio intratratamiento con doble dosis de IBP. En el grupo de pacientes con pHmetría positiva (n=63) la IIM fue positiva en 32 pacientes: 28 (44%) pacientes a predominio de reflujo ácido y 4 (6%) pacientes a reflujo no ácido. En el grupo de pacientes con pHmetría negativa (n=54) la IMM fue positiva en 7 pacientes: 2 (4%) pacientes a predominio de reflujo ácido y 5 (9%) pacientes a reflujo no ácido. 102/117 pacientes (88%) presentaron síntomas durante el estudio. De los cuales, 42 (36%) presentaron un IS negativo y 61 (52%) pacientes presentaron un IS positivo. CONCLUSIONES:La IIM permitió detectar pacientes con reflujo que no fueron detectados por la pHmetría convencional. Si bien el grupo de pacientes analizados fue heterogéneo, estudios posteriores con mayor número de pacientes permitirían el análisis de los distintos subgrupos.

TO/P-02

VARIABLES DE CORRELACION SINTOMATICA EN PACIENTES CON REFLUJO GASTROESOFAGICO PATOLOGICO

Lasa, JS(1); Dima, G(1); Peralta, AD(1); Novillo, A(1); Besasso, H(1); Soifer, LO(1)
(1)Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC. Buenos AIres, Argentina

INTRODUCCION: En la evaluación de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, puede ser necesaria la realización de un estudio de pHmetría de 24 horas. En estos casos, es importante la confirmación de la relación entre episodios de reflujo y síntomas. Actualmente existen tres índices de correlación: el Indice Sintomático (IS), el Indice de Sensibilidad Sintomática (ISS) y la Probabilidad de Asociación Sintomática (PAS). OBJETIVO: estudiar la utilidad clínica de los índices pH- métricos de correlación sintomática en pacientes con reflujo gastro esofágico ácido patológico.
MATERIALES Y METODOS: Se realizó un estudio transversal de los estudios de pH-metría desde septiembre de 2008 hasta junio de 2010. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico con pH-metría de 24 horas, con un score de deMeester patológico (mayor a 14.5). Fueron revisados manualmente los estudios de pH-metría dividiendo los mismos en intervalos de 5 minutos y registrando por cada intervalo, la presencia de reflujo, dividiendo los mismos en episodios de reflujo ácido fuerte (pH<4) y ácido débil (pH >7 y <4). Se determinaron los episodios de reflujo con correlación sintomática. Se calcularon manualmente los siguientes parámetros: IS, ISS y PAS para reflujo ácido fuerte y débil respectivamente. Se utilizó el test de Fisher para el cálculo de los PAS, y el test de diferencia de proporciones mediante intervalos de confianza del 95% para la comparación de variables categóricas. RESULTADOS: Fueron incluidos 20 pacientes, con una edad promedio de 54,5 años. 11 fueron varones. Los pacientes presentaron en total 116 episodios sintomáticos, con una media de 5,8/paciente. El total de los episodios de reflujo fue de 2189, con 1634 episodios de reflujo ácido fuerte (81.2±33.68/paciente), y 555 correspondientes a reflujo ácido débil (27.75±15.68/paciente). Se calcularon los índices antedichos para cada sujeto. En 12 (60%) el IS para reflujo ácido fuerte fue positivo.12 presentaron un ISS positivo(60%). De ellos, también 11 (es decir, el 91,66%) presentaron un IS positivo, indicando una alta coincidencia en la positividad de ambas variables para pacientes con reflujo ácido fuerte. Sólo 4 presentaron un PAS positivo (20%) (P<0.05) . Estos últimos pertenecían al grupo de IS y ISS positivos. Sólo dos pacientes presentaron un IS positivo para reflujo ácido débil, ninguno de los cuales presentaron IS para reflujo ácido fuerte positivo (P<0.05). Ninguno presentó un PAS para reflujo ácido débil significativo. Con el cálculo del ISS para episodios ácidos débiles, el 30% de pacientes presentó una correlación positiva: en este subgrupo se encuentran incluidos los dos pacientes IS positivos.
CONCLUSIONES: observamos un mayor número de episodios de reflujo ácido fuerte en este grupo de pacientes, con un bajo número de episodios sintomáticos. Dentro de los índices calculados, el IS y el ISS encontraron mayor cantidad de correlación sintomática con respecto al PAS.

TO/P-03

ALTERACIONES DE LA MOTILIDAD ANORRECTAL INVESTIGADAS POR MANOMETRÍA RECTO ANAL DIGITAL, PRESENTES EN LOS PACIENTES CON ACALASIA ESOFÁGICA

Pellizzoni, MS(1); Ventura, AV(1); García, AI(1); Contreras, MV(1); Daino, DF(1); Alach, JE(1); Romé, JC(1)
(1)Hospital San Roque de Gonnet. Argentina

INTRODUCCIÓN: La acalasia esofágica es un desorden de la motilidad del esófago caracterizado principalmente por la destrucción de las células ganglionares inhibitorias del plexo mientérico, alterando la relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) y provocando pérdida de la peristalsis del cuerpo del esófago. Si bien la acalasia primaria podría corresponder a una alteración local de los plexos nerviosos; buscando una similitud a la enfermedad de Chagas, en la cual pueden coexistir acalasia y megacolon, se decidió investigar las alteraciones de los plexos rectoanales a través de manometría digital.
OBJETIVO: El objetivo del presente estudio es investigar la prevalencia de las alteraciones de la motilidad anorrectal, estudiada a través de manometría digital, en pacientes con acalasia esofágica. PACIENTES Y METODO: Se presenta un corte transversal de un estudio descriptivo, prospectivo y a simple ciego, donde se seleccionaron pacientes adultos, hombres y mujeres, atendidos en el consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del HIGA San Roque de Gonnet, entre mayo de 2010 y marzo de 2011, con diagnóstico radiológico, endoscópico y manométrico, de acalasia esofágica. Se consideraron criterios de exclusión: pacientes que no aceptaron el protocolo de este trabajo de investigación y aquellos en tratamiento con medicación que pudiere alterar el funcionamiento normal de las estructuras anorrectales. A todos los que cumplieron los criterios de inclusión se les realizó manometría anorrectal (MAR) convencional de perfusión de 4 canales, buscando los parámetros tradicionales de longitud del canal anal, presiónes de reposo y contracción voluntaria, respuesta al pujo, a la tos, reflejo rectoanal inhibitorio(RRAI), volúmenes de tolerancia máxima, sensación defecatoria, umbral sensorial y compliance rectal. RESULTADOS: Se estudiaron 5 pacientes (3 mujeres y 2 hombres) con una edad promedio de 57,8 años (rango: 34-78), 4 presentaban acalasia idiopática y 1 paciente acalasia secundaria a enfermedad de Chagas. A todos ellos se les realizó MAR convencional y los resultados obtenidos fueron: 4 pacientes con disminución de la sensibilidad rectal, uno de ellos con Chagas. Este último presentó además ausencia del RRAI. De los 4 pacientes con alteraciones manométricas, 3 eran asíntomáticos y 1 constipado crónico (criterio de Roma III). CONCLUSIÓN: Se realiza la presentación preliminar de un estudio de la motilidad rectoanal, en pacientes con acalasia esofágica donde se observa que existen alteraciones manométricas principalmente relacionadas con disturbios en la sensibilidad rectal. Solo uno de los pacientes manifestaba síntomas de constipación crónica. La ausencia del RRAI sólo se observó en el paciente chagásico. Se necesitan estudios con muestras de mayor tamaño y mayor tiempo de seguimiento para evaluar la posible asociación de alteraciones manométricas anorrectales en pacientes con acalasia esofágica

TO/P-04

OCURRENCIA DE SIGNOS DE COMPROMISO DEGLUTORIO EN LOS ESTUDIOS VIDEOFLUOROSCOPICOS DE LA DEGLUCION.

Lasa, JS(1); Peralta, AD(1); Dima, G(1); Soifer, LO(1)
(1)Sección de Gastroenterología. Departamento de Medicina Interna, CEMIC. Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCION: La deglución es un complejo proceso que puede dividirse en tres fases: oral, faríngea y esofágica. Alteraciones en una o más fases pueden coexistir en el mismo paciente . El estudio videofluoroscópico de la deglución, es un método sumamente útil para la evaluación dinámica de las tres fases de la deglución. OBJETIVO: Estimar la ocurrencia de los signos de compromiso deglutorio en cada una de las fases examinadas en los estudios videofluoroscópicos de la deglución. MATERIALES Y METODOS: Fue diseñado un estudio transversal, donde se revisaron los resultados de los estudios de videodeglución solicitados por diversos servicios en nuestro hospital desde julio de 2009 hasta julio de 2010 en pacientes que presentaban los siguientes síntomas o trastornos: disfagia, globus, tos crónica, pirosis, regurgitación, dolor de pecho, neumopatías y laringitis. Se confeccionó una base de datos con cada una de las alteraciones observadas en las tres fases descriptas de cada estudio revisado por el grupo de gastroenterología. La ocurrencia de cada trastorno diagnosticado fue calculada en término de porcentajes. RESULTADOS: Se revisaron 204 estudios, que presentaron un total de 507 hallazgos patológicos. 46 estudios fueron considerados normales. 71 presentaron alteración en más de una fase, con 17 presentando alteraciones en las tres fases. El hallazgo patológico más frecuente fue la hernia hiatal (n=72; 14.2%). La prevalencia de los demás hallazgos patológicos se expresan en la Tabla 1. CONCLUSIONES: Observamos un porcentaje alto de hallazgos patológicos en los estudios de videodeglución, con predominancia de alteraciones en la fase esofágica. Es importante, por ende, efectuar el estudio de todas las fases, incluida esta última, dada la frecuencia de alteraciones encontradas en la misma. Existe un porcentaje no despreciable de casos en los que se observaron una alteración en más de una fase de la deglución

Tabla 1. Frecuencia de hallazgos anormales por fases de la deglución

		N	%	% (del total de alteraciones)
Fase Oral	Caída prematura a la faringe	46	43.8	9.07
	Deglución Fraccionada	17	16.19	3.35
	Movimientos incoord. de la lengua	15	14.28	2.95
	Otras	27	27.31	5.32
Fase Faríngea	Retención valecular	51	31.28	10.05
	Penetración	48	29.44	9.46
	Aspiración	26	15.95	5.12
	Otras	38	23.31	7.49
Fase Esofágica	Hernia hiatal	72	29.03	14.2
	Retardo de vaciamiento esof. en decúbito	35	14.11	6.9
	Anillo de Schatzki	28	11.29	5.52
	Otras	113	45.56	22.28

TO/P-05

CUERPOS EXTRAÑOS EN ESOFAGO

Ruiz, MM(1); Ferrer, L(1); Idoeta, A(1); Gibelli, D(1); Defagó, MR(1)
(1)Servicio de Gastroenterologia, Hospital San Roque, Córdoba, Argentina

INTRODUCCIÓN: Los cuerpos extraños esofágicos en adultos constituyen una entidad frecuente en la urgencia diaria. La ingestión es habitualmente accidental o involuntaria. Los más frecuentes son carne, huesos y espinas de pescado entre otros.
OBJETIVO: Analizar en forma retrospectiva nuestra experiencia en el manejo de cuerpos extraños en esófago. MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron las historias clínicas e informes endoscópicos de pacientes con sospecha de cuerpo extraño esofágico, valorados enla División de Gastroenterología del Hospital San Roque, desde mayo 2009 hasta abril 2010. Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo. RESULTADOS:Se valoraron 63 pacientes, 35 (56%) mujeres y 28 (44%) hombres. La edad promedio fue de 50 años con un rango de 17-86 años. Los síntomas predominantes fueron sialorrea 12 (19%) pacientes, sensación de cuerpo extraño 11 (17%), disfagia 11 (17%), odinofagia 8 (13%), dolor retroesternal 6 (10%) entre otros. Tres (5%) pacientes tenían diagnóstico de Cáncer de esófago en tratamiento con radioterapia y dos (3%) historia previa de cuerpo extraño. El tiempo de evolución promedio entre la ingesta del cuerpo extraño y la consulta fue de 47 horas, con un rango de 1-240 horas. Los tipos de cuerpo extraño más frecuentes fueron carne 22 (35%) pacientes, hueso de pollo 11 (17%), prótesis dental 8 (13%), espina de pescado 6 (10%) y otros 8 (13%). En 40 (64%) pacientes el cuerpo extraño se localizó en tercio superior del esófago, 21 (33%) en tercio inferior y 2 (4%) en tercio medio. El laboratorio reveló leucocitosis y eritrosedimentación acelerada en 3 pacientes (5%), los que requirieron internación y realización de TAC. cervicotorácica sin objetivar signos de microperforación. En todos los pacientes se realizo Rx. de cuello (F y P) y tórax, observándose en 2 (3%) casos cuerpos metálicos, uno a nivel C6–C7 y otro por debajo del diafragma. La endoscopía se realizó dentro de las primeras 24 horas de la consulta en todos los pacientes. Se utilizó sobretubo en 23 pacientes (37%). El 96% (61) de los casos se resolvió mediante el uso de endoscopio flexible, un caso con endoscopio rígido y otro por ORL. En 40 (63%) pacientes el cuerpo extraño se progresó a estómago, en 21 (33%) la extracción fue completa con endoscopio flexible, 1 (1.5%) con endoscopio rígido y otro (1.5%) por ORL. Las complicaciones menores más frecuentes fueron erosiones y pequeñas ulceraciones de la mucosa por decúbito del cuerpo extraño, no hubo complicaciones en relación al procedimiento. Todos los pacientes tuvieron buena evolución clínica.
CONCLUSIÓN: La Videoendoscopía Digestiva Alta es el procedimiento de elección para la extracción de cuerpos extraños, debiendo realizarse dentro de las primeras 24 horas del ingreso para minimizar riesgos y complicaciones.

TO/P-06

VACIAMIENTO GÁSTRICO EN DISPEPSIA FUNCIONAL

Lopez Gaston, AR(1); Lopez De Luise, GA(2); Sarmiento, A(1)
(1)Hospital Militar Central Cosme Argerich (2)Hospital B. Rivadavia. Argentina.

INTRODUCCION: Más allá de las dificultades que existen para definir a la dispepsia funcional, en los últimos años han aumentado las investigaciones sobre la fisiopatología de una afección frecuente en la población general. Entre las hipótesis propuestas, en la actualidad se descarta prácticamente a la hipersecreción ácida y a la infección crónica (especialmente por Helicobacter pylori). La mayor atención ha sido puesta inicialmente sobre los trastornos motores antrales, duodenales y antroduodenales. No obstante, en la bibliografía mundial sólo algo más de la mitad de los pacientes con DNO presentan alteraciones en el vaciamiento gástrico o en los registros motores. El objetivo del trabajo fue estudiar el vaciamiento gástrico en pacientes dispépticos y compararlos con un grupo control. POBLACION Y MUESTRA: 18 pacientes control (9 hombres y 9 mujeres, media edad 45.9, SD 15.8, SE 7.3, IC 95% 38.6-53.2 años). 78 pacientes a muestra consecutiva según criterios de Roma III. 27 varones y 51 mujeres. (Media edad 54.2, SD 17.3, SE 1.73, IC 95% 36.9-71.5). Comida mixta marcada preparada con dos huevos. Marcación con 99Tc en la clara de huevo. Fijación del 98% y estabilidad del 95% del isótopo, cocinados como omelette, dos rebanadas de pan blanco (300 Cal) y 250 ml. de agua. Densidad calórica 0.77 KCal/gr. : 22% de proteínas, 38% de hidratos de carbono y 40% de lípidos. Luego de la ingesta se realizó el conteo con cámara gamma en la zona de interés con lectura anterior y posterior. Determinaciones a los 5, 10, 15, 30, 45, 60 y 120 minutos post-ingesta. Duración de la fase “lag” y de la pendiente de vaciamiento. ESTADISTICOS: Descriptivos, Anova, “ji” cuadrado, Regresion logística. RESULTADOS: En los pacientes control la media de la fase “lag” fue de 10.46 minutos (SEM 1.38, SD 2.99, IC 95% 7.76-13.16). El promedio del tie¬mpo medio fue de 71.8 minu¬tos (SEM 4.13, SD 14.9, IC 95% 63.7-82.9). Límite normal => 110 minutos. Diferencias estadísticamente significativas con DF: fase “lag” 15.74 (SEM 2.23, IC 95% 11.37-20.11) y del tiempo medio de 120.35 minutos (SEM 10.56, IC 95% 99.7-141.04, $p<0.05$)). En total, 60.43 % de los pacientes presentaron alteraciones en el vaciamiento gástrico. No se observaron diferencias por sexo ni correlación con síntomas ($p>0.05$). CONCLUSION: Casi dos tercios de los pacientes dispépticos muestran alteraciones motoras, y no se correlacionan con ninguna otra variable.

TO/P-07

CITOPROTECCION GASTRICA INDUCIDA POR DIACEREIN ANTE LA AGRESION DEL ETANOL EN RATAS.

Bedini, OA(1); Naves, A(1); San Miguel, P(1); Chaves, J(1); Yulita, P(1); Rosatti, A(1); Serur, ME(1); Settecasi, J(1); Laudanno, OM(1); Sanvido, J(1); Cesolari, JA(2); Crosio, E(1)
(1)Gastroenterología Experimental . Facultad de Ciencias Médicas. UNR. (2) Gastroenterología Experimental . Cátedra de Histología y Embriología. Facultad de Ciencias Médicas. UNR. Argentina.

INTRODUCCION: El Diacereín (Dia), indicado para el tratamiento de la osteoartritis, es una forma acetilada del compuesto natural reína, el cual es de tipo antraquinónico. Actúa inhibiendo la producción de interleucina I (IL 1) así como la producción y liberación de enzimas como la colagenasa y estromelisina. El objetivo de este trabajo fue evaluar el efecto producido por el Dia sobre la mucosa gástrica de ratas sometidas a la acción del etanol absoluto (ETOH). MATERIAL Y MÉTODO: A grupos de ratas (n= 7) de línea M, 400 ± 25 grs de peso en ayunas de 24 hs, excepto agua ad-libitum, se le realizaron los siguientes experimentos: 1) Solución Fisiológica (SF), 2 ml, en forma oro-gástrica (OG) y se esperó 60 min; 2) Etanol 96º (ETOH) 1 ml, OG 1 ml, y se esperó 30 min; 3) Dia 50 mg, OG, 2ml, 60 min; 4) Dia 100 mg, OG, 2 ml, 60 min; 5) Dia 100 mg, OG 2 ml, 60 min, luego ETOH, 1 ml, OG, 30 min. Luego del tiempo estipulado de los experimentos, todas las ratas fueron sacrificadas con sobredosis de éter, se realizó laparotomía, gastrectomía, apertura por curvatura mayor gástrica, tabulación del porcentaje (%) del área lesional macroscópica gástrica medido por planimetría computarizada y se obtuvieron cortes para estudios histológicos e histopatológicos, que fueron fijados con formol al 10% y coloreados con Hematoxilina-Eosina (H-E), PAS y Alcian Blue. En la evaluación estadística de los resultados se usó la t de Student y el ANOVA. Los resultados fueron expresados como X ± DS y se consideró la p <0,05 como significativa. RESULTADOS: Macroscópicamente: en % 1) 0.0; 2) 35.5 ± 5.5 (p< 0.001); 3) 0.0 ± 0.1 (p< 0.001); 4) 0.0 ± 0.1 (p< 0.001); 5) 0.0 ± 0.1 (p< 0.001). Microscópicamente: 1) mucosa normal; 2) se observan áreas de necrosis y hemorragia en mucosa; 3, 4 y 5) sin lesiones histológicas. CONCLUSIONES: Diacerein, un modulador dela IL 1, actuó como citoprotector gástrico ante la agresión del etanol absoluto sobre la mucosa gástrica de ratas.

TO/P-08

EFECTO DE LA ADMINISTRACION CRONICA ORAL DE SILDENAFIL SOBRE VARIOS ORGANOS ABDOMINALES Y EXTRAABDOMINALES EN RATAS

Bedini, OA(1); Naves, A(2); San Miguel, P(2); Chaves, J(2); Yulita, P(2); Rosatti, A(2); Serur, ME(2); Settecasi, J(2); Cicero, E(2); Laudanno, OM(2); Cesolari, JA(3); Crosio, E(2); Sanvido, J(2)
(1)Depto. Gastroenterología Experimental. Facultad de Ciencias Médicas. UNR
(2)Depto. Gastroenterología Experimental. Facultad de Ciencias Médicas. UNR
(3)Depto. Gastroenterología Experimental. Cátedra de Histología y Embriología.Facultad de Ciencias Médicas. UNR. Argentina.

OBJETIVO: Evaluar la acción y el efecto sobre diferentes órganos abdominales y extra abdominales del Sildenafil (SIL), un inhibidor selectivo de la fosfodiesterasa tipo 5 que actúa sobre el GMPc , administrado por vía oral a ratas y en forma diaria, durante 35 días. MATERIAL Y MÉTODO: A grupos de ratas Wistar (Nº=10) de 200 ± 30 gr de peso con alimentación ad-libitum, se les realizaron los siguientes experimentos: Grupo I (control): Solución Fisiológica (SF) durante 35 días, como bebida diaria. Grupo II: se administró a cada animal 1 comprimido de 50 mg de SIL diluído en 60 ml de agua en forma diaria, colocado en un bebedero individual por jaula. Diariamente se realizó el cambio del agua agregando el comprimido de SIL a cada jaula. Las ratas fueron sacrificadas a los 35 días por sobredosis de éter, se realizó laparotomía mediana y se obtuvieron muestras de los siguientes órganos de probada actividad de la fosfodiesterasa tipo 5: estómago, intestino delgado y grueso, hígado, páncreas, bazo, corazón, pulmón y globo ocular. Las muestras fueron fijadas en formol al 10% y remitidas para su estudio anatomopatológico para tinciones con PAS, Hematoxilina Eosina y Alcian Blue. RESULTADOS: Macroscópicamente: tanto en el grupo control como en el grupo en estudio no se observaron alteraciones en los diferentes órganos. Microscópicamente: en grupo control, no se hallaron lesiones. En el grupo en estudio se halló: congestión vascular de grado diverso en todos los órganos estudiados, siendo los elementos arteriales observados en los distintos órganos de calibre más pequeño que los del grupo control. En cambio, se observó la presencia de vasos venosos submucosos en el colon, con una congestión generalizada importante y dilatación muy marcada de sus luces. A nivel del globo ocular se observó focos de edema subcapsular del cristalino, sin degeneración cataratosa de las fibras cristalinianas. CONCLUSIONES: la ingestión oral crónica, de 50 mg de SIL administrados en 60 ml de agua en forma diaria a ratas y durante 35 días, mostró una importante dilatación de los vasos venosos submucosos del colon con congestión y dilatación muy marcada de sus luces. Se observó además, focos de edema subcapsular del cristalino.

TO/P-09

EFECTO PROTECTOR DEL DIACEREIN, NO DEPENDIENTE DE PROSTAGLANDINAS ENDOGENAS (PGE), EN MUCOSA GASTRICA (MG) DE RATAS

Bedini, OA(1); Naves, A(1); Laudanno, OM(1); San Miguel, P(1); Chaves, J(1); Yulita, P(1); Rosatti, A(1); Serur, ME(1); Settecasi, J(1); Cesolari, JA(2); Sanvido, J(1); Crosio, E(1)
(1)Depto. Gastroenterología Experimental. Facultad de Ciencias Médicas . UNR.
(2)Depto. Gastroenterología Experimental. Cátedra de Histología y Embriología. Facultad de Ciencias Médicas . UNR. Argentina.

INTRODUCCION: El Diacereín (Dia) es una forma acetilada del compuesto natural reína, la cual es de tipo antraquinónico y actúa inhibiendo la producción de interleucina I. OBJETIVO: El objetivo de este trabajo fue evaluar la acción del Dia sobre la MG así como ante la agresión de la misma por indometacina (Indo) y si su acción es dependiente o no, de las PGE de la MG. MATERIAL Y MÉTODO: A grupos de ratas (n=7) línea M de 400 ± 25 grs de peso en ayunas de 24 hs, excepto agua ad-libitum, se realizaron los siguientes experimentos: 1) Solución Fisiológica (SF), 2 ml en forma oro-gástrica (OG) y se esperó 60 min; 2) Dia 50 mg , OG, 2ml , 60 min. ; 3) Dia 100 mg, OG, 2 ml , 60 min.; 4) Indo 75 mg /kg, OG, 120 min. 5) Indo 75 mg / kg intramuscular (IM), 120 min. 6) Indo 75 mg / kg, IM, 120 min. luego Dia 100 mg, OG, 60 min; 7) Dia 100 mg, OG 2 ml , 60 min. luego Indo 75 mg /kg IM, 24 hs. 8) PgE2, 200µg/kg, OG, 60 min, luego Dia, 100 mg OG, 60 min; Luego de los tiempos estipulados para los experimentos, las ratas fueron sacrificadas por sobredosis de éter, se realizó laparotomía mediana, se removió el estómago, se realizó su apertura por su curvatura mayor, y se obtuvo el porcentaje (%) en mm del área lesional por planimetría. Posteriormente se obtuvieron cortes para estudios histológicos e histopatológicos. RESULTADOS: En la evaluación estadística de los resultados se usó la t de Student y el ANOVA. Los resultados fueron expresados como X ± DS y se consideró la p <0,05 como significativa Resultados: Macroscópicamente:1) 0.0; 2) 0.0 ± 0.1; 3) 0.0 ± 0.1; 4) 22.5 ± 5.5 (p< 0.001); 5) 25.5 ± 5.5 (p< 0.001); 6) 0.50 ± 0.05 (p< 0.01); 7) 2.5 ± 0.5 (p< 0.01); 8) 0.0 ± 0.1 (p< 0.001). Microscópicamente se observaron: 1, 2 y 3) mucosa normal; 4) áreas de erosión del epitelio superficial y extravasación de hematíes; 5) áreas de erosión del epitelio superficial, con necrosis de las células subyacentes; 6) mínimas erosiones superficiales con hemorragia; 7) micro erosiones superficiales; 8) mucosa normal. CONCLUSIONES: 1) Dia no produce daño dela MG 2) Dia protege ala MG del daño producido por Indo. 3) El mecanismo citoprotector de Dia, no depende de PGE.

TO/P-10

TRANSMISIÓN DE LA BACTERIA HELICOBACTER PYLORI A PARTIR DEL AGUA

Sarem, M(1); Macías, M(1); Amendola, R(2); Bori, J(2); Corti, R(2)
(1)Instituto Universitario de Ciencias de la Salud - Fundacion H. Barceló (2)Sección de Esófago y Estómago - Hospital B. Udaondo. Argentina.

INTRODUCCIÓN: El Helicobacter pylori (Hp) es un factor etiológico de la gastritis crónica activa, úlcera péptica, cáncer y linfoma MALT gástrico. Se ha propuesto que la transmisión del Hp se da vía oral-oral o fecal-oral. Varios animales, la placa dentaria, la saliva, la materia fecal, el agua, el biofilm de los sistemas de distribución de agua entre otros, son considerados como posibles reservorios de dicha bacteria. OBJETIVO: El objetivo de este trabajo fue observar en animales de laboratorio la posible transmisión del Hp a través del agua de consumo procedentes de 2 zonas diferentes del conurbano. MATERIALES Y MÉTODOS: Se utilizaron 18 ratas de la cepa Albinas, del mismo sexo, de 20 días de edad y al destete, con un peso inicial entre 30 - 40 g; se dividieron al azar en los siguientes 3 grupos: 1)grupo A: 6 ratas que se les administró agua de pozo proveniente dela Zona Sur del conurbano; 2) grupo B: 6 ratas que se les administró agua corriente proveniente de la zona Oeste de Tablada; 3)grupo C: 6 ratas que se les administró agua biodestilada de laboratorio. A todos los grupos se les suministró el agua y un alimento comercial balanceado seco en forma "ad libitum". El período de administración de agua fue de 2 meses para todos los grupos. Las ratas fueron mantenidas en le bioterio del IUCS en ciclo luz/oscuridad 12/12 horas. Al finalizar el período de 3 meses, los animales fueron sacrificados a fin de obtener biopsias del estómago, las cuales fueron procesadas y coloreados con Hematoxilina - Eosina. RESULTADOS: En la mayoría de las muestras de los grupos A y B se observó un proceso inflamatorio crónico leve en la lámina propia. En el resto de ellas se halló signos de inflamación crónica moderada a severa con predominio linfo-plasmocitario; las células inflamatorias se muestran concentradas alrededor de la base y se extienden más allá del tercio inferior de las glándulas gástricas. La presencia de linfocitos intraepiteliales, folículos o pseudofolículos linfoidesy signos de congestión vascular fue evidente en algunos sectores. Estas alteraciones patológicas fueron consideradas como un proceso de gastritis crónica activa leve y moderada. La inflamación fue más severa en el antro gástrico de algunas muestras. Tanto en las ratas del grupo A como en las del grupo B se observó elementos compatibles con la bacteria Hp. Estos hallazgos microscópicos no fueron encontrados en muestras de ratas del grupo control. CONCLUSIONES: Existe una relación entre el consumo de agua y la infección por el Hp que debe ser analizada y confirmada por medio de otros estudios de mayor número de animales y grupos y otros metodos de investigación.

TO/P-11

DETECCIÓN MOLECULAR DE HELICOBACTER PYLORI POR NESTED-PCR

Bucci, P(1); Barbaglia, Y(2); Juarez, L(2); Jimenez, F(2); Tedeschi, F(1); Zalazar, F(1)
(1)Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina (2)Servicio de Gastroenterologia, Hospital "Dr. J.M. Cullen", Santa Fe, Argentina

INTRODUCCIÓN: Helicobacter pylori es un patógeno gástrico de amplia distribución mundial, aceptado como agente causal de gastritis crónica, enfermedad ulcero péptica y factor etiológico importante en la secuencia que conduce al carcinoma gástrico. Diferentes metodologías han sido utilizadas para poner detectarlo, con diferentes grados de sensibilidad y especificidad clínicas (métodos inmunoquimicos, Test rápido de Urea, histología, PCR, etc). OBJETIVO: Nuestro objetivo es el optimizar un ensayo de identificación molecular de H. pylori por una PCR anidada, tomando un nuevo blanco de amplificación, el gen que codifica para la Heat Shock Protein 60 (HSP60) de H pylori . MATERIAL Y MÉTODOS: Se tomaron cortes de aproximadamente 10 mm de biopsias gástricas fijadas y embebidas en parafina de pacientes sintomáticos. Éstas fueron desparafinados y el ADN fue purificado utilizando dos procedimientos alternativos: a) una extracción convencional con solventes orgánicos y b) una purificación con un equipo comercial (NucleoSpin® Tissue , Macherey-Nagel GmbH &Co.). Con el ADN purificado se llevó a cabo una PCR con primers especificos de secuencia (HSP1: 5'AAGGCATGCAATTTGATAGAGGCT 3´ y HSP2: 5'CTTTTTTCTCTTTCATTTC CACTT-3´), con los siguientes perfiles termales: Desnaturalización inicial a 94°C 10 min y 30 ciclos de 94°C.(30 sec), annealing a 50°C (30 sec) y extensión por 1 min a 72°C. Luego de la primera PCR, una alícuota (2.5 ml) fue sometida a una segunda ronda de amplificación con el mismo perfil termal y con un par de primers internos (HSPN1: 5″-TTGATAGAGGCTACCTCTCC-3″ y HSPN2: 5'-TGTCATAATCGCTTGTCG TGC-3').La amplificación del gen de la Beta Globina humana fue usada como un control interno de la calidad de las muestras. La optimización incluyó también ensayos de especificidad, a partir de ADN purificado de microorganismos no relacionados (S aureus, S pneumoniae, E coli, HHV8). Los productos formados se analizaron por electroforesis en geles de agarosa teñidos con Bromuro de Etidio. RESULTADOS: Los dos procedimientos de purificación de ADN mostraron rendimientos similares: La amplificación a partir de las muestras positivas generó un fragmento de 590 pb en la primera ronda de amplificación y de 501 pb en la segunda ronda. Ninguna amplificación se obtuvo en los controles negativos. CONCLUSIÓN: El ensayo desarrollado es una eficiente alternativa a los métodos tradicionales de detección deH pylori, con una ganancia en términos de sensibilidad y especificidad. Por otra parte, aunque los dos métodos de purificación de ADN tuvieron rendimientos comparables, el método comercial testeado –además de no utilizar reactivos orgánicos tóxicos (como fenol y cloroformo)- ofrece ventajas en relación al tiempo de ejecución, impactando sobre el tiempo total de obtención de resultados.

TO/P-12

PREVALENCIA DEL GENOTIPO cagA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD GASTRODUODENAL INFECTADOS CON HELICOBACTER PYLORI DE LA PROVINCIA DEL CHACO

Medina, MG(1); Medina, ML(2); Lösch, S(3); Picon, S(4); Martin, G(5); Mosqueda, N(4); Dikstein, B(4); Merino, LA(1)
(1)Cátedra de Microbiología, Inmunología y Parasitología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste,Corrientes,Argentina. (2)Área de Bacteriología-Instituto de Medicina Regional-Universidad Nacional del Nordeste, Resistencia,Chaco,Argentina (3)Cátedra de Microbiología, Inmunología y Parasitología, Facultad de Medicina,Universidad Nacional del Nordeste,Corrientes, Argentina. (4)Servicio de Gastroenterología-Hospital Dr. Julio C. Perrando, Resistencia, Chaco, Argentina. (5)Servicio de Gastroenterología, Hospital Dr. Julio C. Perrando, Resistencia, Chaco, Argentina.

OBJETIVO: Evaluar la acción y el efecto sobre diferentes órganos abdominales y extra abdominales del Sildenafil (SIL), un inhibidor selectivo de la fosfodiesterasa tipo 5 que actúa sobre el GMPc , administrado por vía oral a ratas y en forma diaria, durante 35 días. MATERIAL Y MÉTODO: A grupos de ratas Wistar (Nº=10) de 200 ± 30 gr de peso con alimentación adlibitum, se les realizaron los siguientes experimentos: Grupo I (control): Solución Fisiológica (SF) durante 35 días, como bebida diaria. Grupo II: se administró a cada animal 1 comprimido de 50 mg de SIL diluído en 60 ml de agua en forma diaria, colocado en un bebedero individual por jaula. Diariamente se realizó el cambio del agua agregando el comprimido de SIL a cada jaula. Las ratas fueron sacrificadas a los 35 días por sobredosis de éter, se realizó laparotomía mediana y se obtuvieron muestras de los siguientes órganos de probada actividad de la fosfodiesterasa tipo 5: estómago, intestino delgado y grueso, hígado, páncreas, bazo, corazón, pulmón y globo ocular. Las muestras fueron fijadas en formol al 10% y remitidas para su estudio anatomopatológico para tinciones con PAS, Hematoxilina Eosina y Alcian Blue. RESULTADOS: Macroscópicamente: tanto en el grupo control como en el grupo en estudio no se observaron alteraciones en los diferentes órganos. Microscópicamente: en grupo control, no se hallaron lesiones. En el grupo en estudio se halló: congestión vascular de grado diverso en todos los órganos estudiados, siendo los elementos arteriales observados en los distintos órganos de calibre más pequeño que los del grupo control. En cambio, se observó la presencia de vasos venosos submucosos en el colon, con una congestión generalizada importante y dilatación muy marcada de sus luces. A nivel del globo ocular se observó focos de edema subcapsular del cristalino, sin degeneración cataratosa de las fibras cristalinianas. CONCLUSIONES: la ingestión oral crónica, de 50 mg de SIL administrados en 60 ml de agua en forma diaria a ratas y durante 35 días, mostró una importante dilatación de los vasos venosos submucosos del colon con congestión y dilatación muy marcada de sus luces. Se observó además, focos de edema subcapsular del cristalino.

TO/P-13

ENFERMEDAD CELÍACA: MANIFESTACIONES CLÍNICAS, HALLAZGOS SEROLÓGICOS, ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CHURRUCA

Scacchi, MA(1); Dolan, M(1); De Mingo, L(1); Fernandez, R(1); Rainero, G(1); Romo, R(1); Chaves, E(1); Barri, A(1); Quiroga, R(1); Caruso, S(1); Copello, H(1)
(1)Churruca-Visca. Argentina.

INTRODUCCION: La enfermedad celíaca (EC) es una enfermedad sistémica producida por intolerancia permanente al gluten, en individuos genéticamente predispuestos.Su prevalencia es de 1/100-250 personas. OBJETIVOS: Analizar distribución por sexo y edad al momento del diagnóstico; síntomas más frecuentes; hallazgos endoscópicos más frecuentes; serológicos e histológicos, y correlacionarlos con la histología de las muestras obtenidas de segunda porción duodenal. MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo y descriptivo, realizado en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Churruca, durante un período de 3 años(enero 2008-enero 2011).Se analizaron 78 pacientes adultos con sospecha clínica y serológica de EC, en los que se haya realizado endoscopía digestiva alta con toma de biopsia de segunda porción duodenal.Se revisaron antecedentes clínicos, serológicos, endoscópicos e histológicos. RESULTADO: Se seleccionaron 78 pacientes: 71 mujeres(78,2%) y 17 hombres(21,7%), con una edad promedio de 45,55 años(20-73).Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: anemia ferropénica(33,3%), diarrea crónica(21,7%), dolor abdominal (21,7%), descenso de peso(20,5%) y distensión abdominal(19,2%).Los Ac. antitransglutaminasa (ATG) fueron positivos en el 85,89% de los casos (73% fuertemente positivos) y los Ac. antiendomisio (EMA) en el 88,4%.De las 78 endoscopías realizadas, 67 de ellas(85,8%) presentaron patrones endoscópicos sugerentes de atrofia: peinado(61,5%), disminución de pliegues(57,69%), mosaico(39,7%) y visualización de vasos por transparencia(33,3%).El 79,1% de los pacientes presentó más de un patrón.La mayoría de los pacientes(69,2%) tenía evidencia histológica de algún grado de atrofia (Marsh 3), y su gran mayoría eran 3A.Todos los pacientes con atrofia tenían más de un patrón endoscópico, siendo más frecuentes: disminución de pliegues y signo del peinado.El menos frecuente fue visualización de vasos por transparencia; no obstante, el 100% de los pacientes con este signo tenían algún grado de atrofia vellositaria.En los pacientes con clasificación histológica Marsh1–2, predominó la presencia de un único patrón,siendo el más frecuente el signo del peinado.El 75,3% de los pacientes con EMA y el 87,51% de los pacientes con ATG, presentaron algún grado de atrofia; siendo mayor su relación cuando los títulos eran más elevados. CONCLUSION: La EC es más frecuente en mujeres, sin diferencias en el rango etario entre ambos sexos.Los síntomas de los adultos pueden apartarse de la descripción clásica, siendo más frecuentes las formas oligosintomáticas, principalmente anemia ferropénica, dolor y distensión abdominal.Los exámenes serológicos y la visualización endoscópica sugerente de atrofia, pueden ayudar a identificar nuevos pacientes,dado su alto rendimiento diagnóstico.Si bien la biopsia de la segunda porción duodenal es reconocida como el método estandarizado para la evaluación de los cambios de la mucosa en la EC, actualmente también se debe biopsiar el bulbo

TO/P-14

FORMAS CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD CELÍACA EN UN CENTRO HOSPITALARIO

Martín, GT(1); Pegoraro, N(1); Medina, ML(1); Martínez, S(1); Chamorro, M(1); Bancalari, A(2)
(1) Hospital Dr. Avelino L. Castelán, Resistencia, Chaco. (2)Hospital Dr. Julio C. Perrando, Resistencia, Chaco. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La Enfermedad Celíaca (EC) es una enfermedad sistémica autoinmune producida por la intolerancia permanente a una secuencia determinada de aminoácidos (prolaminas tóxicas), mediada por células T en individuos genéticamente predispuestos..Existen diferentes formas de presentación de EC: Forma típica, Forma atípica, Forma silente y Grupos de riesgo. El patrón oro para el diagnóstico es la biopsia intestinal. OBJETIVOS: determinar las formas clínicas de presentación de EC, en los pacientes pediátricos con diagnóstico de esta patología, en un Hospital del interior durante los últimos cinco años. MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes pediátricos con diagnóstico de EC efectuado por serología: anticuerpos antitransglutaminasa tisular humana (a-tTG) y / o anticuerpos antiendomisio (EMA) de clase IgA y biopsia intestinal por endoscopía digestiva alta; durante el período del 04/01/2006 al 31/03/2011. Las variables seleccionadas fueron: edad, sexo, procedencia, signo sintomatología, factores de riesgo, serología, endoscopía y anatomía patológica . Los datos se cargaron en una tabla elaborada para tal fin y fueron procesados mediante tabla Excel v.5.0. RESULTADOS: El total de pacientes con diagnóstico de EC en los últimos 5 años fue de 44; El rango etario estuvo comprendido entre 10 meses y 14 años (media: 4 años y 9 meses). Niños: 12 (27%) y niñas 32 (73%). Procedencia: Resistencia: 16 (36,4%), Interior: 27 (61,4%) y Paraguay: 1(2,2%). Formas típicas 34 (77,2%), atípicas 5 (11,4%), grupos de riesgo: 5 (11,4%). En el grupo de Formas típicas se incluyeron 4 pacientes con crisis celíaca, en las atípicas, anemia, talla corta, dolor abdominal crónico y constipación; y en los grupos de riesgo: familiares de primer grado, diabetes insulino dependiente y artritis reumatoidea. Todos tenían resultados positivos de serología. Los informes endoscópicos del total presentaban alteraciones en la morfología y número de los pliegues duodenales y los resultados histopatológicos oscilaron desde atrofia grado IIIa: 6 (13,6%), IIIb: 12 (27,3%) y IIIc: 26 (59,1%) según clasificación de Marsh –Oberhuber. CONCLUSIONES: En este grupo de pacientes predominaron las formas típicas de presentación de la EC, incluyendo 4 niños con crisis celíaca. Esto demuestra que aún en nuestro medio el diagnóstico de esta patología debe investigarse en pacientes con desnutrición, diarrea crónica, y trastornos metabólicos; sin descartar a las formas atípicas y de riesgo.

TO/P-15

ABORDAJE LAPAROSCOPICO EN OBSTRUCCION INTESTINAL

Millapel, MD(1); Caiña, D; Schneider, A
(1)Ambito Privado. Argentina.

CASO: Paciente sexo masculino 47 años,refiere dolor y distensión abdominal de 3 días de evolución asociada a vómitos y falta de eliminación de gases. Abdomen levemente distendido, doloroso en forma generalizada, a predominio de fosa iliaca derecha, sin defensa ni reacción peritoneal, timpánico y ruidos hidroaéreos disminuidos. Laboratorio: Glob. Bcos. 20600 mm3. Radiografía de abdomen demostró niveles hidroaéreos. TAC abdomen y pelvis: Gran dilatación de asas. El tacto rectal demostró un esfínter hipertónico y ampolla rectal vacía.
Laparoscopía exploradora. Trocar de 12 mm paraumbilical, de 10 mm en FII y otro 5 mm borde superior pubis. Se evidencia gran dilatación de asas, apéndice cecal normal, divertículo de Meckel edematoso a 50 cm de la válvula íleocecal. minilaparotomía de 3cm, ampliando incisión paraumbilical, exteriorización del intestino delgado, no se encuentra masa palpable en el cuello del divertículo, diverticulectomía y cierre manual. El informe histopatológico determina una diverticulitis fibrinopurulenta de un divertículo de Meckel; no se reporta tejido ectópico. Evolución favorable, alta hospitalaria al 2do día de post-operatorio.
CONCLUSIONES: La laparoscopia es útil tanto en el diagnóstico como el tratamiento. Los síntomas se presentan con mayor frecuencia en pacientes de sexo masculino. Los divertículos de Meckel largos y de base estrecha se complican con procesos obstructivos e inflamatorios, dentro de los procesos obstructivos se encuentra el vólvulo del divertículo de Meckel.La laparoscopía con minilaparotomía es útil en el tratamiento del divertículo de Meckel. La diverticulectomía es suficiente cuando no se palpa tumor en la base diverticular, de lo contrario debe realizarse resección intestinal.esta técnica permite la palpación del divertículo, a su vez previene el uso de suturas mecánicas. El costo es efectivo y eficiente demostrado por varios informes y estudios.

TO/P-16

EPIDEMIOLOGIA DE PÓLIPOS COLONICOS EN UNA POBLACIÓN CERRADA

de Mingo, L(1); Dolan, M(1); Scacchi, A(1); Caruso, S(1); Barri, A(1); Quiroga, R(1); Fernandez, R(1); Rainero, G(1); Romo, R(1); Chaves, E(1); Copello, H(1)
(1)Servicio de Gastroenterologia del Complejo Médico P.F.A Churruca – Visca, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCION: Los pólipos del colon son lesiones mucosas que dependiendo de sus características histológicas, pueden tener una potencial evolución al cáncer colorrectal. La resección de los mismos puede prevenir esta progresión. Es importante conocer las características clínico epidemiológicas de los pacientes con hallazgos de este tipo de lesiones. OBJETIVO: Obtener datos clínicos-epidemiológicos de los pólipos colonicos, en una población de pacientes que concurrió para realizar una video colonoscopia y correlacionar los resultados obtenidos con factores ambientales y los hábitos de los pacientes. MATERIAL Y METODO: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional, realizado en el Servicio de Gastroenterología del Complejo Hospitalario Churruca-Visca de Buenos Aires, Argentina. Abarcó un periodo de un año, de diciembre 2009 a diciembre del 2010. Se analizo las características endoscópicas de los pólipos hallados: morfológicas, tamaño, localización, correlacionándolas con el examen anatomopatologico y con ciertas variables como la edad, el sexo y los factores ambientales. Excluyendo del estudio aquellos pacientes con adenocarcinoma del colon. RESULTADOS: En las 618 colonoscopias analizadas, la incidencia de pólipos fue del 19,25%. El porcentaje de mujeres fue del 53,8%. Los pólipos hallados fueron principalmente sésiles (89,9%), localizados en el colon izquierdo, con un tamaño menor a 5 mm, cuya histología correspondió a pólipos hiperplasicos en el 81,8%. El 63% de los pólipos pediculados tenían un tamaño entre 0,5 a 1 cm, predominando los adenomas tubulares con displasia de bajo grado (63%). Los pólipos adenomatosos de alto grado presentan un tamaño mayor a 1 cm. El 25,8% de las lesiones se hallaron a nivel proximal del colon transverso. El dolor abdominal y trastornos evacuatorios fueron los principales motivos de solicitud del estudio. El 85,7% de los pacientes no tenían estudios previos. La mayoría de los pacientes con lesiones referían consumir una dieta rica en carnes rojas y presentaban sobrepeso. CONCLUSION: Se puede evidenciar factores predictivos en la detección de los adenomas. El sexo tiene relación directa con los adenomas (predominó en el sexo masculino); la edad (promedio de detección fue de 65,2 años, coincidente con las publicaciones) y los hábitos (predomino en personas con sobrepeso y consumen dietas ricas en carnes). Estos últimos factores de riego son modificables y tienden a disminuir la incidencia de estas lesiones pre-neoplasicas. Dado el aumento de la incidencia del cáncer colorrectal, se insiste en la importancia de los métodos endoscópicos para detectar las lesiones precursoras de posible tratamiento e insistir en modificar los hábitos higiénico dietéticos.

TO/P-17

RESECCIÓN COMPLETA EN PÓLIPOS SERRADOS Y ADENOMATOSOS RECTO-COLÓNICOS: SU EVALUACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA

Naves, AE(1); Sinkevich, C(1); Del Popolo, D(1)
(1)Instituto de Histopatología. Argentina.

INTRODUCCION: Determinar si la resección de un pólipo colo-rectal es completa resulta de importancia para el diagnóstico y seguimiento. Se ha propuesto que la evaluación anatomopatológica de márgenes en pólipos se haga con lesiones de 1 o más cm. En este trabajo estudiamos en forma prospectiva biopsias de pólipos recto-colónicos serrados y adenomatosos con una metodología predeterminada, a los fines de determinar la frecuencia en que es posible confirmar su resección completa. MATERIAL Y METODOS: Se examinaron prospectivamente biopsias de recto y colon con diagnóstico de pólipo o lesión elevada ingresadas en el período 15/01/11 hasta 30/03/11 en el Instituto de Histopatología de Rosario. Se incluyeron los casos cuyo diagnóstico final fue de pólipo serrado (hiperplásico, pólipo serrado/adenoma sesil, pólipo serrado tradicional) y de pólipo adenomatoso (tubular, mixto, velloso). Se excluyeron los casos con diagnóstico endoscópico de pólipo en los que el diagnóstico final fue otro (pólipo inflamatorio, lipoma, etc). Las lesiones de menos de 0,3 cm.y las que se recibieron en más de dos fragmentos no fueron evaluadas. Los pólipos fueron evaluados macroscópicamente con magnificación 3x (lupa), buscando marco de mucosa no poliposa y facilitando su orientación. Los márgenes fueron marcados con tinta china. Las lesiones planas y subpediculadas fueron incluídas en cortes de 2 mm de espesor perpendiculares a la mucosa. Las lesiones pediculadas fueron incluídas con corte transversal del pedículo y cortes de 2 mm de espesor del resto del pólipo. En todos los casos los pólipos fueron incluídos totalmente en parafina. RESULTADOS: Se estudiaron 150 pólipos (70 del grupo serrado/hiperplásico y 80 de grupo adenomatoso), procedentes de 96 pacientes. 31 se recibieron fragmentados (más de 2 fragmentos) y 55 correspondieron a especimenes de – de 0,3 cm. En los restantes 64 pólipos se contaron 23 hiperplásicos, serrados sesiles y serrados tradicionales y 41 adenomas tubulares, mixtos y vellosos. Se pudo demostrar resección completa del pólipo en 21/54 (39%) de piezas evaluables de 0,3 a 1 cm y en todas las piezas (100%- 10/10, todos pólipos adenomatosos salvo un polipo serrado sesil de 1,2 cm) de más de 1 cm. La relación tipo histológico/resección completa se evaluó en pólipos 0,3 cm a 1 cm. Los serrados en 7/22 (32%) tuvieron reseccion completa y los adenomatosos en 14/32 (44%) tuvieron resección completa. CONCLUSIONES: Siguiendo una metodología predeterminada, con magnificación macroscópica, marcación de márgenes e inclusión total de los pólipos en parafina para su estudio fue posible determinar, en piezas no fragmentadas (o con hasta dos fragmentos) de más de 0,3 cm de diámetro, resección completa del tejido poliposo (serrado o adenomatoso) en el 39% de los pólipos de hasta 1 cm y en el 100% de pólipos mayores de 1 cm. A mayor tamaño del pólipo fué mayor la posibilidad de certificar la resección completa, con márgenes libres.

TO/P-18

ENTEROGRAFÍA POR RESONANCIA: TÉCNICA ALTERNATIVA A LA ENTEROCLISIS CONVENCIONAL

Colombo, GC(1, 2); Mazza, LA(1, 3); San Roman, JL(1, 3); Polillo, D(3); Odesser, MMR(1, 3)
(1)TCBA (2)Fundación Jaime Roca (3)Fundación Jaime Roca. Argentina.

INTRODUCCION: el examen del intestino delgado (enterografía) mediante Resonancia Magnética (RM) con gadolinio ev. y enteroclisis se ha convertido en un método útil para el diagnóstico y seguimiento de la patología del intestino delgado. Como método alternativo, puede realizarse una enterografía administrando por vía oral agua y un producto osmótico (polietilenglicol), que evite las molestias de la enteroclisis convencional (sonda, radioscopia y relleno continuo). OBJETIVO: Demostrar la factibilidad de realizar una enterografía por RM, utilizando agua y polietilenglicol por vía oral, evitando las molestias de la enteroclisis convencional. MATERIAL Y METODO: Se realizó enterografía por RM en 7 pacientes, 3 de ellos con enfermedad de Crohn conocida y 4 con un cuadro clínico compatible con enfermedad inflamatoria del intestino delgado. Luego de 12 horas de ayuno para alimentos sólidos, se administró a cada paciente 2 litros de agua con polietilenglicol por vía oral, en cuatro tomas a los 60, 45, 30 y 15 minutos previos al ingreso al equipo. Se utilizó Buscapina ev. Se empleó un equipo de 1.5 T (Philips Intera) con bobinas phase array para abdomen. RESULTADOS: En los 7 pacientes se lograron obtener imágenes con calidad diagnóstica, apreciándose buen contraste endoluminal y adecuada visualización de la pared intestinal. En los 3 pacientes con enfermedad de Crohn conocida, los estudios demostraron la patología. En 1 de los restantes 4 pacientes con sospecha clínica, el examen también mostró cambios patológicos. En los restantes 3 casos restantes no se descubrieron alteraciones. CONCLUSION: La utilización de agua con polietilenglicol por vía oral permite realizar una enterografía por RM con imágenes de adecuada calidad diagnósticas y puede constituir un método alternativo a la RM con enteroclisis convencional, reduciendo las molestias a los pacientes y la complejidad del estudio.

TO/P-19

COEXISTENCIA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CON ENFERMEDAD CELÍACA EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Gallo, J(1, 2); Cohen Sabban, J(1, 2); Busoni, V(1, 2); Crhistiansen, S(2, 3); Orsi, M(1, 2)
(1)Servicio de Gastroenterología -Hepatologia y Trasplante Hepatointestinal Pediátrico (2)Hospital Italiano, Buenos Aires (3)Servicio de Anatomia Patológica. Argentina.

INTRODUCCION: La coexistencia de enfermedad celíaca (EC) con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) fue descripta fundamentalmente en la población adulta. No se conocen características que permitan identificar qué pacientes pueden estar predispuestos a desarrollar ambas entidades. MATERIAL Y METODO: Revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de EII, atendidos en el Servicio de Gastroenterología Infantil del Hospital Italiano de Buenos Aires entre los años 2006 al 2011. RESULTADOS: De los 135 pacientes en seguimiento con EII, se identificaron 6 (8,1%) que presentaron ambas enfermedades asociadas, 4 niñas (1 colitis ulcerosa, 3 enfermedad de Crohn) y 2 varones (ambos con enfermedad de Crohn) con mediana de edad al diagnóstico de 7,28 años(r 3-15 años). 4/6 fueron diagnosticados simultáneamente y 2/6 en forma sucesiva. Los pacientes diagnosticados en forma sucesiva (EC-CU, enfermedad de Crohn-EC) respondieron al tratamiento una vez que ambos diagnósticos fueron confirmados. En todos los casos ambos diagnósticos fueron confirmados histológicamente y por serología con anticuerposantigliadina yantitransglutaminasa positivos >100 y recuento de linfocitos intraepiteliales fue >30 por campo. Todos los pacientes presentaron retraso pondoestatural, hipoalbuminemia y anemia importante refractaria a tratamiento con sulfato ferroso. Con la dieta libre de gluten todos los pacientes normalizaron los marcadores serológicos, mejoraron los síntomas y el manejo de la EII. CONCLUSIONES: Es conveniente considerar la posibilidad de esta asociación (EII y EC) ante pacientes con diagnóstico de EII con inadecuada respuesta al tratamiento convencional y tener en cuenta, que en pacientes con diagnóstico de EC puede aparecer asociada una EII.

TO/P-20

PATOLOGIA INFECCIOSA SIMULANDO ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL IDIOPÁTICA CRÓNICA

Jaroslavsky, MJ(1, 2); Marina, S(1, 2); La Via, J(1, 3); Donatelli, M(1, 4); Nardi, G(1, 3); Pinasco, R(1, 3); Regnasco, S(1, 4); Saá, EC(1, 3)
(1)Hospital Pirovano - CABA (2)División Anatomía Patológica (3)Unidad de Gastroenterología (4)Sección Endoscopía - Unidad de Gastroenterología. Argentina.

INTRODUCCION: La enfermedad inflamatoria intestinal idiopática crónica (EIIC) en el colon puede ser simulada en sus aspectos clínicos y endoscópicos por otras entidades, tales como patología isquémica, enfermedad diverticular, y patología infecciosa específica. OBJETIVO: Ejemplificar casos de patología que simula EIIC enmascarando al inicio la presencia de microorganismos patógenos pasibles de tratamiento específico. MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron en forma retrospectiva las historias clínicas, protocolos videoendoscópicos y anatomopatológicos de 21 pacientes con sospecha endoscópica de EIIC, desde el 1/1/2008 al 1/1/2011. RESULTADOS: En tres casos en los cuales la sospecha inicial fue de EIIC por los caracteres endoscópicos y clínicos, el posterior estudio histológico reveló en uno de los casos una tuberculosis, en otro una micobacteriosis atípica por complejo Avium-Intracelulare, y en el tercero una paracoccidiodiomicosis. En uno de los casos, el diagnóstico específico fue realizado recién en el examen de las muestras de la segunda endoscopía. CONCLUSION: Se desea resaltar la importancia de descartar la presencia de microorganismos por todos los medios posibles en pacientes con presentaciones no del todo típicas y especialmente cuando el medio epidemiológico así lo sugiera, a fin de evitar demoras en el tratamiento específico.

TO/P-21

EPIDEMIOLOGIA DE LA COLITIS ULCEROSA IDIOPATICA EN UN HOSPITAL PUBLICO

Bernardi, GM(1); Iñiguez, YI(1); Moroni, NM(1); Defagó, MR(1)
(1)División de Gastroenterología, Hospital San Roque, Córdoba, Argentina

LUGAR DE TRABAJO: Hospital San Roque, Córdoba Capital. INTRODUCCION: La Colitis Ulcerosa (CU) es un trastorno que afecta el recto y se extiende en dirección proximal para comprometer al colon, se limita a la mucosa, la cual se compromete de manera contínua. Evoluciona hacia la cronicidad, con alta frecuencia de recaídas y necesidad en muchos casos de tratamiento quirúrgico. OBJETIVO: Investigar la epidemiología de la Colitis Ulcerosa Idiopática en un hospital público polivalente de la ciudad de Córdoba. MATERIAL Y METODOS: Se analizaron las historias clínicas de pacientes ambulatorios e internados de la división de Gastroenterología del hospital San Roque, con diagnóstico de Colitis Ulcerosa por videocolonoscopía y biopsia desde agosto de 2009 hasta julio de 2010. Es un estudio transversal, retrospectivo y descriptivo. RESULTADOS: Se revisaron 65 historias clínicas, 12 fueron excluidos por falta de datos. De los 53 pacientes, 34 (64%) eran mujeres y 19 (36%) varones. EL 60% de los pacientes tenían entre 20 y 39 años y el 30% entre 50 y 70 años. La edad promedio fue de 40 años con un rango de 17 a 69 años. Con respecto a la forma de presentación, la totalidad de los pacientes tenían diarrea, proctorragia 72% (38), moco 51% (27), tenesmo y pujo 25% (13), dolor abdominal 40% (21) y fiebre 11% (6). En la videocolonoscopía se vio compromiso de recto en 15 (28%) pacientes, rectosigma 24 (45%), colon izquierdo 10 (19%) y pancolitis 4 (8%). El 66% (35) de los pacientes se manejó en forma ambulatoria, el 34% (18) requirió internación en sala común y el 4% (2) en unidad de terapia intensiva. Para valorar la severidad de la enfermedad, se utilizaron los criterios de Truelove y Witts, el 60% (32) fue leve, 27% (14) moderado y el 13% (7) severo, de estos últimos, en 5 se realizó proctocolectomía con ileostomía y 2 se negaron. CONCLUSION: Si bien el número de pacientes evaluado es pequeño, las características de los pacientes con Colitis Ulcerosa en nuestra Institución no difieren sustancialmente de lo publicado en la literatura mundial.

TO/P-22

LA MANOMETRÍA ANO RECTAL NO SIEMPRE LOGRA EXPLICAR EL MOTIVO DE LA INADECUADA EXPULSIÓN DEL BALÓN RECTAL

Lasa, JS(1); Peralta, AD(1); Dima, G(1); Soifer, LO(1)
(1)Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC. Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCION: Las disfunciones del piso pelviano que provocan incontinencia (IF) y/u obstrucción del tracto de salida (OTS), son muy frecuentes en la población general, y con un impacto considerable en la calidad de vida, especialmente en población anciana. Los estudios mediante manometría anorrectal (MAR) y el test de expulsión del balón (TEB), frecuentemente empleados, son útiles en el diagnóstico de las alteraciones funcionales del piso pelviano, que pueden contribuir al desarrollo de estos trastornos. OBJETIVO: Estudiar las posibles asociaciones entre las variables manométricas medidas y la expulsión o no del balón en pacientes con disfunciones catárticas del piso pelviano (DCPP) SUJETOS Y METODOS: Fueron incluidos en la evaluación 95 sujetos con DCPP asistidos en nuestra institución entre diciembre de 2008 y diciembre de 2010. Entre los sujetos con TEB positivo versus aquellos con TEB negativo fueron comparadas las siguientes variables: edad, sexo, motivo del estudio, tensión de reposo del esfínter anal (TR), intensidad de la contracción voluntaria (ICV) duración de la contracción voluntaria (DCV), Sensorialidad rectal (SR), relajación voluntaria del esfínter (RV), amplitud y duración del reflejo recto-anal inhibitorio (RRAI). Las variables categóricas fueron expresadas como porcentajes, con sus intervalos de confianza del 95%; las continuas, como media con desvío estándar. Para el análisis comparativo, se utilizó el test de chi cuadrado o test de Fisher para variables categóricas, y el test t de student para variables continuas. Se consideró como significativo un valor de P < 0,05. RESULTADOS: De los 95 pacientes, la edad promedio fue de 61 ± 15.31 años. 74.73% fueron mujeres. El motivo de inclusión fue IF en el 45 % y OTS en el 55%. El 55% de los pacientes presentaron TEB negativo. En el análisis comparativo, no se encontraron diferencias significativas en las variables manométricas entre aquellos con TEB negativo y positivo, excepto por la presencia de contracción paradojal del esfínter en aquellos con test negativo (P < 0,001) (Tabla 1). Dichos hallazgos se mantuvieron tanto para IF como para OTS. No obstante solamente un 27% de sujetos con TEB negativo presentaron contracciones paradojales. CONCLUSION: Salvo la presencia de contracciones paradojales del esfínter anal, no se observaron diferencias significativas de las variables manométricas entre sujetos con TEB positivo o negativo. La manometría ano rectal no logra explicar el motivo de la inadecuada expulsión del balón en el 73% de los casos.

Tabla 1. Comparación de variables manométricas entre pacientes con TEB positivo y negativo

	TEB Negativo	TEB Positivo	P
Edad	58±4.75	63±3.9	0.11
Motivo de Realización			
*IF (%)	48.1	41.8	0.2
*OTS (%)	50	58.14	0.2
TR	106.47±12	100.34±9.18	0.41
ICV	49.34±8.43	46.23±8.23	0.59
DCV	4.92±2.3	3.77±2.03	0.69
RRAI			
*Amplitud	8.23±2	9±1.61	0.55
*Duración	14.2±1.53	14.53±1.8	0.77
Contracción Paradojal (%)	27	0	<0.001

TO/P-23

OCURRENCIA DE HALLAZGOS ANORMALES DURANTE LOS ESTUDIOS VIDEODEFECOGRAFICOS

Lasa, JS(1); Peralta, AD(2); Dima, G(2); Novillo, A(2); Moore, R(1); Besasso, H(1); Soifer, LO(1)
(1)Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC. Buenos Aires, Argentina (2)CEMIC

INTRODUCCION: Las causas de constipación crónica funcional pueden dividirse en hipertonía de colon izquierdo, inercia colónica y obstrucción del tracto de salida. Este último suele deberse a compromiso del piso pelviano. Dentro de las herramientas diagnósticas de este tipo de alteraciones, es de utilidad el estudio videodefecográfico. OBJETIVOS: 1) Estimar la ocurrencia de hallazgos anormales durante los estudios videodefecográficos. 2) Establecer la frecuencia de alteraciones anatómicas en estudios que muestran hallazgos compatibles con disinergia de piso pelviano (DPP). MATERIALES Y METODOS: Se diseñó un estudio transversal observacional en el cual se revisaron los resultados de las videodefecografías realizadas en pacientes con síndrome de obstrucción de tracto de salida, entre enero de 2006 y diciembre de 2010. Se calculó la ocurrencia de cada trastorno, expresado en porcentaje. Para la comparación de las variables categóricas, se utilizó el test de chi cuadrado o test de Fisher. RESULTADOS: Se revisaron en total 152 estudios, de los cuales 126 (74%) presentaron al menos una alteración. 27% de los estudios presentaron tres o más hallazgos patológicos. 54% presentaron algún tipo de alteración anatómica, y 54.6% , alteración mecánica de la defecación, compatible con DPP. El hallazgo anormal más frecuente fue el vaciamiento rectal incompleto (39.47%), seguido de rectocele anterior (38.15%). La ocurrencia de los diferentes hallazgos anormales se expresan en la Tabla 1. Se compararon la prevalencia de alteraciones anatómicas (rectocele, enterocele, intususcepción rectal, sigmoidocele y prolpaso rectal) en aquellos estudios con hallazgos compatibles con DPP (apertura inconstante o incompleta del conducto anal durante el pujo asociado a vaciamiento rectal incompleto y/o retardado). Se encontró una asociación significativa entre la presencia de enterocele e intususcepción rectal con DPP (100% de ambos grupos presentaron signos compatibles con DPP; P=0.03 y 0.008 respectivamente). La relación entre rectocele anterior (la alteración anatómica más frecuente) y la DPP no fue significativa (P=0.72). CONCLUSIONES: Observamos un porcentaje alto de hallazgos patológicos en las videodefecografías, con alta frecuencia de hallazgos compatibles con DPP. Las alteraciones anatómicas, como el rectocele anterior o enterocele, son frecuentes, y el enterocele y la intususcepción rectal se encontrarían asociados en forma significativa con la presencia de signos compatibles con DPP.

	N	%
Vaciamiento rectal incompleto	60	39.47
Rectocele Anterior	58	38.15
Incrementado descenso perineal	45	29.6
Apertura incons./incompleta del cond. anal	20	13.15
Intususcepción rectal	14	9.21
Vaciamiento rectal retardado	12	7.89
Apertura ausente del cond. anal	12	7.89
Sigmoidocele	10	6.57
Ausencia de vaciamiento rectal	8	5.26
Prolpaso rectal	8	5.26
Enterocele	6	3.94
Disminución de horizontalización rectal durante el pujo	4	2.63
Disminución de verticalización rectal durante el pujo	4	2.63
Prolapso rectal con protrusión	2	1.31
Rectocele Posterior	1	0.65

TO/P-24

VARIACIONES EN EL PERFIL FERMENTATIVO Y TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Lasa, JS(1); Novillo, A(1); Peralta, AD(1); Dima, G(1); Besasso, H(1); Moore, R(1); Soifer, LO(1)
(1)Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC. Buenos AIres, Argentina

INTRODUCCION: Está comprobado que existe una asociación entre el desarrollo del Síndrome de Intestino Irritable (SII) y alteraciones de la flora bacteriana intestinal. Dichas alteraciones pueden ser detectadas mediante el uso de test de hidrógeno en aire espirado con lactulosa (THAEL). Se sabe, además, que existe una prevalencia incrementada de trastornos psiquiátricos en pacientes con SII. OBJETIVO: Determinar la asociación entre alteraciones del perfil fermentativo y la presencia de trastorno depresivo, en pacientes con SII. MATERIALES Y METODOS: Se diseñó un estudio de cohorte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SII según criterios de Roma III que acudieron a consultorios externos entre noviembre de 2010 y marzo de 2011. A cada sujeto, se le realizó un THAEL según técnica previamente descripta, y se calculó el área bajo la curva (ABC) a partir de la relación entre concentración de hidrógeno/tiempo. Se les administró además, un cuestionario para el diagnóstico de trastorno depresivo (BDI-II) y otro para evaluar la severidad de sus síntomas (IBSSS). El valor de corte utilizado para definir trastorno depresivo leve fue de 13 a 19, moderado entre 20 y 25 y severo mayor o igual a 26. Se comparó la frecuencia de trastorno depresivo en dos grupos: de baja producción de hidrógeno (BH2; ABC <3000), intermedia (IH2; ABC 3000-6000) y alta (AH2; >6000). Se utilizó el test de chi cuadrado o de Fisher para la comparación de variables categóricas, y el test t de Student o de Mann Whitney para las variable numéricas. RESULTADOS: Fueron incluidos 136 pacientes. 72 % fueron mujeres; la edad promedio fue de 43±16 años. 27% eran constipados, 42% presentaban diarrea y 31% un patrón catártico alternante. La distribución por grupos según el ABC fue: 39% BH2, 28% IH2, 33% AH2. No se encontraron diferencias significativas en las variables demográficas entre los grupos. 41% de los sujetos presentaron un valor del BDI-II compatible con depresión: 25% leve, 11% moderada y 5% severa. La frecuencia de estas categorías de depresión entre los grupos determinados por ABC se muestran en la Tabla 1. No se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de distintos grados de depresión entre pacientes con disitnto perfil fermentativo. A su vez, se dividió a la cohorte en aquellos con y sin depresión, y se compararon los valore del ABC, no encontrándose tampoco una diferencia significativa [3186 (2016-6768) vs 4014 (2016-6768) P 0.4]. Por último, no se encontró diferencias significativas entre la severidad sintomática y la presencia de trastorno depresivo [28.7 (22-35) vs 26.2 (18-34.8) P 0.43]. CONCLUSION: En pacientes con SII, encontramos una ocurrencia de trastorno depresivo elevada con respecto a lo descripto en la población general. Sin embargo, no encontramos una asociación significativa entre las alteraciones del perfil fermentativo y los trastornos depresivos. Esto sugiere que ambos son fenómenos concurrentes pero no asociados.

Frecuencia de los distintos grados de depresión según los valores de THAEL

	BH2 (n= 53)	IH2 (n= 38)	AH2 (n= 45)	P
Depresión leve (%)	26.41	15.78	15.55	0.3
Depresión moderada (%)	13.2	2.63	17.7	0.09
Depresión severa (%)	3.77	10.52	2.22	0.2

TO/P-25

BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS BOVIS: NO SOLO NOS ALERTA SOBRE PATOLOGÍA COLÓNICA

Pizzala, JE(1); Abecia, VH(1); Gonzalez, ML(1); Talamazzi, AR(1); Carrion, S(1); Giunta, D(2); Varela, E(1); Macías Gómez, CA(1); Piccioni, HL(1); De paula, JA(1)
(1)Gastroenterología, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina (2)Investigación clinica, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: Muchos estudios han demostrado la asociación entre las enfermedades gastrointestinales y la bacteriemia por Streptococcus bovis (SB). A pesar que su asociación con cáncer colorectal (CCR) está bien difundida, no existen suficientes datos epidemiológicos publicados en América Latina sobre las distintas asociaciones. El objetivo de este estudio fue analizar la existencia de enfermedades gastrointestinales e infecciosas asociadas a la bacteriemia por SB, describiendo las características clínicas y epidemiológicas. MÉTODOS: El estudio se llevo a cabo en un hospital universitario que cuenta con historia clínica electrónica (HCE). Desde octubre del 2004 a septiembre del 2009 se revisaron manualmente en forma retrospectiva las HCE de todos los pacientes que presentaron hemocultivos positivos para SB. RESULTADOS: Fueron identificados 30 pacientes con hemocultivos positivos, siendo la edad mediana de 72 años (28-98), con una relación hombre/mujer: 1,5:1. La mortalidad intrahospitalaria fue del 10%. Dentro de las enfermedades infeccionas halladas, la endocarditis fue la más frecuentemente observada (9 casos), seguida por infecciones del tracto biliar (7 casos). Al sesenta y siete por ciento (20/30) de los pacientes se les realizo un estudio colónico por colonoscopía (17), colon por enema (1) o tomografía computada (2). De estos 20 pacientes evaluados, 12 (60%) presentaron lesiones colónicas patológicas (CCR, pólipos adenomatosos o colitis crónica). Los hallazgos colónicos patológicos se observaron con mayor frecuencia en los pacientes con endocarditis. De los 10 pacientes no evaluados, 4 no se encontraban en condiciones clínicas de ser estudiados y en los 6 restantes, si bien se les había sugerido la realización de algún estudio colónico al alta hospitalaria, se desconoce el motivo del incumplimiento de la indicación. También observamos una elevada prevalencia de enfermedad hepática (27%) en estos pacientes (hepatitis crónica, cirrosis, metástasis hepáticas, excluyéndose la patología litiásica biliar o infecciosa), ningún caso se asoció al consumo de alcohol. Las neoplasias extracolónicas se observaron en el 23% restante. CONCLUSIÓN: En el presente estudio hallamos que los pacientes con hemocultivos positivos a SB presentaban una elevada proporción de infecciones del tracto biliar y enfermedades hepáticas, además de las asociaciones con las lesiones colónicas. Debido a esto, pensamos que además de investigar la presencia de enfermedad colónica subyacente, deberíamos realizar una evaluación más completa para excluir enfermedad biliar y/o hepática asociada. A su vez, como en otros estudios, aún sorprende que no a todos los pacientes se les haya realizado una evaluación colónica completa.

TO/P-26

PREDICTORES BIOQUÍMICOS Y ECOGRÁFICOS DE COLEDOCOLITIASIS EN PACIENTES SOMETIDOS A COLANGIOPANCREATOGRAFIAS RETROGRADAS ENDOSCOPICAS ENTRE ENERO DEL 2003 A DICIEMBRE DEL 2010

Ruiz, EG(1); Sanchez Vera, CM(1); Martin, M(1); Higa, MA(1); Camps, DH(1); Bertola, SdC
(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital, Córdoba, Argentina

INTRODUCCIÓN: La colangiopancreatografia retrograda endoscópica (CPRE) es de elección en pacientes con coledocolitiasis, sin embargo es costosa y no se encuentra exenta de complicaciones. Numerosos estudios han logrado encontrar factores predictivos que incluyen la clínica, el laboratorio y las imágenes. Sin embargo aun en ausencia de estos factores muchos estudios resultan positivos. OBJETIVO: Describir y analizar usando el hallazgo o ausencia de coledocolitiasis por CPRE como variable primaria de resultado, su correlación con parámetros laboratoriales y ecográficos. Determinar parámetros bioquímicos y ecográficos como predictores de Coledocolitiasis en nuestra población de estudio. TIPO DE ESTUDIO: Estudio observacional transversal descriptivo-analítico, correlacional retrospectivo.MATERIAL YMETODOS: Se incluyeron CPRE realizadas entre enero 2003 y diciembre 2010 (n=664). Se analizaron 403 pacientes cumpliendo con los criterios de inclusión. Se consulto la base de datos del servicio de gastroenterología tomando como criterios de búsqueda colangiografias con sospecha de litiasis coledociana, de la misma se obtuvo la indicación del procedimiento, además se realizo la búsqueda sistemática de datos laboratoriales y ecográficos asentados en las historias clínicas electrónicas. Las variables fueron: indicación del estudio (pancreatitis, colangitis, alteración del laboratorio, imagen radiológica anormal, síndrome coledociano), parámetros laboratoriales (GOT, GPT, GGT, FAL, BIL T-D-I, PCR, Amilasa y Lipasa), y hallazgos ecográficos (coledocolitiasis, dilatación coledociana, colelitiasis). Los datos fueron analizados mediante Excel y software estadístico SPSS v19 y MedCalc v11.3.0.0. RESULTADOS: De 403 pacientes con sospecha de litiasis coledociana la edad promedio fue de 52 años, 55% de sexo femenino; las indicaciones para el estudio fueron: alteración laboratorial (46%), síndrome coledociano (22%), imagen radiológica anormal (19%), pancreatitis (10%), colangitis (3%). En el análisis univariado se establecieron como predictores bioquímicos a la GGT, FAL y BT, y como predictores ecográficos a la dilatación coledociana y coledocolitiasis por ecografía. En el Análisis de regresión logística múltiple se establecieron como predictores independientes la dilatación coledociana y la coledolitiasis por ecografía, existiendo correlacion significativa pobre entre coledocolitiasis por ecografía y CPRE. Se obtuvieron valores de sensibilidad y especificidad superior con parámetros ecográficos y la combinación de los predictores obtuvo una especificidad alta (94,2%). CONCLUSIÓN: Ante un paciente con clínica (dolor, colangitis, pancreatitis, etc), bioquímica alterada (GGT, FAL, BT) y ecografía con colédoco dilatado y/o visualización de litiasis coledociana se logra una sospecha diagnostica muy elevada para coledocolitiasis , con alta especificidad (94,2%).

Exactitud Diagnostica de los Parámetros Bioquímicos y Ecográficos Combinados en Coledocolitiasis en Pacientes Sometidos a CPRE

Combinación de predictores	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
GGT, FAL, BT	40,0%	81,3%	70,1%	55,2%
Lito mas dilatación del colédoco por ECO	63,2%	91,3%	83,7%	77,9%
Combinacion de GGT, FAL, BT, Lito mas dilatación del colédoco por ECO	62,5%	94,2%	83,3%	84,6%

TO/P-27

PANCREATITIS AGUDA

Buzzi, A(1); Lochocki, NB(1); Dri, F(1); Goñi, RR(1); Mastrobertti, ME(1)
(1)Fundación Diagnóstico Médico. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La pancreatitis aguda es una enfermedad inflamatoria, la cual se asocia con coledocolitiasis y abuso del alcohol.
En estos casos la tomografía con contraste endovenoso, realizada entre el tercer y el décimo día, es el método de elección, ya que permite no sólo evaluar la morfología pancreática, sino también cuantificar la necrosis. OBJETIVO: El objetivo de este trabajo es familiarizarnos con las diferentes etapas de la pancreatitis, valorar las complicaciones asociadas y definir, especialmente, cómo y cuándo utilizar la tomografía computarizada. MATERIALES Y MÉTODOS/ PACIENTES: Se seleccionaron pacientes que han concurrido durante el período que va desde Julio del 2010 a Enero de 2011, al sanatorio de la Trinidad de Palermo, de la ciudad Autónoma de Buenos Aires. RESULTADOS: El 70% a 80% tendrá una enfermedad leve, y el 20% a 30% tendrá ataques graves. La enfermedad leve o intersticial es una enfermedad autolimitada con recuperación, y sin complicaciones significativas, por lo tanto, los estudios por imágenes no son inmediatamente necesarios.
La pancreatitis aguda grave a menudo produce complicaciones locales tales como, colecciones líquidas, pseudoquistes, abscesos, necrosis pancreática, y hemorragia del páncreas. La mayor frecuencia de muerte se correlaciona con el desarrollo y extensión de la necrosis pancreática.
El grado de necrosis glandular e inflamación peripancreática se refleja en los criterios de Balthazar, y permite una correlación precisa con la morbilidad y mortalidad. CONCLUSIÓN: Si bien el diagnóstico de pancreatitis se basa en la clínica y datos de laboratorio, han sido las técnicas de imagen, y especialmente la tomografía computarizada con contraste endovenoso, la que ha supuesto un avance en la clasificación morfológica de esta entidad, evaluación de la gravedad y en el manejo de las complicaciones.

TO/P-28

RECUPERACIÓN DEL CREIMIENTO EN UN COHORTE DE NIÑOS CON ENFERMEDAD CELÍACA

Vilallonga, LB(1); Delfante, MA(1); Rodota, LP(1)
(1)Servicio de Alimentación, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: La enfermedad celíaca se caracteriza por una intolerancia permanente al gluten de la dieta que produce lesiones de la mucosa en individuos genéticamente susceptibles.
Esta patología se presenta con una amplia variedad de manifestaciones intestinales y extra intestinales. Entre los síntomas más frecuentes en niños se encuentran la diarrea, distensión abdominal, dolor abdominal y la falla en el progreso del crecimiento. Un diagnóstico temprano junto con la introducción de una dieta libre de gluten permitirá alcanzar un adecuado crecimiento. OBJETIVO: Se evaluó la recuperación del crecimiento en una cohorte de niños con diagnóstico de enfermedad celíaca al año de realizar una dieta libre de gluten. MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas electrónicas de todos los niños con diagnóstico de enfermedad celíaca desde el año 1996 a 2009 inclusive. De cada paciente se tomaron las medidas antropométricas al momento del diagnóstico y al año de realizar la dieta libre de gluten. Los parámetros antropométricos se expresaron como scores Z. Se utilizó el test de Student para muestras pareadas. RESULTADOS: Se identificaron 149 pacientes, 100 mujeres y 49 varones, de los cuales, 37 tenían menos de 2 años de edad al momento del diagnóstico. La media de edad al diagnóstico fue de 4,7+ 3 años. Los síntomas más frecuentes (n: 102) fueron: distensión abdominal 48%, diarrea 46%, pérdida de peso 44 %, anemia 22%.
Hubo una mejoría del score Z de peso (n: 58) entre el momento del diagnóstico y el control al año - 0,59+- 1,17 vs- 0,21 +/- 1,29 (P: < 0,001). La diferencia en el score Z de talla no alcanzó significancia estadística - 0,31 +- 1,49 vs – 0,13 +- 1,40 (p 0,10). CONCLUSIÓN: Si bien la mayoría de los pacientes no se encontraban desnutridos, se observa que frente a la intervención dietética, se logra la recuperación del peso en forma significativa. Respecto a la talla si bien se observa una tendencia en su recuperación, no se detectó un cambio estadísticamente significativo, quizás debido al corto tiempo del estudio.

TO/P-29

PRÁCTICA DE LA BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTÁNEA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Mosqueda., NM(1)
(1)Hospital Julio C Perrando. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La punción biopsia hepática, (PBH) técnica introducida por Menghini en el año…1958…..sigue siendo en el contexto de la medicina moderna un procedimiento de gran utilidad diagnóstica. OBJETIVO: Evaluar las indicaciones, resultados y complicaciones dela PBH en nuestro hospital, en un período de 7 años, y comparar los hallazgos con lo publicado en la literatura. MATERIAL Y MÉTODOS: Entre los años 2004 y 2011 se analizaron 251 biopsias realizadas en 247 pacientes ambulatorios e internados en el Hospital Julio C. Perrando. La media de la edad fue 43 años (rango 14-83) y la distribución en sexo fue 114 hombres y 137 mujeres.
El procedimiento se realizó por aspiración percutánea con aguja tipo Menghini con guía ecográfica o tomográfica. Permanecieron internados durante 6 hs y cuando eran dados de alta se indicaban signos de alerta y una vía rápida de acceso a un centro de salud.
Se consideraron contraindicaciones: alteraciones no corregibles de la hemostasia, obstrucción biliar severa, ascitis profusa, sospecha de tumor vascular y la falta de evaluación del hígado por algún procedimiento de imágenes. RESULTADOS: Sobre las 251 muestras, los hallazgos correspondieron a las siguientes patologías: Normal 22 % (55) Metástasis 13 % (32) Cirrosis 8% (21) Colestasis 7,39 % (19) Esteatosis Hepática 10 % (27) Estadificación de Hepatitis C (14) Estadificación de hepatitis B (3) Hepatitis Autoinmune 6,6% (16) Muestra no significativa (5) Estratohepatitis (6) Fibrosis (8) Dilatación sinusosidal (5) Cirrosis biliar primaria (6) Colangitis esclerosante primaria (1) Granuloma epiteloide (4) Tuberculosis (3) Obstrucción biliar extrahepática (2) Hepatocarcinoma (2) Hepatitis alcoholica (1) Lepra (1) Histoplasmósis (1) Absceso piogeno (1) Microhamartomas biliares (2) Hepatitis reaccional (1).
Las complicaciones fueron: Hemoperitoneo (2) y dolor en el sitio de punción (12). No hubo óbitos relacionados al procedimiento. CONCLUSIÓN: La biopsia hepática es una herramienta importante en el estudio de pacientes con hepatopatías, no sólo el inicial sino también para estadificar patologías previamente diagnósticadas y que nos permiten determinar el pronóstico y tratamiento más adecuado.
Se trata de un procedimiento seguro cuando los pacientes son adecuadamente seleccionados, permitiendo disminuir los costos de internación.

TO/P-30

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LAS VÁRICES ESOFÁGICAS EXPERIENCIA DE UN CENTRO

DOLAN, M(1); de Mingo, L(1); Scacchi, A(1); Romo, r(1); Chaves, E(1); Barri, A(1); Caruso, S(1); Quiroga, R(1); Fernandez, R(1); Rainero, G(1); Copello, H(1)
(1)Hospital Churruca-Visca. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La hemorragia variceal (HDV) es una complicación frecuente y grave de la cirrosis hepática y de la hipertensión portal.
Un 40-50% de los pacientes con cirrosis presentan várices esofágicas en el momento del diagnóstico de la enfermedad. El tratamiento específico consta de medidas farmacológicas y tratamiento endoscópico, (BALON, TIPS, THO). Actualmente es de elección la ligadura endoscópica de las várices (LEV) ,siendo la escleroterapia una medida alternativa. OBJETIVO: Reportar la experiencia en el tratamiento con LEV en el episodio agudo y el seguimiento de los pacientes detallando la eficacia, complicaciones propias del procedimiento y la mortalidad de la hemorragia. MATERIAL Y MÉTODOS: • Se revisaron de forma retrospectiva las fichas de los pacientes que ingresaron con diagnostico de HDV. •Se evaluó el periodo comprendido entre octubre del 2008 a marzo de 2010 . •Ninguno de los pacientes evaluados presentaban criterios de PBE, SHR o encefalopatía. •Se administró ceftriaxona, terlipresina , lactulosa y soporte hemodinámica y trasnfucional en casos necesarios. RESULTADOS: • Durante el período revisado, se admitieron 30 pacientes con HDV. • El 76 % de los pacientes eran del sexo masculino . Rango de edad 42-86 años (63 años). • La etiología principal fue alcohólica . El 76 % de los pacientes presentaba score de CHILD-PUGH B. •El 70 % presentaban varices grandes, 66 % varices en riesgo y el 20% con sangrado activo al momento de la endoscopia. •En el 93% del total se logró hemostasia endoscópica . Un paciente requirió Shunt P-C y otro balón S-B, obitando a la retirada. •El 11 % presentó resangrado que se trató exitosamente con nueva sesión de LEV. •La mortalidad de la HDV fue del 3,3 % a 6 semanas. Durante el seguimiento la mortalidad fue del 16,6 % por causas ajenas a la HDV. •En el 83 % se logró la erradicación de las várices; en los no respondedores a erradicación se realizó GPVH, intensificando el tratamiento endoscópico y médico (agregado de MNI) con buena evolución a la fecha. •Se constato un 10 % de complicaciones asociadas al procedimiento endoscopico, hematoma sub-mucoso, úlcera por LEV y estenosis esofágica que se resolvió con dilatación. CONCLUSIÓN: En nuestra serie de casos, observamos ,al igual que en la literatura, que el tratamiento de la HVA con LEV (+ terlipresina) es eficaz y seguro. Además la erradicación de las VE durante la profilaxis 2ria se logro en un alto porcentaje, reduciendo de esta forma las posibilidades de recidiva de sangrado.

TO/P-31

MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA DESCOMPENSADA DURANTE EL PERÍODO QUE CONLLEVA AL ACCESO PARA LA EVALUACIÓN PRE- TRASPLANTE HEPÁTICO

Chao, S(1); Nardi, G(2); Corvetto, G(1); Uehara, O(1); Romay, S(2)
(1) Unidad de Gastroenterología, Hospital Presidente Perón de Avellaneda, Buenos Aires, Argentina (2)Unidad de Clínica Medica, Hospital Pirovano, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: El momento de acceso a la lista de espera para trasplante hepático está sometido a una gran variabilidad clínica. Para homogeneizar este criterio, es necesario de un sistema de medición de la gravedad de la enfermedad hepática que determine una puntuación con la que se tenga certeza que el trasplante, no genere una mortalidad superior a la evolución natural de la enfermedad y que además éste, aumente claramente la supervivencia. La clasificación de Child- Turcote- Pugh (CTP) y la formula MELD son referencia para evaluar el pronóstico en los enfermos cirróticos. Esta última, ha generado un avance para definir mejor la categoría de enfermos en riesgo y priorizar según el pronóstico a corto plazo, de acuerdo con la política de "primero el más enfermo". Varios estudios demuestran que, el trasplante como procedimiento terapéutico con intención de tratar, se comporta como protector al establecer como punto de corte en la fórmula MELD entre 15 y 17 puntos. Asimismo, otros estudios de casos y controles han determinado que el trasplante se comporta como protector con una puntuación CTP por encima de 8. Se ha observado que estos tienen una mortalidad en lista superior al 10% por lo cual deberían priorizarse. Objetivo: Evaluar la morbi-mortalidad de los pacientes con cirrosis hepática descompensada durante el período que conlleva el acceso a la evaluación pre trasplante hepático. MATERIALES Y MÉTODOS: Fueron estudiados 22 pacientes en forma retrospectiva en seguimiento ambulatorio o detectados en internación quienes presentaban cirrosis hepática descompensada con indicación de evaluación pre trasplante hepático, procediendo a la solicitud de la misma durante el período de 2006 a 2010. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con antecedentes de cirrosis hepática descompensada (CPT B8 - MELD 6). Se excluyeron pacientes con criterios expandidos para hepatocarcinoma. Los resultados se expresan en la tabla como el desvío estándar de la media. (Tabla 1) CONCLUSIONES: Nosotros pudimos observar, que la media de los días desde la solicitud de la evaluación hasta el acceso a la evaluación fue de 97 días. Durante este período la progresión de la enfermedad fue altamente significativa para su valoración con el puntaje MELD. La mortalidad del grupo fue del 22% antes del acceso a la evaluación. La complicación más frecuente fue ascitis refractaria. Por lo tanto, consideramos que los pacientes con un puntaje MELD entre 14 y 17 deberían tener prioridad para su evaluación sin que durante este período se vea afectada la sobrevida y el éxito de la indicación del trasplante hepático.

Tabla 1

	Al solicitar la evaluación	Al acceso a la evaluación
MELD	14±5	17±6*
Child-Turcote- Pugh	8±1	9±1

p<0,05

TO/P-33

TUMORES ESTROMALES DIGESTIVOS: EXPERIENCIA EN HOSPITAL GENERAL POLIVALENTE DURANTE 10 AÑOS

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

INTRODUCCIÓN: los tumores estromales digestivos (TED) son neoplasias submucosas. Afectan más al estómago y al intestino delgado. Son los tumores digestivos no epiteliales más frecuentes, pero son menos del 1% de los tumores digestivos. Los datos disponibles en nuestro medio son escasos. Se presenta aquí la experiencia de un hospital polivalente durante una década. MÉTODOS: Estudio epidemiológico retrospectivo. Se localizó en la base de datos del servicio de Patología del hospital, los pacientes con diagnóstico de TED desde el 2000 al 2010, o por biopsia o pieza quirúrgica. Se revisaron las historias clínicas electrónicas y escritas y se eliminaron aquellos casos en los cuales se había hecho el diagnóstico por biopsias de otras instituciones sin datos disponibles de los pacientes. De cada paciente se obtuvieron datos epidemiológicos (edad al diagnóstico, género), clínicos (forma de presentación, tamaño, muerte, localización, años de seguimiento, nuevo TED), y anatomopatológicos (mitosis, riesgo de Fletcher, presencia de CD117 y Ki67). Se identificaron todos los tumores gástricos diagnosticados durante el periodo de estudio a fin de determinar cuántos de ellos habían TED. RESULTADOS: Hubieron 20 casos de TED en los 10 años. El 55% de los pacientes eran hombres. La edad media al diagnóstico era de 51,1 años (23-70), 48,66 años para las mujeres y 53,09 en los hombres. Presentación: En el 42,86% de los casos fue hallazgo endoscópico, 23,81% hemorragia digestiva alta (HDA), 14,29% oclusión intestinal, 9,52% anemia crónica, y 1 caso de apendicitis aguda y dispepsia crónica. La oclusión intestinal sucedió solo en mujeres, y en los hombres fue tan frecuente la HDA como el hallazgo endoscópico (36,36%). Localización: el 70% de los TED se encontraba en estómago, el 15% en intestino delgado, el 10% en duodeno y el 5% en apéndice. El 85,71% de las muestras fue por pieza quirúrgica. 2 pacientes murieron debido a TED, uno en el postoperatorio. En 2 pacientes se diagnósticó en el seguimiento otro TED. El tamaño medio de los tumores fue de 73,7 mm (15-290). Los años de seguimiento medio fueron 3,15 (0-9). Anatomía Patológica: El 55% de los pacientes tenían CD117 positivo, el 25% positivo/negativo, y el 20% negativo. Número de mitosis por 50 campos: 30% de los informes no lo menciona, el 45% tiene entre 1-5, el 20% 6-10, y el 5% +10. El marcador de proliferación Ki67, no está informado en el 45%, es del 5% en 5 pacientes, del +10% en 3 pacientes, del 3% en 2 pacientes y de 10% en 1 paciente. El riesgo de Fletcher es bajo en el 60% de los casos, intermedio en el 10% y alto en el 30%. En esos 10 años se diagnosticaron 110 tumores gástricos, de los cuales el 12,72% fueron TED. CONCLUSIÓN: Los TED estudiados han sido tumores grandes, mayormente localizados en estómago, de curso clínico y patológico mayormente benigno, que se ha dado más en mayores de 50 años. Son el segundo tumor más diagnosticado en estómago.

TO/P-32

ENFERMEDADES AUTOINMUNES DEL HÍGADO EN UN CONSULTORIO DE HEPATOLOGÍA DE UN HOSPITAL ZONAL

Daino, D(1); Adrover, R(1); Cocozzella, D(1); García, A(1); Pellizzoni, M(1); Contreras, M(1); Romé, J(1)
(1)Hospital Zonal San Roque de Gonnet. Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: el hígado es un órgano sometido a gran exposición antigénica por lo que resulta crucial la capacidad del sistema inmunitario hepático para distinguir entre los antígenos propios y los extraños.
La hepatitis autoinmune (HAI), la cirrosis biliar primaria (CBP) y el síndrome de superposición entre HAI y CBP (SSP), son las enfermedades autoinmunes más frecuentes del hígado. Habitualmente, existen antecedentes personales de otras enfermedades autoinmunes, con un claro predominio del género femenino.
HAI y CBP, son entidades distintas, cada una de ellas tienen características clínicas, serológicas e histológicas definidas. MATERIALES Y MÉTODOS: se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes asistidos en el consultorio de hepatología del servicio de gastroenterología del Hospital Zonal San Roque de Gonnet. Se revisaron un total de 540 historias clínicas de pacientes asistidos entre enero de 2008 y diciembre de 2010. Se evaluaron aquellas que presentaron diagnóstico de hepatopatía autoinmune y se analizó el motivo de consulta, el perfil bioquímico hepático, el dosaje de inmunoglobulinas (IgG, IgA e IgM), la presencia de autoanticuerpos antinucleares, anti musculo liso y anti mitocondriales, la biopsia hepática y las enfermedades autoinmunes concomitantes presentes al momento de la consulta. RESULTADOS: del total de historias clínicas analizadas, 28 pacientes (5,2%) presentaron hepatopatías autoinmunes, de los cuales 10 fueron CBP (35,7%), 11 HAI (39,3%) y 7 SSP (25,0%). El 89,2% de ellas fueron mujeres y la edad promedio fue de 53 años. El motivo de consulta más frecuente (42,8%) fue el aumento de transaminasas (8 HAI, 2 CBP y 2 SSP); el aumento de fosfatasa alcalina motivó la consulta en 25,0% (5 CBP y 2 SSP); el prurito originó la consulta en 21,4% (3 CBP y 3 SSP) y finalmente la ictericia en 10,7% (3 HAI) de los pacientes. El 40% de los pacientes con CBP tenía enfermedades autoinmunes concomitantes al momento del diagnóstico, 2 de ellos presentaron enfermedad celíaca, 1 hipotiroidismo y 1 Síndrome de Sjögren. El 27% de los pacientes con HAI tenían hipotiroidismo al momento del diagnóstico y el 14% de los pacientes con síndrome de superposición presentó Síndrome de Sjögren. Veinte pacientes (70%) fueron sometidos a punción biopsia hepática (PBH), de los cuales sólo en 3 de ellos (15%) se halló cirrosis. Cuatro pacientes presentaron signos clínicos de hipertensión portal y otros 4, que no aceptaron realizarse una biopsia hepática, tuvieron diagnóstico de CBP de acuerdo a marcadores biológicos. CONCLUSIÓN: las enfermedades autoinmunes del hígado representan en nuestro Hospital una causa frecuente de consulta. Los hallazgos respecto al género y a la concomitancia de otras enfermedades autoinmunes en estos pacientes, son semejantes a lo publicado en otras series.

TO/P-34

PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. HELICOBACTER PYLORI Y SU RELACIÓN CON NIVELES SÉRICOS DE UREA

Castillo, G(1); Castillo, GM(1); Castillo, GM(1); Castillo, GM(1); Castillo, GM(1); Castillo, GM
(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina

INTRODUCCIÓN: Las alteraciones relacionadas con el aparato digestivo superior en pacientes con IRC (insuficiencia renal crónica) se manifiestan por sintomatología inespecífica que no se correlaciona con los hallazgos endoscópicos. En este grupo de pacientes, pendientes de trasplante renal, además de los factores de riesgos que comparten con la población general para el desarrollo de patologías del TDS (tracto digestivo superior), se le suma el estado de inmunosupresión que puede influir negativamente en el pronóstico de su enfermedad.
OBJETIVOS: Conocer la prevalencia de patologías del tracto digestivo superior en pacientes con IRC y su correlación clinica-histológica y endoscópica-histológica. Prevalencia de HP y relación con valores de uremia y creatinemia. MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal, el universo lo conformaron todos los pacientes del servicio de Gastroenterología a los que se les realizó FEDA en el período comprendido entre el 1/01/09 y el 31/03/10 , cuya muestra la inegraron los pacientes en protocolo de transplante renal mayores de 16 años, de ambos sexos a los que se les realizó FEDA en ese mismo período. Los datos relacionados con las variables en estudio se recopilaron de historias clinicas, informes de FEDA y anatomía patologíca. Se comparó la prevalencia de HP (helicobacter Pylori) con un grupo control. RESULTADOS: El 54,55% de la muestra fue de sexo masculino, el 56,8% presentó Helicobacter Pylori (HP), la edad media de pacientes con HP fue de 45±12,89 y sin HP de 35±13,3. La patología del TDS más prevalente por FEDA fue las Gastropatía congestiva (79,5%), Esofagitis no erosiva (31,8), Gastropatía erosiva (25%), Gastropatia atrófica (9%), Duodenitis congestiva (6,8%),Esofagitis erosiva (2,27%) y Duodenitis erosiva (2,27%). Sólo el 27,91% presentó sintomatología digestiva. El HP estuvo presente en el 52,63% de las Gastropatías congestivas, en el 71,43% de las Esofagistis no erosivas, en el 63,6% de las Gastropatías erosivas, el 75% de las Gastropatías atróficas y en el 100% de las Duodenitis erosivas y Congestivas. La media para la uremia en pacientes con HP fue de 134,40 ± 67,08 mg/dl y en el grupo sin HP fue de 105,32 ±47,97 mg/dl.
La media para la creatinemia en pacientes con HP fue de 7,16 ± 4,26 mg/dl y en el grupo sin HP fue de 5,87 ± 3,77 mg/dl observandose diferencia estadística significativa (P 0,0126).
La proporción de HP en los pacientes con IRC fue de 0,57, mientras que para el grupo control fue de 0,65 sin diferencia estadística significativa (P 0,126).
CONCLUSIÓN: La patología del tracto digestivo superior más prevalente fue la Gastropatía congestiva. No se encontró correlación entre la sintomatoligía clínica de los pacientes y los hallasgos endoscópicos. La prevalencia del helicobacter Pylori en los pacientes con IRC no difirió con respecto a la población general. Hubo correlación entre los valores séricos de urea más elevados y la presencia de helicobacter Pylori en pacientes con IRC.

TO/P-35

ESTUDIO POBLACIONAL , PREVALENCIA Y CORRELACIÓN DE LAS LESIONES DE LA MUCOSA GASTRICA CON LA PRESENCIA DE HELICOBACTER PYLORI SEGÚN CRITERIOS ENDOSCÓPICOS Y ANATOMOPATOLÓGICOS EN NUESTRO HOSPITAL

Cerdas, NB(1); Ame, C; Ortiz, G
(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina

INTRODUCCION: La colonización del estómago por Helicobacter pylori(Hp) es la más común de las infecciones bacterianas en el ser humano. Su prevalencia en los países emergentes supera el 70%y llega al 90%en latinoamerica constituyendo un problema para la salud pública.Por ser tan prevalente en nuestro medio es muy importante aportar información epidemiológica. OBJETIVOS: Determinar la prevalencia del Hp en adultos,las lesiones gástricas endoscópicas y anatomopatològicas mas prevalentes, su relación con Hp en nuestro servicio,y una correlación endoscópica/histológica. MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo-observacional de tipo transversal sobre 362 ptes, se selecciono 284.Las endoscopias digestivas altas se realizaron con un fibroendoscopio OLYMPUS GIF type q20 tomando 2 biopsias de antro y 1de cuerpo en adultos ambulatorios e internados con síntomas digestivos, protocolos de estudio para pretrasplante renal, anemia de etiología a determinar, post-quirúrgico de cirugía gástrica o tu oculto en el periodo entre 20 marzo del2009 a28 de enero del 2010. RESULTADOS: El 62%(177/284) presentaron Hp(+) el 53.6% fueron mujeres y el 46.4% varones, la edad media fue de 47 y51 años respectivamente.Considerando el hallazgo endoscópico en presencia de Hp(+) el 58.1%(165 ptes)del total presentaron gastropatía congestiva con una diferencia significativa(p=0,040) el 14.4%(41)gastropatía atrófica y el 16.3%(46)gastropatía erosiva.Las lesiones microscópicas mas frecuentes asociadas a Hp(+)fueron en antro: gastritis crónica difusa 43.8%(124),gastritis crónica superficial 8.8%(25), gastritis crónica atrófica 8.1%(25)y metaplasia enteral completa7,8%(22)en cuerpo: gastritis crónica difusa 21.9%(62), gastritis crónica superficial20.8%(59)edema con congestión11.3% y mucosa normal 8.5%.La gastritis crónica folicular asociada a Hp fue más frecuente en antro 5.3% que en cuerpo 2.1%.Las ulceras gástricas fueron 1.8%(5) en antro de las cuales 3 se asociaron a Hp.Los pólipos gástricos el 1.4%(4)1 glandular fúndico con Hp(-) y 3hiperplásicos Hp+. CONCLUSION: La relación sexo/Hp no fue relevante.Nuestro hospital público presentó un %de Hp(62%)inferior al de en una institución privada de nuestra ciudad(71%).La edad media fue similar para ambos sexos. La lesión endoscópica más frecuente fue la gastropatía congestiva 90.1%,con Hp(+) en el 58.1%de la muestra y fue la única con asociación significativa a Hp.La lesión microscópica mas prevalente fue la gastritis crónica difusa predominando en antro 59%en relación a cuerpo 31%, siendo en antro Hp(+) para el 43.8%.La gastritis crónica folicular predomino en antro con asociación significativa con Hp haciendo un total de 21 ptes (7.4%) teniendo en cuenta antro y cuerpo a diferencia de estudios de otra institución de nuestra ciudad donde el %se duplicó. El 60%de las úlceras tenia Hp, predominaron los pólipos hiperplásicos asociados a Hp en el 100%. El Hp fue más frecuente en antro coincidente con la bibliografia.

Lesiones anatomopatologicas con asociacion significativa a Hp

Diagnóstico Microscópico	Chi CuadradoValor P-
G.C.SUPERFICIAL- CUERPO	0,050
G.C.DIFUSA-CUERPO	0,054
G.C.DIFUSA-ANTRO	0,000
G.C.ATROFICA-ANTRO	0,046
G.C.FOLICULAR-ANTRO	0,007
METAPLASIA ENTERAL INCOMPLETA-ANTRO	0,036
TUMOR-CUERPO	0,026
EDEMA/CONGESTION-ANTRO	0,000
MUCOSA NORMAL-CUERPO	0,008
MUCOSA NORMAL-ANTRO	0,000

TO/P-37

VALORES NORMALES E INFLUENCIA DEL SITIO DE COLOCACION DE LOS ELECTRODOS EN LA ph-METRIA GASTRICA

Lasa, JS(1); Peralta, AD(1); Dima, G(1); Soifer, LO(1)
(1)Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC. Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCION: La medición en forma prolongada de la acidez gástrica es un procedimiento útil para la investigación de los trastornos relacionados con la secreción ácida y para analizar la respuesta de los fármacos antisecretores. El empleo de microelectrodos intragástricos conectados a grabadores ambulatorios de estado sólido se utiliza cada vez más y está sustituyendo a los métodos aspirativos tradicionales. Esta técnica tiene la ventaja de permitir un conocimiento preciso no sólo del nivel, sino también de las variaciones de la acidez gástrica en el tiempo, en relación con los acontecimientos habituales de la vida cotidiana. OBJETIVOS: 1) Determinar los valores porcentuales normales de pH menor de 4 intragástricos de 24 horas en sujetos controles asintomáticos; 2) Establecer si existen diferencias en los porcentajes de pH relacionados con la ubicación de los electrodos intragástricos. MATERIALES Y METODOS: 17 sujetos asintomáticos (10 varones; edad promedio 37.2 años, rango 18-54) dieron su consentimiento escrito para que se les efectuara el estudio ambulatorio de pH intragástrico. Con el sujeto en ayunas, un catéter de pH con doble electrodo de antimonio, fue introducido por vía nasogástrica. El electrodo distal fue posicionado a 55 cm y el proximal a 50 cm del reborde nasal. Fueron capturados 6 valores de pH por minuto en equipos ambulatorios Sandhill ® (Sandhill Scientific, Highlands Ranch, CO, USA), y los resultados fueron interpretados mediante el software correspondiente. Se analizaron estadísticamente los porcentajes de pH menor a 4 en las 24 horas del estudio y se compararon los porcentajes obtenidos con ambos electrodos. Para la comparación de los resultados entre electrodos proximal y distal se utilizó el test de Wilcoxon. RESULTADOS: En tres de los 17 sujetos los valores de pH en el electrodo proximal fueron compatibles con una ubicación intraesofágica, por lo que estos sujetos no fueron tomados en cuenta para la comparación entre ambos electrodos. El valor considerado como normal para pH < de 4 en los electrodos proximal y distal respectivamente fue de 82.95 (poner ambos valores con IC 95%) Entre ambas ubicaciones de los electrodos se verificaron diferencias significativas en los porcentajes de pH menor de 4 de 24 horas (P= 0.003). Además, al evaluar la correlación entre ambas mediciones, encontramos que la misma fue débil [r2= 0.3 (IC 95% = 0.022-0.834)] CONCLUSIONES: La ubicación de los electrodos es un factor importante a considerar cuando se interpretan los resultados de una pH-metría ambulatoria intragástrica de 24 horas.

TO/P-36

RÉDITO DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPÍA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CON TRANSPLANTE RENAL Y RENOPANCREÁTICO

Pizzala, JE(1); Matoso, MD(1); Algranati, S(2); Imperiali, N(2); Talamazzi, AR(1); Abecia, VH(1); Cariello, M(1); Mombelli, C(2); Pierángelo, M(2); Carrillo, PA(1); Jiménez Larriva, D(1); Giunta, D(3); Giordani, M(2); Groppa, S(1); Boutboth, G(1); Macías Gómez, C(1); De Paula, JA(1)
(1)Gastroenterología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. (2)Nefrología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. (3)Investigación clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires.

INTRODUCCIÓN: Los síntomas gastrointestinales altos son frecuentes en pacientes con transplante renal y renopancreático. Los mismos pueden ser secundarios a al uso de inmunosupresores y/o estar asociados a infecciones oportunistas (IO). La videoendoscopía digestiva alta (VEDA) es útil en el diagnóstico de patologías con implicancia clínica. OBJETIVOS: Nos propusimos evaluar el rédito diagnóstico de la VEDA en esta población y describir los hallazgos endoscópicos. También evaluar la correlación clínica-endoscópica en este grupo de pacientes. MÉTODOS: Se revisaron manualmente 218 historias clínicas electrónicas de los pacientes que recibieron un transplante renal o renopancreático entre junio del 2004 y octubre del 2010 en un hospital universitario. Se seleccionaron los pacientes que habían sido sometidos a VEDA por síntomas gastrointestinales altos (epigastralgia, disfagia, odinofagia, sospecha de sangrado digestivo alto). Fueron analizados los datos demográficos, clínicos, endoscópicos y los resultados de los exámenes realizados sobre las muestras de tejido obtenidas. RESULTADOS: Treinta y cuatro de los 218 pacientes transplantados fueron sometidos a una VEDA con un seguimiento promedio de 26.1 meses (1,5-66). La mediana de edad fue de 36 años (24-70), la relación mujer/hombre: 1,2. El esquema de inmunosupresión utilizado en 30 de 34 pacientes (88%) incluía micofenolato. Los síntomas que más frecuentemente motivaron el estudio fueron: epigastralgia (32%), sospecha de sangrado digestivo (21%), vómitos (15%) y odinofagia (12%). El dolor epigástrico se presentó con mayor frecuencia en el grupo con IO (47%) que en el grupo sin IO (27%). El 85% de las VEDAs fueron realizadas dentro de los primeros 6 meses post transplante. En 24 pacientes se encontraron anormalidades macroscópicas en la VEDA. En 14 (44%) pacientes se encontraron 16 IO: Citomegalovirus en 9, esofagitis por cándida en el 4 y strongyloidiasis invasiva en 3 pacientes. Los pacientes con IO tuvieron una mayor frecuencia de alteraciones macroscópicas en la VEDA (grupo IO: 93% vs grupo sin IO: 57%, p < 0.024). No hubo diferencia significativa en la frecuencia de IO entre los transplantes renales (22) y los Transplantes renopancreáticos (12). CONCLUSIONES: La VEDA seguida de adecuado análisis de la muestra obtenida tuvo un elevado rendimiento diagnóstico en este grupo de pacientes, debido a que detectó anormalidades clínicamente significativas en el 44%. Creemos que la VEDA es una herramienta útil en el diagnóstico de IO asociadas a la inmunosupresión y que la presencia de síntomas digestivos altos debe alertar sobre una la necesidad de su realización en forma precoz. CONCLUSIÓN: las enfermedades autoinmunes del hígado representan en nuestro Hospital una causa frecuente de consulta. Los hallazgos respecto al género y a la concomitancia de otras enfermedades autoinmunes en estos pacientes, son semejantes a lo publicado en otras series.

TO/P-38

VALORACION DE LA CHARLA PREVIA PARA LA PREPARACION PARA UN ESTUDIO DE COLONOSCOPIA

Gomez, PH(1); Gomez, PH(2)
(1)Hospital Aeronáutico Central (2)Hospital Aeronáutico Central,Servicio de Gastroenterología. Argentina.

Esta es una Estadìstica de estudios de colonoscopia realizados,en el mes de Enero de 2008 al mes de Junio de 2009 y estudios realizados de colonoscopia del mes de Julio de 2009 al mes de Diciembre de 2010. Los resultados son :en el prìmer perìodo se realizaron 306 estudios de videoscolonoscopias. y en el segundo perìodo :416 estudios realizados. En el primer periodo(306 estudios) eran los mèdicos del servicio en la atenciòn de consultorio los que entregaban la preparaciòn previa al paciente, hubo 26 pacientes que vinieron mal preparados con restos de materia fecal, lo cual dificultò el procedimiento. De ese total 21 eran internados del hospital y 285 ambulatorios. En el segundo perìodo (416 estudios) me hice responsable yo, que soy asistente endoscopista, de dar la preparaciòn previa a los pacientes, para realizar estudios colonoscopicos, hubo 41 pacientes que vinieron mal preparados con restos de materia fecal en el colon, de ese total 29 eran internados del hospital y 387 eran ambulatorios. Las conclusiones que puedo sacar de esto es que, una buena comunicacion paciente-asistente y mèdico, es fundamental para realizar un buen estudio del colon, reduciendo el peligro de perforaciòn , pudiendo realizar un mejor diagnòstico y una mejor terapèutica en el caso que lo requiera. Tenemos que aceptar que a veces entregar un papel y que el paciente se arregle como puda, no es lo mejor tambièn hay que explicarlo en forma verbal, no solo la limpieza sino tambien los riesgos que con lleva una mala preparaciòn. Tomarse 15 minutos con cada paciente puede salvar vidas,detectando enfermedades malignas a tiempo y evitando cirugias innesesarias. GRACIAS.

CC/O-01

SINDROME CRONKHITE CANADA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE MALABSORCIÓN INTESTINAL

Gimenez Villamil, MP(1); Manazzoni, D(1); Rivera, JC(1); Etchevers, MJ(1); Abecia, VH(1); Pizzala, JE(1); Mullen, E(2); Van Domselaar, F(1); Piccioni, HL(1); De Paula, JA(1)
(1)Gastroenterologia, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina (2)Anatomía Patológica, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Cronkhite Canada es una enfermedad infrecuente. Se han reportado 400 casos en todo el mundo, de los cuales el 75% son japoneses. Está caracterizado por pólipos gastrointestinales no adenomatosos, diarrea crónica, hipoproteinemia, malnutrición y alteración de las faneras. Su etiología es desconocida y su tratamiento un desafío. Presentamos un nuevo caso de este síndrome con el objetivo de recordar su existencia y aumentar la casuística e información disponible. CASO CLÍNICO: Hombre, 74 años de edad nacido en Catamarca y radicado en Comodoro Rivadavia. Refiere presentar en el último año diarrea líquida, abundante, sin moco, pus o sangre acompañado de hipogueusia y pérdida de 20 kg de peso. En su centro de referencia inicia dieta libre de gluten por sospecha de enfermedad celiaca sin respuesta con deterioro del estado general y trastornos hidroelectrolíticos severos por lo que se decide su derivación a nuestro centro. Examen físico al ingreso: emaciado con deterioro del sensorio. Pérdida de uñas de las manos. Distrofia de uñas de los pies. Hiperpigmentación de palmas de las manos y plantas de pies. Alopecia difusa. Laboratorio: Hb 10g/dl, VCM 109, albuminemia 2.5g/dl, Na 138mEq/l, K 3,1mEq/l, Cl 113mEq/l, Ca i 0,96mEq/l, Mg 2,2mEq/l, P 4mEq/l. Serología de la enfermedad celiaca y HIV negativa VEDA: pliegues duodenales de aspecto edematoso. Región antral con múltiples lesiones sobreelevadas congestivas mamelonadas. VCC hasta los 60 cm del margen anal muestra dilatación colónica en todo el segmento evaluado con áreas parcheadas de mucosa micronodular con pérdida del patrón vascular y formaciones sobreelevadas polipoideas, algunas digitiformes, congestivas, sangrantes al roce. Biopsias de colon descendente, sigmoides, recto: presencia de glándulas irregulares, dilatadas, de aspecto quístico, algunas con morfología hiperplásica o bifurcaciones. Compatible con pólipos hamartomatosos. Antro y duodeno presentan alteraciones similares. Se establece el diagnóstico de Síndrome de Cronkhite Canada y se inicia tratamiento con esteroides EV y alimentación parenteral. Presenta franca mejoría de su estado general con re-epitelización de faneras pero con persistencia de la diarrea y requerimiento de reposiciones electrolíticas. Se decide la derivación a su lugar de origen, para seguimiento. COMENTARIO: El síndrome de Cronkhite Canada es una entidad poco frecuente, con pobre respuesta al tratamiento y mal pronóstico. Si bien es una rareza, ante un paciente con síndrome de malabsorción, alteraciones en el gusto y el olfato e hipoplasia ungueal debemos sospechar esta enfermedad. La infrecuencia y las numerosas dudas respecto a su etiología y tratamiento motivan la comunicación de nuevos casos.

CC/O-02

HIPERTRANSAMINEMIA EN LACTANTE CON DIAGNÓSTICO DE GLUCOGENOSIS

Quinteros, E(1); Petri, V(1); Riga, C(1); Depetri, ML(1)
(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba, Argentina

INTRODUCCIÓN: Las Glucogenosis son un grupo de enfermedades poco frecuentes caracterizadas por depósito de glucógeno en hígado, músculo y otros órganos.
De acuerdo a las enzimas afectadas, se las clasifica en diferentes tipos, las que varían desde formas leves a severas que requieren transplante hepático. OBJETIVO: Presentar un paciente con hipertransaminemia a quien se le diagnostica una enfermedad poco frecuente.
RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA: Paciente de 1 año y tres meses de edad, presenta desde los primeros días de vida vómitos repetidos siendo diagnosticado, hipertrofia de píloro, reflujo gastroesofágico e infección urinaria, recibiendo el tratamiento respectivo.
A los 7 meses presenta episodio de convulsión afebril que no se repite, se objetiva en control de laboratorio elevación de transaminasas e hipertrigliceridemia por lo que se profundizan estudios diagnósticos.
Examen físico normal y buen desarrollo madurativo y pondoestatural.
Luego de 6 meses de persistencia de hipertransaminemia se realiza biopsia hepática compatible con Glucogenosis. CONCLUSIÓN: Ante un lactante con persistencia de transaminasas elevadas, con evolución nutricional y madurativa adecuada , debería sospecharse enfermedad metabólica, la cual debe ser tratada para evitar complicaciones mayores.

CC/O-03

METÁSTASIS OVÁRICA DE TUMORES COLORECTALES. REPORTE DE TRES CASOS

Babot Eraña, G; Cazón, R; Palazzo, A; Palazzo, A; Palazzo, F; Pérez, D; Ortiz Mayor, M
Argentina.

INTRODUCCION: El cáncer colorrectal (CCR) ocupa el segundo lugar en incidencia y mortalidad por cáncer en la mayoría de los países desarrollados, en ambos sexos. Al momento del diagnóstico hay metástasis en 20% de los casos y más del 50% de los pacientes tendrán enfermedad metastásica o localmente avanzada en algún momento de la evolución. Los ovarios son lugar frecuente de metástasis (prevalencia del 6%). El diagnóstico diferencial con tumores primarios de ovarios suele ser una dificultad por su semejanza histológica. PACIENTES: Caso 1: mujer de 38 años, consulta por abdomen agudo suboclusivo, ecografía imagen quística en ovario derecho de 133 x 105 mm; se realizó anexohisterectomia bilateral. Biopsia informa cistoadenocarcinoma endometroide. Recibe tratamiento quimioterápico. Seis meses después consulta nuevamente por abdomen agudo oclusivo, se deriva a nuestro servicio. Al ingreso TAC abdominal evidencia marcada distensión de marco colónico y asas de intestino delgado, reducción de calibre a nivel de ampolla rectal y engrosamiento de sus paredes. Colonoscopia: a 10 cm de margen anal lesión estenosante mamelonada. Biopsia: adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante de colon. Se revisa primera biopsia y se evidencia que presentaba misma histología. Caso 2: mujer de 37 años quien refiere desde octubre 2008 diarrea crónica, anemia, hipertransaminasemia, que fue estudiada sin llegar a determinar etiología. Cursa segundo embarazo en Set 2009. Eco TV a las seis semanas de gestación: normal. Presenta diarrea, dolor abdominal y vómitos durante los primeros seis meses. Pierde 15 kg. Eco abdominal: litiasis vesicular. Se instala cuadro suboclusivo y deterioro de función hepática. RMN: neoformación en colon derecho. Se realiza cesárea con hemicolectomía derecha y anexohisterectomía por compromiso ovárico bilateral. Biopsia: adenocarcinoma moderadamente diferenciado de colon con metástasis ovárica bilateral. Consulta en nuestro servicio en mayo 2010 por epigastralgia y náuseas secundarias a quimioterapia. VEDA, colono y eco de control, normales. Caso 3: Mujer de 49 años ingresa por diarrea aguda con antecedente de adenocarcinoma metastásico de colon en ovario derecho. CEA normal. Eco Abdominal: en FII imagen de víscera hueca de pared gruesa, hipoecoica, en diana de 36 x20 mm. Rectosigmoidoscopía: proceso orgánico en sigma a16 cm del márgen anal. TAC: recto con paredes engrosadas en forma regular. Mar 2011: hemicolectomía izquierda. Biopsia: adenocarcinoma moderadamente diferenciado de colon. CONCLUSIONES: Ante un tumor de ovario se debe descartar que sea un tumor secundario de origen gastrointestinal y viceversa. En las pacientes con cáncer de estómago o colon descartar siempre la presencia de metástasis ováricas. Se debería realizar endoscopía alta y colonoscopía en las pacientes con tumor de ovario antes de la cirugía. Se discute la ooforectomía profiláctica en pacientes sometidas a cirugía por tumores gastrointestinales malignos.

CC/O-04

NÓDULOS HEPÁTICOS MÚLTIPLES EN MUJER JÓVEN

Mosqueda., NM(1)
(1)Hospital Julio C Perrando. Argentina.

El 26/09/08 consulto por derivación del Servicio de Endocrinología. Al momento de la consulta presentaba una ecografía con imágenes hepáticas múltiples. El estado general de la paciente era bueno, con hábito eutrófico.
Como antecedente de importancia, a la paciente se le realizo tiroidectomía total por carcinoma papilar de tiroides diferenciado, en febrero del 2008. Recibió ablación con yodo 131 en mayo del mismo año.(150 microcuri).
Se le solicito TAC de abdomen donde se observaban múltiples lesiones hipoecoicas pequeñas en ambos lóbulos hepáticos, sin adenomegalias. Hepatograma y función hepática conservas, eritrosedimentación normal.
Se realizo punción biopsia hepática transparietal guiada por Ecografía la cual no dio diagnostico, solo descartaba malignidad.
Los marcadores tumorales (CAE, CA 19-9) fueron negativos al igual que la serologia para hidatidosis. Se solicita entonces una RNM de abdomen que informa lesiones hepáticas compatibles con Hamartomatosis Biliar. Se repitió la biopsia la cual fue diagnostica.

CC/P-01

FIBROLIPOMA ESOFÁGICO

Calzetta, PA(1); Roig Jara, D(1); Baéz, EV(1); Currás, A(1)
(1)Servicio de Gastroenterología, Htal. César Milstein, CABA, Argentina

INTRODUCCIÓN: Los lipomas esofágicos son tumores raros que representan aproximadamente el 0.4 % de los tumores benignos del tracto digestivo. Su origen es submucoso. El síntoma principal, en caso de que lo haya, es la disfagia secundaria a la obstrucción esofágica, pero también pueden ocasionar dolor torácico, disnea, disfonía, regurgitación, sangrado por ulceración y obstrucción respiratoria por aspiración. Los estudios diagnósticos de elección incluyen: SEGD, VEDA, Ecoendoscopía y TAC. El tratamiento de elección es la resección que puede ser endoscópica o quirúrgica. OBJETIVO: Compartir la experiencia en el manejo de un paciente con lipoma esofágico.

Caso Clínico: Paciente de 79 años con antecedentes de hipertensión arterial, bloqueo AV completo y colocación de marcapaso, que consulta por disfagia progresiva a sólidos y luego a líquidos de dos años de evolución.

Exámen Físico y Laboratorio: s/p

SEGD: Esófago permeable con imágen elongada en tercio medio. RGE. Hernia Hiatal. Estómago y duodeno sin lesiones. VEDA:Esófago:A 20 cm Lesión pediculada Esofágica de aspecto submucoso, de consistencia blanda, que se extiende hasta los 35 cm, de alrededor de 5 cm en su parte distal y cubierta de mucosa normal. Estómago y Duodeno hasta segunda porción sin lesiones.

TAC Tórax, Abdomen y Pelvis:Sin alteraciones.

Ecoendoscopía:En 1/3 medio de pared esofágica se evidencia lesión pediculada de aspecto submucoso, isoecoica, de 2.3 X 1.4 cm con pedículo ancho y sin compromiso de la capa muscular externa a la misma.

Con diagnóstico de tumor esofágico submucoso se decidió realizar la resección endoscópica para lo cual se inyectaron 2 cc de Adrenalina 1/10000 en el pedículo. Se tomó el pólipo con ansa de polipectomía y se lo resecó.

Anatomía patológica informó:

Macroscopía:Pólipo de 5.6 cm de consistencia blanda.

Microscopía: Epitelio escamoso con hiperqueratosis intensa, anomalías nucleares intraepiteliales. Densa infiltración inflamatoria mononuclear y en profundidad proliferación de tejido adiposo vascularizado delimitados con tractos fibrosos que demarcan nódulos de ubicación intramuscular. DIAGNÓSTICO: Fibrolipoma que sobreeleva el epitelio escamoso esofágico el que muestra focotos de displasia leve y moderada. CONCLUSIONES: El tratamiento endoscópico de lipomas esofágicos parece una opción posible según el tamaño y la accesibilidad. El abordaje endoscópico resulta atractivo dado que se asocia a menor mortalidad y menor tiempo de internación que el quirúrgico (12 hs VS 6 días).

CC/P-02

LINFOMA NO HODKING DE DUODENO

Bizberge, HB; Giordano Romano, A; Perez, AR; Bizberge, HB(1)
(1)Hospital General de Agudos Dalmacio Velez Sarsfield - CABA. Argentina.

La localización primaria en duodeno de un linfoma es extremadamente rara. La sintomatología es tardía e inespecífica, por lo que suele diagnosticarse en estadíos avanzados. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, nauseas, vómitos, ictericia, palidez, hematemesis, melena, diarrea, fatiga,con variaciones particulares que dependen de la localización del tumor con respectp a la ampolla de Vatter. La duración media de los síntomas hasta llegar al diagnóstico es de aproximadamente ocho meses.

Se trata de una paciente de 82 años que concurre a la consulta por presentar un cuadro de nauseas, vómitos, epigastralgia, acidez de varios meses de evolución. El examen físico no arrojó datos significativos. Se realiza Videoesofagogastroduodenoscopia observando a nivel de la segunda porción duodenal una formación sobre elevada, ulcerada, friable, que impide el paso del endoscopio. Se toman biopsias. La tinción con H&E induce al diagnóstico de Linfoma por lo que se realiza estudio de inmunohistoquímica que informa CD20(L26) (Pan- B) positivo, CD30 (VER H2) negativo, CD10 (CALLA) negativo, bc16 negativo, CD138 positivo en plasmocitos, Cadena Liviana Kappa positivo en plasmocitos, bcl-2 positivo, Ciclina D1 Monoclonal obtenido en conejos negativo, CD3 (Pan- T) Monoclonal obtenido en conejos negativo, CD5 Monoclonal obtenido en conejos negativo, CD23 MMonoclonal obtebido en conejos negativo. Los caracteres morfológicos y el perfil inmunológico corresponden a un Linfoma No Hodking de células B periféricas o maduras subtipo probable Linfoma de Células Grandes. Se solicita TAC de Abdomen que informa la presencia de un engrosamiento de la pared a nivel de la segunda porción del duodeno..

Se define como Linfoma Primario aquel que 1° No infiltra ganglios linfáticos periféricos o mediastinales, 2° Recuentos de leucocitoos normal, 3° Predominio de la lesión en tracto gastrointestinal con compromiso de ganglios regionales, 4° Hígado y Bazo sin infiltración linfocítica. Nuestra paciente, cumplia con estos criterios. Se considera que el tratamiento combinado de cirugía y radioterapia es el más adecuado pero dada la edad avanzada de nuestra paciente, se decidió derivarla para realizar tratamiento oncológico

CC/P-03

SUBOCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A MALROTACIÓN INTESTINAL

Longarini, G(1); Barassi, S(1); Mauriño, E(1)
(1)Hospital B.Udaondo. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La mal rotación intestinal representa un defecto en la embriogénesis cuando los intestinos retornan a la cavidad abdominal a través del anillo umbilical. El diagnóstico de malrotación en adultos no es frecuente por lo que sus manifestaciones suelen ser atribuidas a otras patologías.OBJETIVO: presentación de un caso de suboclusión intestinal de etiología no frecuente en adultos. CASO CLÍNICO: Mujer de 25 años, quien consulta por presentar dolor abdominal tipo cólico asociado a distensión abdominal, falta de eliminación de gases y vómitos biliosos de cinco días de evolución. Refería cuadros similares de suboclusión intestinal y diarrea esteatorreica desde los dos años de edad. Negaba consumo de medicación. No presentaba antecedentes quirúrgicos. Presentaba abdomen distendido con timpanismo generalizado, gorgoteo en flanco izquierdo y dolor a la palpación abdominal en epigastrio, aumento de los ruidos hidroaereos. Indice de masa corporal 20,2 Laboratorio: glóbulos blancos 5340 hematocrito 38 hemoglobina 14.3 plaquetas 483.000 glucemia 105 urea 15 ionograma 139/4,4 hepatograma normal, albumina 4, calcio 8,1, eritrosedimentación 10,antitransglutaminasa negativa, antiendomisio negativo.Radiografía de abdomen: presencia de niveles de intestino delgado. Video endoscopía digestiva alta: sin alteraciones. Biopsia de 2°porción del duodeno normal. Tránsito de intestino delgado: a nivel de asas pélvicas de yeyuno e íleon se observan segmentos con dilatación, estrechez y pérdida del patrón mucoso con floculación del material de contraste.Tomografía axial computada de abdomen: Presencia de rotación medial en raíz del mesenterio derecho, con imagen de remolino, compatible con vólvulo intestinal. Angioresonancia de abdomen: estudio angiográfico no muestra alteración del calibre o flujo de vasos abdominales. En secuencia axial tomografica 2 se comprueba imagen alargada en topografía mesentérica compuesta por imágenes circulares concéntricas. Laparoscopia: se observa mal rotación del intestino delgado y colon con alteración del eje vascular. Se liberan adherencias por vía laparoscópica y se realiza enterectomía con entero-entero anastomosis. RESULTADOS: La paciente presenta cuadros de suboclusión intestinal desde temprana edad sin un diagnostico etiológico preciso de los mismos. Se realiza tomografía computada de abdomen donde se visualiza la imagen típica de vólvulo intestinal, lo cual junto a los antecedentes clínicos que presentaba la paciente se plantea el diagnostico presuntivo de mal rotación intestinal. En la laparoscopía se confirma el diagnostico de mal rotación intestinal y se corrige dicha alteración. CONCLUSIÓN: el diagnostico de mal rotación intestinal en adultos es infrecuente, debe ser considerado en pacientes con antecedentes de suboclusion intestinal, en especial desde edades tempranas, que presentaran imagen característica de vólvulo intestinal en los estudios por imágenes, cuyo diagnostico se confirmara en la laparoscopía.

CC/P-04

ENTERITIS LINFOCITARIA CON ATROFIA VELLOSITARIA DE CAUSA INUSUAL

Kohan, M(1); Panunto, M(1); Cenoz, C(2); Soccini, C(1); Gimenez Villamil, C(1)
(1)Servicio de Gastroenterología y Videoendoscopia. Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. CABA. Argentina. (2)Laboratorio de Anatomía Patológica. Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. CABA. Argentina

INTRODUCCIÓN: La enteritis linfocitaria con atrofia vellositaria es la lesión histológica característica de la enfermedad celíaca. No obstante, puede encontrarse en otras situaciones como la giardiasis, la enteritis por radiación, el esprue tropical, la enteropatía por VIH, en ciertas inmunodeficiencias, en la isquemia crónica del intestino delgado, etc.

Los individuos con dicha alteración pueden ser asintomáticos, presentar síntomas mínimos o cuadros floridos de malabsorción. OBJETIVO: Presentar un caso cuyo diagnóstico histológico fue enteritis linfocitaria con atrofia vellositaria en el que se descartó la enfermedad celíaca y postular una posible causa de la lesión.

CASO CLÍNICO: Paciente varón de 53 años sin antecedentes clínicos ni quirúrgicos y con antecedentes familiares de cáncer de colon (madre y abuela materna) que sufrió en el año 2005 un accidente de tránsito que le ocasionó varias fracturas en miembros y costillas. Presentó posteriormente un cuadro de stress postraumático prolongado durante el cual se alimentó inadecuadamente y recibió ansiolíticos y antidepresivos. El paciente refirió el consumo de cocaína IV durante ese periodo que duró alrededor de 3 años. Perdió 6 kg de peso. En marzo de 2009, consultó por decaimiento y se detectó anemia ferropénica (Hematocrito 36%, hemoglobina 11g/dl, ferremia 35µg/dl, saturación de transferrina 11%, ferritina 11µg/l; hepatograma y proteinograma electroforético normales). No presentaba síntomas digestivos. Se efectuó VEDA: Antro, bulbo y segunda porción duodenal con erosiones. VCC: Divertículos en sigma, mucosa normal. Biopsia gástrica: Gastritis reactiva antral, HP (-); biopsia duodenal: enteritis linfocitaria con marcada atrofia vellositaria (Grado IIIc de Marsh). Se solicitaron anticuerpos antiendomisio Ig A e Ig G y antitransglutaminasa Ig A e Ig G que resultaron negativos en 2 oportunidades, Ig A 148 U (VN 70 a 400). El paciente recibió ferroterapia por VO pero se negó a cumplir una dieta libre de gluten. Confirmó que había abandonado el consumo de cocaína a fin de 2008. El anticuerpo anti VIH fue negativo y también el estudio parasitológico en materia fecal. La tipificación de HLA arrojó un resultado negativo para DQ2 y DQ8.

En agosto de 2010, el paciente había recuperado su peso y presentaba: hematocrito 46%, hemoglobina 14g/dl, ferritina 26 µg/dl, ferremia 67 µg/l y saturación de transferrina 20%. Se efectuó VEDA de control con biopsia de duodeno que resultó normal. CONCLUSIÓN: Como se sabe, la cocaína es un potente vasoconstrictor y se han descrito casos de isquemia intestinal crónica atribuidos a ella. Creemos que éste último podría ser el mecanismo responsable de la atrofia vellositaria dado que el abandono del consumo del tóxico resultó en la desaparición de la lesión histológica.

CC/P-05

PSEUDO-OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DE CAUSA POCO FRECUENTE EN ADULTOS

Perna, L(1); Milano, C(1); Gutierrez, S(1); Milocco, M(1); Davalos, P(1); Pagnotta, S(1); Alvarez, E(2); Staciuk, F(2); Estevez, S(2); Mastronardi, L(3)
(1)Servicio de Gastroenterología. Hospital Posadas (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Posadas (3)Servicio de Cirugía. Hospital Posadas. Argentina.

Paciente femenino de 34 años, antecedentes de constipación y fecalomas desde la infancia; hipotiroidismo en tratamiento,infecciones urinarias a repetición, tres gestas, dos partos y un aborto. Durante el últimopuerperio (5/10) es internada en otro centro por vómitos fecaloides y distensión abdominal, requirió desmoronamiento de fecaloma y apendicetomía. No evoluciona favorablemente,se interviene quirúrgicamente realizándosehemicolectomía derecha, abocamiento de ambos cabos por perforación cecal.En la macroscopía de la pieza remitida se constataperitonitis, perforación de ciego y colon ascendente.Ingresa a nuestra institución el 15/06/10 (derivada), por distensión abdominal, vómitos e intolerancia a la vía oral.Al examen físico: lúcida, afebril, BMI 22, abdomen indoloro, colostomía vital funcionante. Tacto rectal: esfínter normotónico, paredes lisas, escasa materia fecal.Laboratorio:hematocrito 28%, leucocitos 5500, plaquetas 150, Na/K/Cl 133/4.5/104, Ca/P/Mg 7.3/3.4/1.3,bilirrubina total 0.3, GOT61, GPT 84, fosfatasa alcalina 124,proteínas totales 4,albúmina 1.5,colesterol total 72, triglicéridos 119, HDL 5, LDL 22; Quick 89%; marcadores viralesnegativos(HIV, HVB, HVC, CMV); VDRL (-); anticuerpos AGA, TTG y EMA negativos; hormonas tiroideas normales.Rx abdomen:distensión de asas, niveles hidroaéreos y signos de edema de la pared intestinal.VEDA: lesiones compatibles con Candidiasis Esofágica. Ecografía abdomen:distensión de asas, ausencia de líquido libre en cavidad abdominal, resto del examen normal. Seriada esófago-gastro-duodenal y tránsito intestinal:disminución del pasaje de contraste a nivel de yeyuno proximal. Por intolerancia se suspende alimentación vía oral y enteral. El29/06/10 se decide intervención quirúrgica porobstrucción intestinal:peritonitis plástica y perforación de intestino delgado (ID) a 40cm de asa fija. Se resecan aproximadamente 10cm ID desvitalizado y se realiza entero-enteroanastomosis. Ingresa a Unidad de Terapia Intensiva vígil, respiración espontánea. Se inicia Nutrición Parenteral Total, Levotiroxina y antibióticos. A las 48 hrs del posoperatorio evoluciona con shock séptico, requiriendo intubación orotraqueal e inotrópicos. Laboratoriohematocrito 27%, leucocitos 36.000, plaquetas 20.000, urea 0.10; creatinina 0.4,proteínas totales 3.6,albúmina 1.6,Quick 54%. Al 4to día de la última cirugía se reopera por abdomen agudo: perforación deID a 10cm de asa fija, peritonitis purulenta generalizada. Resección de asa comprometida, entero-enteroanastomosis, tutorización con Kehr a 80cm de asa fija, abdomen abierto y contenido con malla de polipropileno. Ingresa muestra anatomía patológicay bacteriológica. Desarrolla en la evolución shock hipovolémico, sepsis (foco abdominal y pulmonar). Fallece el día 17/07/10. Revisión de AP correspondiente a hemicolectomía derecha e intestino delgado: cuadromorfológico compatible con Miopatía Visceral.

CC/P-06

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ILEO BILIAR

Mingroni, RD(1)
(1)Plus Centro Médico. Servicio de Gastroenterologia.Villa Constitución. Argentina.

El ileo es una complicacion rara de la litiásis biliar que ocurre en apenas el 0.1% de los pacientes y supone el 1 al 6% del total de las oclusiones intestinales mecánicas del adulto. Afecta con mayor frecuencia a los ancianos que usualmente tienen co morbilidades y es 16 veces más comun en mujeres. Se produce por la impactación de un lito en el intestino despues de haber pasado por una fistula bilio-entérica. Mujer de 73 años de edad, hipertensa, no diabética, que dos días antes del ingreso presenta dolor tipo cólico, intenso, localizado en abdomen superior, desencadenado por ingesta copiosa, que se acompaña de vómitos biliosos en varias ocasiones, que alivia parcialmente el dolor. Acude a la guardiadonde recibió análgesicos, antieméticos y bloqueadores H2.A las 24 horas incrementa la intensidad del dolor y se añade distension abdominal y falta de eliminacion de gases. Al exámen físico: TA 110/70mmhg, FC 80 x min y 36.8° C de tempratura. Estaba lúcida, orientada, en regular estado general. Ruidos cardiacos rítmicos hipofoneticos. En los pulmones había rales subcrepitantes en la base izquierda. Abdomen distendido, en la mitad superior, depresible doloroso en forma difusa, sin resistencia, ni signos de peritonismo.RHA muy disminuidos. Rx directa de abdomen:Se aprecia dilatacion de cámara gastrica, asas dedelgado dilatadas, en abdomen superior. Ecografia abdominal: Higado: Se observa aerobilia.Vesicula biliar: De paredes engrosadas, con litiasis vesicular múltiple.Se aprecian ademas dilatación de asas de delgado, en hemiabdomen superior, en proyección de hipocondrio izquierdo, flanco izquierdo, se observan asas de delgado dilatadas con pared engrosadas y una imagen mixta de 47 mm de DT con sombra acustica posterior sucia. Tomagrafia axial Computada: Se aprecia importante dilatación gastrica(sonda nasogastrica en su interior) asas de delgado dilatadas con pared engrosada, observandose a nivel del ángulo de treitz, imágen redondeada, radiodensa compatible con lito Se realizó laparotomía exploradora donde se observan asas de delgado dilatadas hasta alrededor de los últimos 40 cm del íleon , donde se encontró un cálculo grande enclavado a este nivel de 5 cm de largo, se realizó enterolitotomía con enterorrafia yposteriormente se procedió a la colecistectomia y a la reparación de la fistula bilioenterica. El ileo biliar en una causa infrecuente de obstruccion mecánica intestinal.El tratamiento debe ser quirúrgico, y debe estar encaminado hacia la resolución del cuadro oclusivo y luego a la reparacion de la fístula bilioenterica

CC/P-07

NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE NEVUS AZUL (BEAN)

Depetri, ML(1); Quinteros, E(1); Riga, C(1); Petri, V(1)
(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba, Argentina

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Bean es una patología muy poco frecuente caracterizada por el desarrollo de hemangiomas cavernosos de la piel y tracto gastrointestinal. Su gravedad depende del desarrollo de las complicaciones gastrointestinales en forma de hemorragias que pueden ser cataclísmicas. A pesar de las múltiples opciones terapeúticas, ninguna de tiene evidencia convincente de éxito durable. OBJETIVO: Presentar éxito terapeútico en un paciente pediátrico con Síndrome de Bean. CASO CLÍNICO: Paciente de 13 años con antecedente múltiples hemangiomas de piel desde los 2 años de edad y anemia severa refractaria a tratamiento médico. Estudios endoscópicos revelan angiomatosis digestiva múltiple difusa, con imposibilidad de realizar terapeútica endoscópica. Por este motivo se comienza tratamiento con propanolol 2 mg/Kg. La evolución clínica fue favorable con normalización de valores hematimétricos y disminución del número y tamaño de las lesiones. CONCLUSIÓN: Si bien no está descripto el uso de propanolol como droga de elección en el Síndrome de Bean, si lo está en los hemangiomas por su efecto de bloqueo en la angiogénesis. Debido a la buena evolución del paciente creemos que la utilización de este fármaco estaría indicado en el tratamiento de esta patología.

CC/P-08

LINFOMA T QUE AFECTA DIVERSOS ÓRGANOS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL

Irigoyen, A(1); Salim, S(1); Tellechea, JI(1); Bellavite, F(1); Milito, D(1); Kutja, N(1); Cabanne, A(1); Fiorentino, R(1); Corti, R(1)
(1)Bonorino Udaondo. Argentina.

INTRODUCCIÓN La localización extranodal más frecuente del los Linfomas no Hodgkin es el tracto gastrointestinal (5 al 10% de los casos). El esófago es una localización rara, con una frecuencia menor al 1% y se presenta en la gran mayoría de los casos en el tercio inferior. Usualmente se observan secundarios a linfomas asociados a los ganglios mediastinales o gástricos. La mayoría de ellos son difusos de células grandes tipo B, con muy pocos casos reportados en la bibliografía sobre linfomas de tipo T. OBJETIVO Presentar el caso de un paciente masculino de 67 años inmunocompetente con diagnóstico histologico de Linfoma T con compromiso de varios órganos del tracto gastrointestinal. CASO CLINICO Paciente de 67 años, masculino, acude a la consulta por presentar disfagia baja a sólidos, progresiva, de 6 meses de evolución asociado a pérdida de peso (28 %PCT), astenia, adinamia, niega fiebre. Al examen físico paciente adelgazado, en regular estado general, sin visceromegalias. Laboratorio: anemia normocítica normocrómica HTO 35 HB 11.6 VCM:86, hipoalbuminemia 2.6, eritrosedimentacion 50 mm, Se interpreta como disfagia de causa orgánica. SEGD: estrechamiento del esófago medio distal con dilatación supra estenótica; VEDA a 25 cm de la ADS cordones engrosados y en techo gástrico pliegues engrosados se toman biopsias con anatomía patológica negativa para atipía. TAC de tórax y abdomen con contraste: tumor esofágico de extensión medial y distal, de tipo submucoso con compromiso de techo gástrico. Se planifica nueva VEDA y se utiliza técnica de mucosectomia ; AP: Infiltración de mucosa y submucosa por linfocitos atípicos: técnicas de inmunohistoquimica: CD8 +. CD3 -, Bcl2 +, CD 20 -, Ki 67 + 85%, Granzima + focal. DIAGNOSTICO: LINFOMA T PERIFERICO. Se realiza serología para HIV: no reactivo y serología para enfermedad celiaca a fin de descartar linfoma asociado a enteropatía negativa. El paciente evoluciona con diarrea acuosa de bajo volumen por lo que se sospecha compromiso colónico y se realiza VCC hasta ciego mucosa congestiva en forma parcelar, ulceras superficiales en toda la extensión. AP: Linfoma T Periférico. Para estadificar el mismo se realiza PAMO: normocelular; se inicia tratamiento esquema CHOP + Etopósido. El paciente persiste en regular estado general con leve mejoría al tratamiento instaurado. CONCLUSION El compromiso esofágico de los linfomas No hodgkin tipo T debería ser considerado como diagnóstico diferencial entre las patologías malignas de esófago.

CC/P-09

DIVERTICULO EPIFRENICO COMO FORMA DE PRESENTACION DE UN GIST

Caruso, SA(1); Romo, R(1); Chavez, E(1); Fernandez, R(1); Rainero, G(1); Scacchi, A(1); De Mingo, L(1); Dolan, M(1); Quiroga, R(1); Barri, A(1); Copello, H(1)
(1)Hospital Churruca-Visca. Argentina.

INTRODUCCIÓN: Los GIST se originan a partir de las células intersticiales de Cajal, ubicadas en los plexos mientéricos de la pared gastrointestinal, las que cumplen un rol fundamental en la motilidad digestiva. Se caracterizan por la expresión de un receptor de membrana mutante con actividad tirosina quinasa (c-kit) anormal, que define una proliferación celular no regulada. Representan un tipo infrecuente de tumor de origen mesenquimático, y se estima que corresponderían al 0,2% de los tumores gastrointestinales afectando al esófago en menos del 5%. Su incidencia en las series reportadas es de 4-10 casos/millón de habitantes/año. Afecta a hombres y mujeres en similar proporción, con una mediana que oscila entre 55 y 65 años. OBJETIVO: Presentar el caso de una paciente de 53 años, con diagnóstico de divertículo epifrénico producido por un GIST esofágico. CASO CLÍNICO: Paciente mujer, de 53 años, con antecedentes de histerectomía por miomatosis (1996), colecistectomía por litiasis sintomática (2000), ex tabaquista y tuberculosis en la infancia con tratamiento completo que 2 años previos a la consulta comienza con un cuadro de regurgitación nocturna, disfagia de 2 años de evolución de carácter progresivo y disminución de15 kgde peso aproximadamente.
Se realiza seriada esofago-gastro-duodenal que informa imagen compatible con divertículo epifrénico en tercio inferior del esófago de 8 x10 cm.
Es derivada a nuestro servicio para estudio. Al examen físico no se hallaron datos positivos. Presentaba un laboratorio sin particularidades. Se realizó videoendoscopía digestiva alta donde se evidencia en el tercio distal del esófago alteración de su forma habitual, con imagen sacular enfrentada al cardias, el cual se halla descentrado y franqueable. Se solicita una tomografía que muestra en el mismo nivel tumoración de 8 x10 cmque impresiona traccionar la pared esofágica deformando su morfología.
Con estos datos se realiza interconsulta con el servicio de cirugía general y finalmente la paciente se somete a procedimiento quirúrgico donde se realiza extracción de dicha tumoración, la cual es informada como de bordes irregulares de 7 x 7 x6 cm, con adherencia de una formación sacular abierta (pared esofágica), en contacto con formación nodular, multilobulada de consistencia aumentada de 3.5 x2.5 cmla cual se envía a anatomía patológica para estudio.
El análisis histológico nos informa que se trata de una proliferación nodular constituida por células de aspecto fusiforme, núcleos ovalados de bordes romos, nucléolos puntiformes. Sin metástasis ni atipía celular.
Inmunohistoquímica:CD117 +, CD34 +, desmina +, vimentina +.
Diagnóstico: GIST esofágico de bajo potencial maligno.
CONCLUSIÓN: El objetivo de la exposición del caso es reportar la localización y forma de presentación atípica en que se pueden manifestar éste tipo de tumores.

CC/P-10

RECIDIVA DE CÁNCER DE ESÓFAGO DESPUÉS DE 16 AÑOS

Parrotta, M(1); Carballada, F(1); Díaz, A(1); Luciani, J(1); Pedrana, R(1)
(1)Grupo Gamma. Argentina.

INTRODUCCIÓN: El cáncer de esófago, es uno de los tumores de peor pronóstico en el mundo occidental, con bajo porcentaje de resecabilidad (alrededor del 30%) y mortalidad operatoria entre 5 y 10%. Por otra parte las sobrevidas globales son muy bajas, alrededor de 10% a 5 años y son variables, dependiendo del estadio evolutivo de la enfermedad y del tratamiento que fue posible indicar, ya sea resección con o sin tratamiento adyuvante.
Este porcentaje tan bajo de sobrevida se debe a que en el momento del diagnóstico es una enfermedad avanzada, con diseminación local y a distancia. MATERIAL Y MÉTODOS: A propósito de un caso, en enero de 1995, una paciente de sexo femenino de 63 años de edad consulta por disfagia a sólidos. Se efectúa una videoesofagogastroduodenoscopía donde se observa una lesión vegetante, estenosante de esófago, se toman múltiples biopsias y el examen anatomopatológico informa carcinoma epidermoideo semidiferenciado e infiltrante de esófago.
En ese momento la lesión se encontraba en Estadío III
Se hace tratamiento con Qx: 5FU + Cisplatino (5 ciclos) + Radioterapia locoregional
En AGOSTO de ese mismo año, luego de la radio y quimioterapia, se efectúa control endoscópico con toma de biopsias, cuyo resultado de negativo para células neoplásicas.
En OCTUBRE 1995 VEGD: Biopsia Normal
En DICIEMBRE 1996 VEGD: Biopsia Normal
En OCTUBRE 1997 VEGD: Biopsia Normal
En 2011, 16 años después, vuelve a consultar por disfagia, se efectúa una nueva endoscopía con diagnóstico de carcinoma epidermoideo. CONCLUSIÓN: Es llamativo el hecho que 16 años después halla aparecido el mismo tipo de tumor en el mismo sitio. Dada la edad de la paciente, y habiendo sido tratada, se decide de común acuerdo con el médico tratante y la oncóloga, realizar un tto paliativo colocando un stent esofágico.
Es importante tener presente que el tratamiento para el cáncer de esófago depende del estadío en que se encuentre el tumor. Debemos recordar que de por sí se trata de un cáncer agresivo con muy mal pronóstico y que en la mayoría de los casos cuando el paciente consulta ya se encuentra en etapas finales. De modo que apuntar a detectar el tumor en estadíos precoces mejorará la supervivencia de los pacientes como se demuestra en los casos en que se realizaron resecciones en etapas iniciales de la enfermedad. De esto se deduce que sin ninguna duda en los estadíos I y II el tratamiento indicado es la cirugía acompañado de quimioterapia. En los demás estadíos se puede utilizar quimioterapia o radioterapia. Actualmente en pacientes con una disfagia progresiva y en fase terminal solo se hace tratamiento paliativo, como la colocación de mallas protésicas, que alivia la sintomatología y permite al menos una mejor calidad de vida.

CC/P-11

ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

Parrotta, M(1); Carballada, F(1); Díaz, A(1); Luciani, J(1); Pedrana, R(1)
(1)Grupo Gamma. Argentina.

En noviembre de 2006 recibimos un paciente de sexo masculino, de 45 años, con disfagia intermitente para sólidos y líquidos, de reciente comienzo y aislados episodios de pirosis. Sin pérdida de peso, ni otros síntomas a destacar. No refiere ningún antecedente de jerarquía.Se realiza V.E.G.D. que informa: Hernia ¬Hiatal por deslizamiento, ondas terciarias en esófago, válvula cardial flap 2, erosión de 5 mm. cubierta de fibrina en antro gástrico. Se biopsia del estómago para el estudio del Helicobacter Pylori. Anatomía Patológica: Gastritis antral crónica activa moderada, asociada a Helicobacter Pylori (++), con foco metaplasia intestinal completa, sin atrofia. Se trató al paciente con dosis completa de IBP por tiempo prolongado. Recibió tratamiento de erradicación con triple terapia clásica (Esomeprazol, Claritromicina y Amoxicilina por 8 dias). El paciente continuaba con síntomas, motivo por el cual se solicita Videodeglución y tránsito esofágico con SGD que informa leve retardo en el vaciamiento de las valéculas y ondas de tipo terciarias en todo el cuerpo esofágico, el resto del estudio es normal. Le sugiere realizar EME pero el paciente se niega. En agosto de 2010, cuatro años después, el paciente vuelve a consultar porque sus síntomas no mejoran, incluso la disfagia no selectiva es más frecuente y casi continua para algunos alimentos. Se realiza V.E.G.D. que informa: ondas terciarias simultáneas e imágenes “arrugadas” en todo el cuerpo esofágico. El resto del informe es similar al de 4 años atrás. Sin úlcera. Por lo que se decide tomar biopsias para la pesquiza del Hp y 5 muestras de biopsia en tercio distal esofágico. Anatomía Patológica: Informa Hp negativo y en la vertiente escamosa esofágica una hiperplasia basal, con edema intercelular y exocitosis intraepitelial de eosinófilos que supera los 24 eosinófilos por campo de mayor aumento. El corion presenta algunos vasos y presencia de infiltrados eosinófilos subepiteliales.
La esofagitis eosinofílica (EE) es una enfermedad que provoca trastornos en la deglución y síntomas esofágicos similares a la ERGE, es una patología de origen atópica de creciente incidencia en países desarrollados. Es mas frecuente en niños que en adultos, pero se está convirtiendo en los últimos años en un problema de diagnóstico y manejo confrontada a la frecuente ERGE, que ocupa un “espacio” similar en adultos. SE DEBE PENSAR EN ELLA ANTE PEQUEÑAS SEÑALES PARA NO SOMETER AL PACIENTE A TRATAMIENTOS COSTOSOS E INÚTILES O REALIZAR ESTUDIOS MÁS COMPLEJOS SIN NINGUNA NECESIDAD(Phmetría de larga duración, manometría, video deglución, impedanciometria, ecoendoscopía, imágenes)

CC/P-12

MELANOCITOSIS ESOFÁGICA. REPORTE DE UN CASO

Arco, M(1); Aquilini, F(1); Sindich, L(1); Tonn, F(1); Basile, M(1); Laborda Molteni, J(1); Zanardi, C(2)
(1)Servicio de Gastroenterología. Hospital Privado de Comunidad (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Privado de Comunidad. Argentina.

IINTRODUCCIÓN: La melanocitosis esofágica es una entidad benigna que se caracteriza por la proliferación melanocítica en la membrana basal del epitelio escamoso esofágico y el aumento de melanina en la mucosa. CASO CLÍNICO: Se presenta una mujer de 83 años con antecedentes de anemia crónica con VCM bajo desde el 2001, hipotiroidismo, HTA, artrosis y artritis reumatoide. Ingresa al Servicio de Clínica Médica por anemia sintomática sin evidencia de sangrado digestivo. Presentó hematocrito 15%, hemoglobina 3,90mg/dl y VCM 55fL. SNG con débito negativo y tacto rectal negativo. Se transfundieron 4 unidades de glóbulos rojos con notable mejoría del síndrome anémico. Los parámetros ferrocinéticos evidenciaron ferropenia marcada por lo que se inició tratamiento con hierro vía oral. Un estudio baritado gastro-esofágico y ecografía abdominal fueron normales. La video endoscopía digestiva alta mostró en tercio medio y distal múltiples lesiones planas, lineales o arborescentes, oscuras, de 10-20mm de longitud. Se tomaron biopsias que evidenciaron una mucosa esofágica con depósitos de melanina en la capa basal del epitelio y en la lámina propia. Ausencia de malignidad. Estos hallazgos fueron compatibles con melanocitosis esofágica. La paciente se negó a la realización de una videocolonoscopía. Se instauró ferroterapia oral con notable éxito. El hematocrito control fue 33%, hemoglobina 10,80 mg/dl y VCM 76fL. COMENTARIO: La etiología y la patogenia de esta rara enfermedad aún no han sido dilucidadas. Debido a su localización preferentemente en el tercio medio y distal del esófago se cree que el reflujo gastroesofágico podría tener un papel fundamental generando un estímulo crónico. Esto induciría una respuesta epitelial con mayor producción de melanocitos y melanina. CONCLUSIÓN: Se presenta este caso clínico debido a la rareza del mismo. La literatura mundial menciona solamente reporte de casos con franco predominio en la población india y japonesa. Son pocos los casos confinados en los países occidentales.

CC/P-13

LOCALIZACIÓN INFRECUENTE DE TUMOR NEUROENDOCRINO GASTROINTESTINAL

Rausch, A(1, 2); Zuccarella, M(1, 2); Djivelekian, JS(1, 2); Bestani, C(1, 3); Roca, E(1, 3); Cabanne, A(1, 4); Corti, RE(1, 2)
(1)Hospital de Gastroenterología Bonorino Udaondo (2)Unidad Esófago y Estómago (3)Sección Oncología (4)Servicio de Patología. Argentina.

INTRODUCCIÓN.-El carcinoma endocrino de células pequeñas representa el 0,05-4% de los tumores esofágicos, siendo < del 1% de los tumores endocrinos del tubo digestivo. Se manifiesta más en hombres, con una media etaria de 50 años. Exhiben la morfología de la neoplasia de células pequeñas del pulmón y se han descripto como variantes la diferenciación escamosa o glandular. Se encuentra en el tercio distal como grandes masas vegetantes, ulceradas y con rápido crecimiento; de ahí su pobre pronóstico. OBJETIVO.- Presentar un caso de esta infrecuente localización, su metodología diagnóstica y terapéutica realizada. CASO CLINICO.-Paciente de 42 años, femenino, tabaquista. Consulta por epigastralgia y pérdida del 10% del PCT de 2 meses de evolución, que en la última semana agregó nauseas, vómitos y fiebre. Al examen físico clinicamente estable, afebril, BMI 30, con dolor epigástrico 9/10, que irradiaba a dorso, sin defensa ni reacción peritoneal. Laboratorio:leucocitosis, anemia ferropénica, VSG 47 mm y Albúmina 2,2. Con sospecha de neoplasia, se solicita VEDA donde se observa a 28 cm de ADS mucosa esofágica de coloración rojiza, lesión ulcerada que compromete toda la circunferencia del órgano, con rigidez a la toma de biopsia.TAC de Tx. y Abd. informa engrosamiento parietal tumoral esofágico en tercios medio e inferior, sin límites definidos, englobando parcialmente bronquio fuente izquierdo, adenomegalias mediastinales, metástasis hepática y ascitis leve. Evolucionó con tos con expectoración hemoptoica persistente, disfagia, astenia y adinamia. Se solicitó videobroncoscopía que descartó compromiso pulmonar, se realizó citología de aspirado bronquial (negativo). Se repite VEDA a los 7 días del inicio de la disfagia, donde se observó progresión neoplásica, gran cavidad, septos múltiples que impedían reconocer la luz esofágica original, sangrado espontáneo, no se logra pasar SNG. Se recibe anatomía patológica: carcinoma endocrino pobremente diferenciado de células pequeñas de esófago (Synaptofisina y Enolasa positivos, Cromogranina A negativa y Ki 67 > al 80%). Comienza tratamiento con Etopósido + Cisplatino con buena respuesta clínica inicial. Se colocó bajo guía radioscópica una SNE de alimentación con buena tolerancia y aumento de peso. Se otorgó alta hospitalaria con seguimiento por consultorios externos de Oncología y Esófago, programando nuevo ciclo de quimioterapia a los 21 días y control tomográfico y endoscópico en el 3er ciclo. DISCUSION: Un estudio retrospectivo que se realizó en China, en 2007 revisó 4050 casos de carcinoma esofágico de los cuales sólo 21 eran carcinoma endocrino de células pequeñas. La sobrevida media fue de 18 meses.J.D. Godwin y col. En una revisión de 2837 tumores neuroendocrinos gastrointestinales (año 2000), no reportaron localizaciones esofágicas.En nuestro hospital es el 10mo caso que se reporta en 15 años. Sólo uno de ellos tuvo una sobrevida prolongada, lo cual demuestra el pobre pronóstico de éstos casos.

CC/P-14

GASTRITIS EOSINOFÍLICA. REPORTE DE UN CASO

Arco, M(1); Aquilini, F(1); Sindich, L(1); Tonn, F(1); Basile, M(1); Laborda Molteni, J(1); Zoppi, J(2)
(1)Servicio de Gastroenterología. Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La gastritis eosinofílica es una enfermedad poco frecuente de etiología desconocida Se caracteriza por la presencia de eosinofilia periférica, infiltrado eosinofílico del tracto gastrointestinal y sintomatología gastrointestinal. CASO CLÍNICO: Se presenta un hombre de 51 años, sin antecedentes de relevancia, evaluado por consultorio externos por nauseas y vómitos. Examen físico sin particularidades. En los exámenes complementarios se constató hipereosinofilia (32%). Coproparasitológico negativo. Un estudio seriado esofago-gástrico evidenció engrosamiento difuso de los pliegues mucosos de antro gástrico pre pilórico y del duodeno y una hernia de hiato pequeña. Se realizó una Video endoscopía digestiva alta que mostró a nivel de antro pre pilórico mucosa con erosiones lineales. Se tomaron múltiples biopsias. El informe anátomo-patológico evidenció una mucosa antral y corporal con inflamación crónica activa moderada y abundante presencia de H.pylori; marcados fenómenos regenerativo, micro absceso, daño epitelial e infiltrado inflamatorio eosinofílico. Se inicia tratamiento erradicador obteniendo buena respuesta. Fue evaluado por el Servicio de Hematología. La TAC tóraco-abdominal fue normal. La punción aspiración de médula ósea mostró hiperplasia granulocítica predominantemente de la línea eosinofílica, por lo que se decidió comenzar tratamiento con glucocorticoides. La respuesta obtenida fue satisfactoria permitiendo el descenso progresivo de los mismos. COMENTARIO: Los síntomas gastrointestinales de la gastritis eosinofílica incluyen: nauseas, vómitos, sensación de plenitud postprandial, dolor abdominal y pérdida de peso. Los enfermos con compromiso gástrico presentan frecuentemente obstrucción pilórica. Estudios radiológicos revelan engrosamiento de los pliegues mucosos, modularidad o úlceras. La endoscopía puede mostrar mucosa de aspecto normal o hiperémica, edematosa con erosiones o pliegues prominentes. Las biopsias son cruciales para el diagnóstico evidenciando infiltrado eosinofílico intenso, abscesos eosinofílicos, necrosis y regeneración epitelial. CONCLUSIÓN: Se decide la presentación de este paciente dada la poca frecuencia de esta patología. Se concluye que la detección de la misma por medio de la anatomía patológica es una herramienta útil para ofrecer un tratamiento adecuado.

CC/P-15

SINDROME LANE HAMILTON

Carnevale, G(1); Giraudo, E(1); Lanza, A(1); Rosales, A; Garavano, E(1); Dolcemascolo, N(1); Perrone, J(1); Ianone, A(1); Saavedra, G(1); Carabajal, M(1); Marcaccio, H(1); Susseret, W(1)
(1)H.I.G.A Junin. Argentina.

INTRODUCCION: La Hemosiderosis Pulmonar Idiopática (HPI) es una causa infrecuente de Hemorragia Alveolar Difusa (HAD). Se caracteriza por la presencia de Hemoptisis, Infiltrados pulmonares y anemia. A pesar de ser la hemoptisis un síntoma capital puede estar ausente hasta en un 33%. Su diagnóstico debe considerarse cuando en ausencia de tóxicos, etiología infectologica, se descarta por biopsia pulmonar enfermedades inmunológicas, vasculitis o depósitos de inmunocomplejos. Cuando la HPI se asocia a Enfermedad Celíaca (EC) se denomina Síndrome de Lane Hamilton. OBJETIVO: Presentar un caso clínico de baja incidencia poblacional y considerar a la EC como etiología probable de HPI. CASO CLÍNICO: Paciente de sexo masculino de 25 años de edad, trabajador rural, con reciente diagnóstico de Enfermedad Celiaca, que consulta por cuadro clínico de 1 mes de evolución caracterizado por Disnea progresiva y Hemoptisis. EXAMEN FÍSICO: lúcido, signos vitales conservados, peso habitual: 61.300kg Talla: 1.61 mts IMC: 23.6 Kg/mts. Presenta microadenopatías en cuello, cadena yugular bilateral y múltiples axilares. Buena mecánica respiratoria y sin ruidos agregados. Resto de examen físico sin particularidades. ESTUDIOS SOLICITADOS: Anemia ferropénica (Htco: 34% VCM: 73.3 fl), Ig A Anti transglutaminasa y Anti endomisio reactivo, Biopsia de duodeno: atrofia vellositaria grado IIIa de Marsh, Esputo para BAAR en directo y cultivo negativo, HIV no reactivo, TAC alta resolución de pulmones con presencia de infiltrados bilaterales en vidrio esmerilado, a predominio de lóbulos pulmonares medio y basal. Biopsia Transbronquial: epitelio respiratorio conservado, en luz como en tejido intersticial adyacente hemosiderófagos, estudios inmunológico negativo. Se diagnostica HPI asociada a EC, se incorpora a tratamiento dietético tratamiento corticoterapico, observándose mejoría de cuadro clínico. CONCLUSIÓN: La HPI es una rara causa de HAD y su asociación con EC llamada Síndrome Lane Hamilton es aún más infrecuente. Dado que el tratamiento con dieta libre en gluten suele mejorar el cuadro clínico debería considerarse a la EC como probable etiología de HPI.

CC/P-16

VÓLVULO GÁSTRICO INTRATORÁCICO ASOCIADO A HERNIA HIATAL

Buzzi, A(1); Castelblanco, P(1)
(1)Diagnóstico Médico, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

El vólvulo gástrico es una entidad clínica poco común definida como la rotación anormal del estómago que podría ocasionar un cuadro obstructivo parcial o completo. Se han descrito dos tipos: el organoaxial (60% de los casos) y el mesentericoaxial (29% de los casos). Ambos son emergencias quirúrgicas que requieren un diagnóstico y tratamiento oportuno para evitar complicaciones tales como necrosis, perforación, mediastinitis y peritonitis.
Nosotros reportamos un caso de un paciente masculino de 67 años con dolor epigástrico y vómitos persistentes de contenido alimentario de 3 días de evolución; tenía antecedente de importante hernia hiatal por deslizamiento diagnosticada hace 8 meses. Se realiza una TC multicorte de abdomen con contraste oral evidenciando el ascenso del antro y parte del cuerpo gástrico a través del hiato diafragmático al interior de la caja torácica, asociado a torsión completa y ausencia del pasaje del medio de contraste oral mas allá del bulbo duodenal.
El paciente fue sometido a cirugía, confirmando el diagnóstico de vólvulo gástrico sin compromiso vascular, realizando destorsión del vólvulo y correccón del defecto diafragmático. En el posoperatorio evoluciona satisfactoriamente por lo que es dado de alta.

CC/P-17

GASTRITIS LINFOCÍTICA Y ENFERMEDAD CELIACA

Bialolenkier, D(1, 2); Pagliere, N(1, 2); Ratto, R(1, 3); Bosolino, A(1, 2); Marzano, C(1, 2)
(1)Sanatorio Municipal Dr.Julio Méndez. BsAs (2)Unidad de Gastroenterología (3) Unidad de Anatomía Patológica. Argentina.

INTRODUCCION: La Gastritis Linfocítica (GL), rara entidad descrita por Haot et al en 1986, encontrándose en el 1% de los pacientes dispépticos. Se caracteriza por una densa infiltración linfocítica de la superficie y depresiones de la mucosa gástricas a predominio antral, o corporo-antral.. A menudo se presenta una mucosa gástrica de aspecto normal en la endoscopia, ademas como una mucosa nodular, erosiones, y pliegues gastricos prominentes (gastritis varioliforme).Su etiología es desconocida pero se relaciona entre otras entidades con la enfermedad celiaca con una prevalencia aproximada del 10 %. Según la bibliografía, con dieta libre de gluten, la gastritis linfocítica desaparece en un plazo de 2 años. OBJETIVO: Presentar un caso infrecuente de gastritis linfocítica, resaltando su asociación a la enfermedad celiaca, enfatizando los hallazgos endoscópicos y anatomopatológicos. CASO CLINICO: Mujer de 40 años, asintomática, con antecedentes familiares de primer y segundo grado de enfermedad celiaca. Consulta por presentar serología positiva para enfermedad celiaca evidenciadas por Ac anti TTG:169, EMA (+) 1/160 e IgA total de 87, resto del laboratorio y examen fisico normal.VEDA: en antro a nivel prepilórico, área mucosa de aspecto blanquecino que se biopsia, y que informa gastritis linfocítica,en segunda porción duodenal, mucosa con presencia de signo del peinado y mosaico, con evidencia de atrofia duodenal Marsh 3 B. DISCUSION:Se describe un caso de GL en una paciente con sospecha alta enfermedad celiaca. Es una enfermedad rara, de baja prevalencia, afectando mas a mujeres como un nuestro caso, asociadose a distintas entidades, principalmente la enfermedad celiaca y la infección por Helicobacter Pylori. Se define por la presencia de >25 linfocitos intraepiteliales (LIES) por cada 100 células epiteliales contados por técnica de hematoxilina-eosina El patrón de afectación mucoso gástrico en la GL está estrechamente relacionado a la patología duodenal asociada. Existe una forma con predominio antral o forma difusa que tiene asociación a atrofia vellositaria y otra predominante corporal, que se asocia poco a patología duodenal, CONCLUSIONES: La GL, es una condición rara que se caracteriza por una densa infiltración linfocítica en la superficie. El diagnostico es histologico. La endoscopia en pacientes con GL se asocia a menudo con mucosa gástrica de aspecto normal o a veces como gastritis varioliforme. En nuestro caso la endoscopia mostro mucosa antral de aspecto blanquecino y a nivel de segunda porción duodenal atrofia vellocitaria en acuerdo con la bibliografia.Se describe un caso de GL en contexto de una paciente con enfermedad celiaca debido a su baja prevalencia de asociación.

CC/P-18

TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) DE INTESTINO DELGADO. REPORTE DE UN CASO

Armijos, X(1); Baez, E; Curras, A; Pizkorz, E; Molina, C; Fuentes, J
(1)Hospital J. A. Fernandez. Argentina.

INTRODUCCION: Los tumores gastrointestinales GIST son las neoplasias mesenquimatosas más frecuente del tracto digestivo, se originan a partir de las células intersticiales de Cajal, ubicadas en a nivel de los plexos mientéricos de la pared gastrointestinal. Su localización representa a nivel gástrico el 60%, Intestino delgado 20-30%, colon 10%. El pronostico depende del tamaño del tumor, índice mitótico y metástasis al momento del diagnostico. El tratamiento quirúrgico es el de elección y en aquellos con enfermedad metastásica se utiliza el Imatinib (inhibidor de la tirosinquinasa) , pero incluso después de una adecuada resección la mayoría de GIST recidiva, siendo en un 50% el hígado la principal sitio de metástasis.Objetivo: Reporte de un caso clínico Caso: Paciente masculino de 67 anos, con antecedente de HTA arterial que ingresa por sangrado digestivo alta sin descompensación hemodinámica.VEDA: Bulbo duodenal y rodilla superior hacia cara posterior lesión submucosa y una úlcera central de 4 mm que se biopsia. TAC : espacio subhepático entre la tercera porción de duodeno y el colon derecho se visualiza una masa heterogénea de 65 mm con centro necrótico y tiene cierto contacto con la cabeza del páncreas. CRMN: Masa de 11 cm de diámetro en la región duodenopancreática. Cabeza del páncreas desplazada medialmente, compresión extrínseca del colédoco pancreático y supra pancreático. Formación en estrecha relación con el tronco de la vena porta. Histopatología: Fragmentos de proliferación fusocelular bien vascularizada con regular n° de mitosis. Coexiste mucosa duodenal con cambios inflamatorios y signos de ulceración. IHQ: CD 117: reactivo, CD 34: reactivo, AML: reactivo, S100: reactivo. Diagnóstico: GIST.Tratamiento: Laparoscopía: Tumor de 10 cm que emerge de la 1° porción duodenal en contacto vesícula biliar. Disrupción de la pared del tumor. Conversión de la cirugía. Gastrectomía parcial + resección de 1° porción duodenal + colecistectomía + gastroyeyunoanastomosis Bilroth II anisoperistáltica. Histopatología de la pieza qx: Mucosa antropilórica que se continúa con mucosa duodenal sin alteraciones significativas, la muscular propia se continúa con proliferación hipercelular de células ahusadas y epiteliodes con marcada atipía, células multinucleadas y con conteo mitótico de 53/50 cga (conteo > a 10 mit/50 cga) presenta extensa necrosis y hemorragia. Márgenes laterales libres de lesión. A los 11 meses en control tomográfico, presenta recidiva en Hígado (imagen hipodensa de localización Periférica en segmento VIII de 65 x 22 mm). Punción biopsia hepática: células neoplásicas fusiformes con núcleos ovoides y nucléolo evidente. Dg. Citología compatible con GIST. Conclusión: Los tumores GI son causa infrecuente de sangrado digestivo, el diagnostico se le realizo por métodos convencionales actuales. La Cirugía es la principal modalidad terapéutica, pero incluso después de una adecuada resección la mayoría de GIST recidiva

CC/P-19

INVAGINACIÓN YEYUNO-YEYUNAL COMO PRESENTACIÓN DE UN CARCINOMA PRIMARIO PULMONAR: REPORTE DE UN CASO

Pratto, D(1); Resial, M(1); Bucciarelli, F(1); Gennaro, MV(1); Wulfson, A(1)
(1)Hospital de Emergencias Clemente Alvarez - Rosario. Argentina.

INTRODUCCIÓN:Metástasis (mtts) intestinales de cáncer de pulmón son infrecuentes (2 a 11%) La expresión clínica se debe a: perforación, obstrucción o sangrado digestivo, marcando peor pronóstico. CASO CLÍNICO: Pte 61 años, tabaquista, dolor epigástrico, vómitos y pérdida de peso,un mes de evolución RX abdomen con niveles hidroaereos TAC tórax/abdomen: moe en lóbulo inferior derecho heterogénea de 60 mm con áreas de necrosis, adenopatías mediastinales subcarinales. Moe en asa yeyunal 47 por 32 mm. VEDA: polipos sésiles en duodeno tipo hiperplásico. VCC sin lesión. Laparotomía:intususcepción de asa yeyunal no reductible. Resección segmentaria de 40 cm de yeyuno con anastomosis termino -terminal. Histopatología:carcinoma adenoescamoso poco diferenciado, vegetante, ulcerado de 8 cm compromiso ganglionar(7 /10) Citoqueratinas 7 y p 63 +. PAAF pulmonar: carcinoma poco diferenciado tipo epidermoide. Postoperatorio 5to día, melena, requirió transfusiones de GR. AngioTAC de abdomen: invaginación yeyunal,con vaso de gran calibre. Reintervención quirúrgica. Histopatología: carcinoma adenoescamoso pobremente diferenciado. DISCUSIÓN: tumores malignos del intestino delgado son infrecuentes 1 a 6 % de las neoplasias deT-GI. La mayoría son tumores primarios malignos, adenocarcinoma , tumores del estroma gastrointestinal y son infrecuentes las metastasis , melanoma , pulmón,colon, mama, riñón, cérvix, osteosarcoma y ovario. Habitualmente no son la primera manifestación de la diseminación sistémica del primario asociándose a mtts en otros órganos. El ca de pulmón raramente produce mtts en intestino. El tipo indiferenciado de células grandes y de células pequeñas produce mtts más frecuentemente. Son Infrecuente mtts en intestino delgado manifestadas antes que el tumor primario. Localización más frecuente : yeyuno, íleon y duodeno. Se presentan como: perforación, sme suboclusivo o hemorragia digestiva. Se diagnóstica por estudios radiológicos digestivos, ecografía y TAC que evidencian tumoración de intestino delgado con signos radiológicos de intususcepción. La TAC de abdomen muestra tres imágenes según plano de sección y gravedad del cuadro.Imagen en diana , en salchicha o pseudo riñón. En sangrado digestivo es útil la técnica de angioTAC. La TAC con doble contraste es el método diagnostico de elección,sensibilidad 87% La subocluslón intestinal, perforación o hemorragia expresan estado avanzado de la enf. de base,con mal pronostico. El tratamiento de mtts intestinales es la resección quirúrgica.La sobrevida no supera 16 semanas desde la cirugía y 85% mueren antes de 8 meses. La quimioterapia neoadyuvante depende de la histopatología. CONCLUSIÓN: Las mtts intestinales de ca primario de pulmón son infrecuentes En este caso, la lesión pulmonar se diagnosticó después de síntomas digestivos debido a obstrucción intestinal por invaginación yeyuno-yeyunal, actuando como cabeza de la intususcepción. Siendo la resección quirúrgica el tratamiento de elección

CC/P-20

INMUNODEFICIENCIA COMUN VARIABLE

Salim, N(1); Torrico, C(1); Marino, M(1); Djevelikian, S(1); Mazure, R(1)
(1)Hospital B. Udaondo. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La Inmunodeficiencia Común Variable, comprende un amplio grupo de desórdenes,caracterizados por niveles bajos de inmunoglobulinas, las formas clínicas de presentación son variables, incluyen manifestaciones gastrointestinales caracterizadas por fenómenos de malabsorción y diarrea.Otras afecciones vinculadas a esta entidad, incluyen susceptibilidad a infecciones recurrentes y producidas por gérmenes inusuales. OBJETIVO: Presentar un tipo de manifestación clínica, poco frecuente, dentro de la inmunodeficiencia común variable. Paciente mujer de 56 años que consulta por cuadro clínico de Diarrea crónica, esteatorreica y pérdida de peso.A su ingreso se constata Hipokalemia e hipomagnesemia severas.Tuvo tres internaciones durante el último año, por trastornos hidroelectrolíticos severos (hipocalcemia, hipomagnesemia e hipocalemia). En la última internación presentó Shock séptico secundario a ITU tratada con múltiples esquemas antibióticos por un largo periodo de tiempo, con cultivos positivos. ESTUDIOS REALIZADOS AL MOMENTO DE SU INGRESO:
Volumen Materia Fecal:720g/24hs Esteatocrito:9% Clearence alfa1 antitripsina:161
Toxina para Clostridium difficile: negativa
Serologías EC: anti ttg 1, anti EM (-), DPG screen 1 ASCA:IgA/G:0
Serologías Hepatitis viral B,C y HIV:no reactivas.
VEDA: Descarta Enf. Celiaca, compatible con duodenitis crónica.
Anatomía Patológica: Mucosa duodenal con vellosidades acortadas, incremento del número de apoptosis y escasos linfocitos intraepiteliales.
Videocolonoscopia y Biopsia de colon: Colitis pseudomembranosa.
TAC Abdomen Pelvis:Esplenomegalia, dilatación de asas Intestino Delgado.
Proteinograma Electroforético, agamaglobulinemia y aumento de B2 micro globulina.IgA 5(70-400) IgG68(700-1600) IgM6(40-230)
TRATAMIENTO: Ciclos de Gamaglobulinas 800mg/kg cada 21 dias
Estudios Post-tratamiento: VMF 320 Esteatocrito 4% ClAlfa1antitripsina 61
Gamaglobulinas: IgA55 (VN 70-400) IgG468 (VN 700-1600) IgM46 (VN 40-230)
DISCUSIÓN: La Inmunodeficiencia Común Variable, es una forma de inmunodeficiencia relativamente común que comprende un amplio grupo de desórdenes,caracterizado por niveles bajos de anticuerpos con múltiples formas presentación. “de ahí el nombre de común variable”.
En algunos pacientes existe una reducción en los tres principales tipos inmunoglobulinas (IgG, IgA e IgM). La presentación inicial puede incluir alteraciones de diferentes cuadros clínicos como trombocitopenia , fenómenos de malabsorción y diarrea, contribuye a los síntomas gastrointestinales la enteropatía con pérdida de proteínas. Se suele observar también hipertrofia de bazo, y, ocasionalmente, de hígado. Otras afecciones vinculadas a esta entidad incluyen susceptibilidad a infecciones recurrentes y producidas por gérmenes inusuales. El tratamiento con globulina gamma brinda una mejora en los síntomas. El propósito del tratamiento es mantener al paciente libre de infecciones y prevenir las manifestaciones de enfermedad intestinal crónica.

CC/P-21

ENFERMEDAD CELIACA Y TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

Ferrero, SL(1); Camus, G(1)
(1)Hospital Español Mendoza. Argentina.

Presentamos un paciente masculino, de 40 años de edad, que 12 semanas previas a la internación comienza con deposiciones diarreicas, no disentérica, asociada a adelgazamiento de 15 kg y deshidratación que motiva su internación. Se constata paciente adelgazado, IMC: 17, pálido, sudoroso, afebril, hemodinamicamente estable. Abdomen levemente distendido, depresible, indoloro, no visceromegalias. Al tercer día de internación el paciente presenta dolor, edema y aumento de temperatura en pierna izquierda, signo de Hoffman + y empastamiento gemelar izq. Se realizan exámenes complementarios: Laboratorio: Hb 11 gr/dl, microcitosis hipocrómica, GB: 6300, PMN seg: 54%, PMN cay: o%, LINFO: 42%, plaquetas: 324.000, glucemia: 64, uremia: 18, crea: 0.60, amilasemia: 27, TGO: 42, TGP: 82, FAL: 540, ggt; 91, BIL: 0.37, NA: 136, K: 3.66, CL: 114, PROTEINAS TOT: 4,20, albúmina: 1,40, , TSH: 3.13, T4: 9.48, ferremia: 39, colesterol: 130, TGL: 83, ac antiendomisio IgA (IFI): 1/640, Ac antiendomisio Ig G: 1/160, Ac antigliadina IgA: 219,70, Ac antigliadina IgG: 109, urocultivo negativo , hemocultivos negativos, fresco de MF y coprocultivo fueron negativos. Ecografía Abdominal: Hígado de tamaño y ecoestructura homogénea, vesícula de paredes lisas y grosor normal, con escaso barro biliar en su interior, colédoco de calibre normal, páncreas normal, riñones normales, bazo normal. Se observa marcada distensión de asas intestinales. VEDA:1) esofagitis severa, grado 3 de SAVARY-MILLER, 2) Bulbo congestivo con mucosa granular y erosiones aisladas. Segunda porción duodenal con mucosa granular, disminución de pliegues y festoneado. INFORME ANATOMOPATOLOGICO: mucosa duodenal con atrofia vellositaria total (tipo 3c de Marsh) ECO DOPPLER MII:Trombosis venosa en femoral superficial, profunda y poplítea izq. Se realiza tratamiento con dieta libre de gluten, IBP a dosis doble, Hidrocortisona 100 mg c/12 hs y acenocumarol. Queremos descatacar la tendencia en los pacientes con Enfermedad Celíacano diagnosticada o no tratada tienen mayor riesgo de eventostrombóticos

CC/P-22

ENFERMEDAD DE WHIPPLE. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Carballada, F; Parrotta, M; Luciani, JC; Pedrana, R; Diaz, A; Godoy, A; Baravalle, E
Argentina.

Paciente de 64 años de sexo masculino con cuadro clínico de anemia,diarrea crónica (Cinco deposiciones líquidas por día durante los últimos tres meses), pérdida de peso (Diez kilos en mismo tiempo de evolución) y artralgias. Laboratorio hematológico: leucocitosis (13.200 GB) con neutrofilia, anemia (28 Hematocrito y 8.2 hemoglobina). Coprocultivo: negativo. Coproparasitológico en fresco: negativo. Anticuerpos para enfermedad celíaca: negativos. Tránsito de intestino delgado: fragmentación y segmentación de contraste baritado en yeyuno proximal. Colonovideoendoscopía: a ciego. Presencia de restos de materia fecal y sangre roja en todo el trayecto colónico sin evidencia de lesión sangrante. Esofagogastrovideoendoscopía: Hernia hiatal. Antropatía maculosa parcheada. Bulbopatía erosiva en parches y hemorragia submucosa. Segunda y tercera porsción duodenal con pliegues aplanados, en meseta y con múltiples hemorragias submucosas. No se observa sangrado activo al momento del estudio. Anatomía patológica: colitis crónica de grado leve e inespecífica, arquitecturalmente preservada. Biopsia de intestino delgado: mucosa con masiva infiltración por macrófagos PAS + diastasa resistentes. Moderada atrofia vellositaria. Coloración de Ziehl Nilsen negativa. No se observaron microorganismos micóticos. Diagnóstico histopatológico: Enfermedad de Whipple. Técnica de PCR: positiva

CC/P-23

TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OCULTO

Vazquez Janik, J; Petterini, J; Marta, E
Argentina.

OBJETIVO: presentar un caso de GIST como causa poco frecuente de hemorragia digestiva y hacer hincapié en la necesidad de continuar con los procedimientos diagnósticos cuando los estudios de uso habitual son negativos. CASO CLÍNICO: Paciente de sexo masculino, 78 años de edad, con antecedentes de diabetes y hemorragia digestiva alta por úlcera gástrica, que ingresa al servicio de Clínica Médica por melena. Se constata anemia (Hto 26,5 %; Hb 8,7 gr/dl). Se realiza VEDA sin hallazgos patológicos y VCC hasta ciego, observándose pólipo de 0,8cm que se extrae y no se recupera. Por evolucionar estable se externa. Continúa estudios por Servicio de Gastroenterología. Se solicita tránsito de intestino delgado detectándose imagen de falta de relleno en 1º asa yeyunal de aspecto polipoideo. Se realiza enteroscopia por empuje que informa tumor yeyunal a 90cm de 3,5 x 4cm con mucosa erosionada. La biopsia es insuficiente por lo que se deriva al Servicio de Cirugía. Se realiza resección de la 1º asa yeyunal; el informe anatomopatológico con inmunomarcación arrojó como diagnóstico tumor estromal gastrointestinal CD 34+, Cd117 +, < 5 mitosis en 50 HPF, márgenes no comprometidos. DISCUSIÓN: los GIST son tumores poco frecuentes de origen mesenquimático, específicamente generados en células intersticiales de Cajal donde la fosforilacion irreversible de la tirosin quinasa de los receptores C-KIT y PDGFR″ determinan el crecimiento descontrolado de la célula. Se presentan habitualmente entre los 50-60 años y prevalecen en el sexo masculino. En orden de frecuencia se localizan en: estómago (60%), intestino delgado (20-30%) y el resto a nivel colorrectal y esófago. El 53% son sintomáticos (hemorragia digestiva, dolor abdominal, masa palpable y obstrucción intestinal). Pueden dar metástasis en hígado, pulmón, hueso y peritoneo. El 10% al 30% de los tumores se comportan como malignos lo cual se estima por tamaño (> 5 cm), ubicación e índice mitótico (> 5 mitosis x 50 HPF). Para el diagnostico contamos con VEDA, Eco endoscopia, TAC y PET. Pero el análisis histopatológico con inmunomarcación es el elemento concluyente. Los GIST expresan marcadores inmunohistoquimicos característicos CD 117 (95%), CD 34 (70%), actina (30-40%). El tratamiento comprende la resección tumoral y el uso de Imatinib (inhibidor de tirosina quinasa) en aquellos pacientes con metástasis o tumores irresecables. CONCLUSIÓN: Los GIST deben tenerse en cuenta como causa de sangrado digestivo de origen oscuro, en pacientes con signos evidentes o microscópicos (SOMF +) de hemorragia digestiva, en los cuales los métodos convencionales de estudio (VEDA- VCC) no evidencian causa.

CC/P-24

INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE: CAUSA INFRECUENTE DE COLITIS GRANULOMATOSA

Manazzoni, D(1); Etchevers, MJ(1); Mullen, E(2); Gimenez Villamil, MP(1); Abecia, VH(1); Rivera Flores, JC(1); Pizzala, JE(1); Piccioni, HL(1); De Paula, JA(1)
(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. (2) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: La Inmunodeficiencia Común Variable (CVID) es un trastorno de la inmunidad primaria caracterizado por una diferenciación anómala de los linfocitos B con disminución de los niveles de IgG, IgA y/o IgM. Su prevalencia oscila entre 1/50.000 a 1/200.000 habitantes. La mayoría de los pacientes presenta infecciones a repetición, especialmente del aparato respiratorio y en menor número del tracto digestivo. Se asocia a patologías autoinmunes y neoplásicas. En un 8% de los pacientes con CVID se observa compromiso granulomatoso sistémico lo que implica un desafío en el diagnóstico diferencial con la sarcoidosis. Los órganos más frecuentemente afectados son los pulmones, el hígado, los ganglios linfáticos y la piel. La afectación granulomatosa del tubo digestivo es poco frecuente, con excepcional afección del colon. Son pocos los casos reportados en la literatura. CASO CLÍNICO: Paciente de 48 años de edad, oriunda de Chaco, con antecedentes de CVID, sarcoidosis hepática y colitis ulcerosa diagnosticadas en otro centro. En tratamiento crónico con meprednisona y mesalazina. Es derivada a nuestro centro para estudio de síndrome febrilde 5 meses de evolución asociado a distensión abdominal y diarrea. Refiere que este último cuadro comienza al suspender los corticoides.
Al examen físico se constata hepatoesplenomegalia no dolorosa y eritema nodoso en miembro inferior derecho. LABORATORIO: tricitopenia (atribuida al hiperesplenismo), niveles bajos de todas las inmunoglobulinas, serología para HIV, HCV, HBV, enfermedad celíaca, PPD y estudios en materia fecal negativos.
TC abdomen: hepatomegalia homogénea, esplenomegalia (203 mm), que comprime y desplaza al riñón izquierdo, signos de circulación colateral en relación al hilio esplénico y múltiples adenopatías retroperitoneales. Se realizó VEDA que muestró mucosa de cuerpo gástrico congestiva y várices esofágicas GII. Se solicitó VCC la cual no identificó lesiones mucosas. Biopsias escalonadas de colon: acúmulos de histiocitos y células multinucleadas sin necrosis caseosa compatible con colitis granulomatosa. Medición de GPVH: 8 mmHg. Biopsia hepática y de ganglio linfático que evidenciaron la presencia de granulomas en ambos órganos, similar a lo observado en colon. Con los diagnósticos presuntivos de sarcoidosis vs reaccion granulomatosa por CVID se inició tratamiento con corticoesteroides vía oral (metilprednisona 40 mg/ día) presentando excelente respuesta clínica, con desaparición del eritema nodoso y mejoría de la diarrea. CONCLUSIÓN: La CVID es una entidad de baja prevalencia, cuya gran variedad de manifestaciones clínicas secundarias al déficit inmune puede mimetizar una amplia gama de enfermedades entre ellas la sarcoidosis y la enfermedad inflamatoria intestinal. El conocimiento de esta entidad permite su sospecha y un menor retraso en el diagnóstico y un adecuado manejo de estos pacientes.

CC/P-25

ENUCLEACION EN BLOQUE ENDOSCOPICA DE TSM (TUMOR SUBMUCOSO)

Fernandez, L(1); Giustina, R(1)
(1)Hospital Italiano de Córdoba. Argentina.

INTRODUCCION: Las lesiones submucosas del tubo digestivo representan el 1% del total de las neoplasias gastrointestinales. La evolución de los métodos diagnósticos en los últimos años ha modificado la forma de clasificarlas desde el punto de vista histológico, inmunohistoquímico y morfológico. OBJETIVOS: Demostrar la reseccion completa en bloque como forma segura. Utilizar varios elementos en el procedimiento en un tumor de gran tamaño.(clips, ansa, knife) MATERIAL Y METODO: Se trata de un paciente de sexo masculino de 60 años de edad, que presenta en colon ascendente distal , TSM de7 cm. , protruyendo hacia la luz, con bordes regulares, sin ulceración. En su base presenta pediculo de15 mm. Se inyectasolución de epinefrina (dilución 1:1000) en solución salina hipertónica inyectada en el borde próximo de TSM.Se realiza corte con knife.Se observa el tumor que se enlaza con el ansa y se colocan clips en vasos de visión directa. Se electrocoagula. No hay sangrado posterior y se recupera integro para estudio anatomopatológico. RESULTADOS: Se extrae tumor de7 cm., de bordes regulares, no complicaciones en el procedimiento ni en el seguimiento del paciente. Anatomía Patológica: Lipoma CONCLUSIONES: La resección endoscópica de tumores submucosos es una técnica relativamente segura, nos permite identificar correctamente los TSM del tracto digestivo siendo de carácter curativa en aquellas que se pueden resecar en su totalidad.

CC/P-26

COLITIS ULCEROSA Y UNA COMPLICACION POCO FRECUENTE. A PROPOSITO DE UN CASO

Chaves, E(1); Stieben, T; Caram, S(1); Retore, M(1); Colli, G(1); Chaves, M(1); Dalurzo, D(1); Viale, S
(1)Servicio Clínica Médica, Sanatorio La Entrerriana. Paraná. Entre Ríos. Argentina.

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria recurrente, no transmural, que afecta el recto y se extiende en forma proximal para afectar el colon en grado variable.
El tratamiento de primera línea de la CU se basa en la mezalasina (acido 5-aminosalicilico).La cual puede darse por vía oral, rectal o en diferentes pro-drogas orales como la sulfasalizina (SZA). La sulfasalizina (SZA), inicialmente descripta para el tratamiento de la artritis reumatoide, es una de las drogas más antiguamente utilizada en el tratamiento de la CU. La misma resulta de la unión azo entre una molécula de mezalasina y otra de sulfapiridina. Actualmente su uso se ve parcialmente restringido por los efectos adversos, que pueden llegar hasta el 30%, y están relacionados principalmente con la molécula de sulfapiridina. Se presenta el caso de una mujer de 52 años, con antecedentes de hipotiroidismo, con diagnostico reciente de CU extensa. Inicia tratamiento con esteroides y SZA, con remisión clínica, y continua mantenimiento con SZA (2g/día). Luego de 3 meses del inicio del tratamiento, la paciente presenta elevación moderada de las transaminasas (5 a 10 veces el valor normal), sin alteración de la función, ni colestasis. Se indica discontinuar la SZA (reemplazándola por mezalasina) y se descartan otras causas de hepatopatía, normalizando el hepatograma a los 30 días. Al poco tiempo desarrollo pancitopenia, rash maculopapular, elevación de la eritrosedimentacion, y positivización de auto anticuerpos (FAN y antiDNA). La paciente continuaba tomando SZA en forma intercalada con la mezalasina, a pesar de la indicación de la suspensión un mes atrás. No presentaba signos de actividad de CU. De acuerdo con los criterios de la Asociación Americana de Reumatología se interpreta el cuadro como un Lupus Eritematoso (LE) y se inicia meprednisona (1mg/kg). La paciente no presentaba compromiso renal, y al cabo de pocas semanas mejoran las lesiones en piel y los valores del hemograma. Se reducen lentamente las dosis de esteroides y continua seguimiento.
La asociación entre CU y LE es muy poco frecuente. Por otro lado la inducción de un LE por la SZA ha sido descripta en distintos reportes y series de casos. Los factores de riesgo para esta complicación poco frecuente del tratamiento de la SZA serian el tiempo de exposición a la droga y una predisposición genética relacionada con un genotipo de acetiladores lentos. Se presenta el caso para discusión clínica.

CC/P-27

SINDROME DE SWEET COMO MANIFESTACIÓN ASOCIADA DE COLITIS ULCEROSA EN ACTIVIDAD

Quiroga, R(1); Barri, A(1); Caruso, S(1); Dolan, M(1); De Mingo, L(1); Scacchi, A(1); Fernandez, R(1); Rainero, G(1); Romo, R(1); Copello, H(1); Gonzalez Roibón, N(1)
(1)Hospital Churruca- Visca. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La colitis ulcerosa (CU) es un trastorno inflamatorio que afecta al recto y se extiende en dirección proximal para comprometer al colon en grado variable. Tantola Enfermedadde Crohn comola CU, están asociadas con una variedad de manifestaciones extraintestinales. Alrededor del 36% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal presentan por lo menos una manifestación extraintestinal.
La asociación entre Sme. de Sweet y enfermedad inflamatoria intestinal se caracteriza por un claro predominio por el sexo femenino, en una proporción 9: 1, siendo la edad de presentación variable. La afectación del colon ocurre prácticamente de forma constante, casi siempre coincide con un brote de actividad inflamatoria intestinal. Generalmente suele aparecer después del diagnóstico dela C.U. Laafectación ocular está presente en la cuarta parte de los casos. OBJETIVO: Presentar el caso de una mujer con reactivación de C.U asociado a Sme. de Sweet, siendo ésta asociación infrecuente. CASO CLÍNICO: Mujer de 38 años con antecedentes de Colitis Ulcerosa (proctitis), diagnosticada en marzo de 2009 tratada con mesalazina supositorios durante 1 año. Por buena evolución y no presentar síntomas, la paciente abandona tratamiento.
En julio de 2010, consulta por hemoproctorragia,10 a12 deposiciones diarias asociadas a pujos y tenesmo rectal, con dolor anal intenso, también dolor abdominal difuso y en miembros inferiores. Con el antecedente de poliartralgias con consumo de altas dosis de AINES (Ibuprofeno 600 mg c/3hs; y diclofenac 75 mg c/12hs), una semana previa a la internación. Agregando en la última semana, dolor y lagrimeo ocular, y lesiones en piel eritemato-ampollar coraliformes de bordes definidos, en brazo izquierdo y tórax , no pruriginosas. En laboratorio Hto.33%, Hb. 8,4; VSG89 mmen 1º h; resto sin relevancia. Se realiza VCC evidenciando pancolitis, y se diagnostica epiescleritis izquierda. Se biopsian lesiones en piel. Anatomía patológica: Infiltrado de neutrófilos con edema de dermis. Comenzándose tratamiento con hidrocortisona, mesalazina, y ciprofloxacina - metronidazol, con buena evolución del cuadro intestinal, cediendo también lesiones en piel, y mejorando epiescleritis. DISCUSIÓN: El SS se caracteriza por fiebre de comienzo repentino, leucocitosis, y lesiónes rojas eritematosas, con pápulas, placas o nódulos que usualmente afecta la región facial, cuelllo, extremidad superior, y espalda.Las manifestaciones oculares fueron principalmente conjuntivitis, epiescleritis e iritis. Las lesiones en piel muestran en la histología un infiltrado neutrofílico denso. Frecuentemente se asocia a otros trastornos inmunológicos. La asociación a C.U es baja, encontrándose en el 1% de los casos.

CC/P-28

AMILOIDOSIS RENAL Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

De Santis, JP; Codoni, ML; Barbaglia, Y; Juarez, L; Jiménez, F
Argentina.

Mujer de 24 años, con diagnostico dudoso de enfermedad celíaca, con escasa adhesión a la DLG, sin otro antecedente patológico conocido, con internaciones recurrentes (2007) por cuadros similares, reingresa por diarrea de 4 semanas de evolución, vómitos, fiebre, pérdida de peso, anasarca y, alteración del medio interno. Cultivos de materia fecal, negativos. Biopsia y anticuerpos negativos para EC. Ecografía abdomino-renal: presencia de ascitis. T.A.C. abdominal: derrame pleural bilateral y ascitis. La videocolonoscopía progresa hasta los 12 cm por estrechez, encontrándose: múltiples ulceras profundas, mayores de 1 cm., cubiertas de tejido aparentemente no colónico, rodeada de mucosa eritematosa, friable y sangrante, configurando seudopólipos, tomándose biopsias. La anatomía patológica revela: “infiltrado inflamatorio submucoso inespecífico”. El colon por enema, evidencia dos estrecheces, a unos 12 y 35 cm del ano, de aproximadamente 10 y 5 cm de longitud, cada una, respectivamente. Comienza tratamiento con sulfazalasina 4 gr/día con cumplimiento irregular.
Reingresa a los 2 años por constipación, anasarca, agregando orinas espumosas, alteración de la función renal, protenuria de 12 gr/día. Nefrología indica biopsia renal, informando la anatomía patológica: glomerulonefritis nodular difusa, con depósito de amiloide. El transito de intestino delgado, no revela alteraciones. Los ac. P-ANCA y ASCA, resultaron negativos. ACTUALIZACION BIBLIOGRAFICA: La EII involucra a: enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, sugerida como respuesta inflamatoria inapropiada a los microbios intestinales en un huésped genéticamente susceptible. La prevalencia en Argentina de la CU es de 76/100.000, 15/100.000 para EC y 6/100.000 en colitis indeterminada. El 20-30% desarrollara manifestaciones extraintestinales y, un 4-20 % afección renal. La incidencia de amiloidosis secundaria es de 0,9–6 % en enfermedad de Crohn y, 0,07 % en colitis ulcerosa, con mayor prevalencia en hombres. La amiloidosis resulta del depósito de una proteína de bajo peso molecular, amorfa, insoluble, rígida, en respuesta a la inflamación crónica bajo la regulación de TNF″ e, IL 1 y 6. Las manifestaciones clínicas son múltiples e inespecíficas, lo que retrasa el diagnóstico. El 90 %, se manifiesta con insuficiencia renal con proteinuria intensa. Es la causa más grave asociada a enfermedad inflamatoria, llegando a una mortalidad entre 40 – 70 %. Hasta la fecha, no ha habido ningún tratamiento eficaz para evitar la progresión. El transplante podría ofrecer mejores perspectivas. Varios estudios demostraron mejoría de la función renal y la proteinuria, con infliximab, reduciéndose los niveles séricos de amiloide. CONCLUSION: Al momento, no contamos con diagnóstico anatomopatológico preciso del tipo de enfermedad inflamatoria que nos ocupa. El análisis de la pieza quirúrgica podría aclarar tal panorama, pero con un alto impacto en la morbimortalidad, debido esta asociación.

CC/P-29

COLITIS ULCERATIVA CON EVOLUCIÓN TÓRPIDA EN PEDIATRÍA

Petri, V(1); Riga, C(1); Quinteros, E(1); Depetri, ML(1)
(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba, Argentina

INTRODUCCIÓN: La Colitis Ulcerativa es una enfermedad crónica caracterizada por inflamación de la mucosa colónica y se manifiesta clínicamente por dolor abdominal, sangrado rectal y diarrea. Si bien los niños tienen compromiso colónico más extenso habitualmente responden de forma exitosa al tratamiento médico requiriendo sólo en pocas ocasiones tratamiento quirúrgico. OBJETIVO: Presentación de paciente pediátrico con Colitis Ulcerativa de evolución tórpida. CASO CLÍNICO: Paciente de 3 años de edad con diagnóstico de Colitis Ulcerativa desde los 17 meses de vida con compromiso pancolónico, tratada desde el inicio con corticoides y mesalazina. Durante su evolución presentó 3 recaídas requiriendo en la segunda corticoides EV y azatioprina. En la última recaída no respondió a nutrición parenteral, tratamiento inmunosupresor (pulsos de corticoides, ciclosporina e infliximab), presentando compromiso del estado general con dolor abdominal intenso, diarrea (10-15 deposiciones diarias con moco y sangre), anemia severa, hipoalbuminemia, alteración hidroelectrolítica y desnutrición severa.
Debido a la falta de respuesta al tratamiento médico se realiza colectomía total con ileostomía. En los controles posteriores se observó una recuperación de su estado nutricional (P/E 50, T/E 50 e IMC 50-75), índices de laboratorio y manifestaciones clínicas. CONCLUSIÓN: Si bien la resolución quirúrgica es la última instancia en el tratamiento de esta enfermedad en la edad pediátrica, en ciertos casos severos refractarios al tratamiento esta debe ser indicada para brindar una curación potencial de la enfermedad.

CC/P-30

ENFERMEDAD DE CROHN COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

Domínguez, MJ(1); Palmisano, EM(1); Cerda, JI(1); Bernaus, M(1); Mangione, A(1)
(1)Hospital Escuela Eva Perón Granadero Baigorria. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Crohn es una inflamación crónica transmural granulomatosa y cicatrizante, de inicio submucoso, que afecta cualquier sector del tracto gastrointestinal en forma discontinua y asimétrica, manifestándose en forma inflamatoria, obstructiva o fistulizante. OBJETIVO: REPORTE DE 2 CASOS. Caso 1: Varón de 26 años de edad que consulta por cuadro de 48 hs de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, contínuo. Acompañado de náuseas e hiporexia. Al examen físico presenta dolor y defensa a la palpación de fosa ilíaca derecha. Estudios Complementarios: Laboratorio: Hemoglobina: 13.9, Hematocrito: 38.5, Glóbulos blancos: 11.000 (56/10), Plaquetas: 251.000, TP: 13, KPTT: 32. Se decide tratamiento quirúrgico por diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico. Bajo sedación pre quirúrgica, se palpa tumoración en fosa ilíaca derecha, duro pétrea de 4 x6 cm. Cirugía: Tumor de Ciego e Ileon terminal. Hemicolectomía derecha más ileodescendo anastomosis término-terminal. Anatomía Patológica: Efermedad de Crohn que afecta ileon terminal, ciego y apéndice cecal, con fistulización y consecutiva peritonitis aguda. Se disecan 26 gánglios linfáticos con hiperplasia linfofolicular, signos de linfadenitis subaguda y crónica granulomatosa. Caso 2: Varón de 22 años de edad que consulta por cuadro de 15 días de dolor abdominal en flanco y fosa iliaca derecha. Que aumenta progresivamente en intensidad. Al examen físico presenta dolor y defensa en fosa ilíaca derecha, donde se palpa tumoración de 5 x5 cm, duro petrea, adherida a planos profundos. Estudios Complementarios: Laboratorio: Hemoglobina: 12, Hematocrito: 35.3, Glóbulos blancos: 11900(81/12), Plaquetas: 492.000, Velocidad de Eritrosedimentación: 86. Se diagnostica abdomen agudo quirúrgico y se decide cirugía hallando tumoración en Ileon terminal y Ciego. Hemicolectomía derecha más ileotransverso anastomosis látero-lateral. Anatomía Patológica: Ileocecocolitis granulomatosa con compromiso segmentario transmural compatible con enfermedad de Crohn. No se observan BAAR. Peritonitis fibrinoleucocitaria. No presenta signos de transformación maligna. COMENTARIOS:La enfermedad de Crohn, suele debutar por manifestación de sus complicaciones. Entre las agudas se destacan la perforación, obstrucción y hemorragia, lo que obliga a descartar otras enfermedades que afectan al Colon e ileon terminal, potencialmente causales de abdomen agudo. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico, ya sea de la pieza quirúrgica o por endoscopía.

CC/P-31

¿DIARREA ORGÁNICA O FUNCIONAL?

Oggero, JL(1); Di Césare, AE(2)
(1)Endicor (2)Hospital Municipal Urgencias - Endicor. Argentina.

Fem 60 años.M.C. Diarrea Crónica.A. E. A Consulta el 12/10/10; comenzó en mayo del 2010 con diarrea líq alternada con MF blanda. Nunca proctorragia. A veces diarrea explosiva. Urgen evac que la despierta por las noches. Actualm 3-8 dep/día. Dolor en abd local en FII y FI que cede con las evac. Bajó de peso 10-11 Kg en 6 meses con restricciones alim.APP HTA Tto: Lotrial 10 mg /día Osteop-Osteopenia: sin tto actualm. Mioma con Anexohisterectomía hace 10 años. Tabac: 30 paq/año. No transf. Menarca; 11 años; 4 emb con PN. No AHF.Ex Físico Dolor en FI y FII. Complemen: Julio a Octubre 2010 Hb.13,4g/dl - 11,9g/dl- 12,2g/dl fórm: Norm VSG:40 mm – 70 mm Plaq 190000/mm3 Col 250mg/dl TGC 167 mg/dl Ca 9,6 Glu 73 Urea 14 Creat 0,60 Na 142 K 3,80 Ac Anti-HIV (-) Ag HBs: (-) Anti Core VHB(-) VHC (-) GOT 13 GPT 10 FAL 99 BiD 0,30 Bi T 0,60 APP 80 KPTT 37" Rx.Abd: Calcificación en proyección de FII. Resto s/p. Colon doble cte: Múlt divertículos en c. sigm, desc y trans. FCC: Recto: trama vascular disminuída. Biopsias. Estudio hasta c trans. Divertículos en colon sigm. Biopsia COLITIS CRÓN INESP MODERADA EN ACTIVIDAD. VEDA: Cpo y antro c/mucosa cong con pliegues erosivos. Duod normal. Biopsia: Hp positivo. Duod normal. GASTRITIS SUP MOD ACTIVA. GASTRITIS ASOC A HP. MUCOSA DUOD NORMAL TAC abd-pelv c/c: normal. 14/09/10. mesalazina 400 hace 8 días. 4 por día. No cede el cuadro. Noviem 2010 a Enero 2011 Hto 38 Hb 12.g/dl - 10,3 g/dl – 11 g/dl Fórmula normal VSG 30mm –103mm –47mm. Plaq 195000 Glu 93 Urea 18 Creat 0,7Colest 210 HDL 43 LDL 111 TGC 181 Ac Urico 3,4 Na 147 K 2,8 Cl 113 Urocult Leuc 5-6/c. Hemat 5-10 p/c. Cultivo s/desarrollo. UFC: (-) IgA antigliad 9,03 IgA AntiEnd (-) Ac ATG 0,30 MFecal leucocitos (-). Parasitos (-) Esteatocrito 1º muestra: 3 (VN: hasta 5). Amilasa: 241. Prot Tot 6,6 Alb 3,9 Glob Tot 2,7 Alb/Glob: 1,44 Na 148 K 3,4 C: 102 Test de H en Aire Espirado Para Sobrec Bact: < 12 ppm sobre el nivel basal (Pat: mayor a 12) en 120 min.Eco Abd: normal. VCC Digital: Hasta ciego incl. Múlt divertículos en c. sigm y desc. Resto Normal. TAC Abd con cte Ensancham uniforme de pared en la mayor ext del íleon medial y terminal que en sectores genera estrechez luminal parcial con hipodens de pared que traduce edema de la misma sugiriendo ileítis sin signos de ulceración ni trayectos fistulosos. Formación fecalomatosa a nivel del recto. Evoluc Tto cronológico: Dieta Astring Sin rta. Tto Psiquiát Sertralina 50 mg/dia Clonazepán 0,5 mg c/12 hs S/Síntomas.Terapia Psicol S/síntomas. Trimebutina 200 mg c/8 y 12 hs Sin rta Rifaximina 200 mg c/12 hs x 10 días 2 ciclos (antes de test del aire espirado y después). Con Rta parcial transitoria y posterior recurrencia del cuadro. Sucralf susp 30 cc c/6 hs Sin rta. Antiesp. Sin rta.Mesalazina 1 g c/12 hs Exacerbó el dolor abd. Predn 40 mg x 21 días 30 mgx 21 días 20 mg x 21 días 10 mg x 21 días y 5 mg x 21 días. Actualmente la pte se encuentra s/dolor abd, con 1 o 2 dep/día de MF forme.

CC/P-32

PIODERMA GANGRENOSO EN COLITIS ULCEROSA

Garrastazul, PE(1)
(1)Servicio Gastroenterología, Endoscopía y Hepatología, Hospital Rawson, Córdoba, Capital, Argentina

Masculino de 39 años de edad, de Córdoba. MC: deposiciones diarreicas con sangre. AEA: constipación de 2 meses de evolución, heces encintadas con sangre, disminución de 3kg de peso, pujos, tenesmo.APP: tabaquista, hemorroides internas. CCV marzo 2010: tacto rectal ampolla libre, hasta 35cm del canal anal por mala tolerancia del estudio, presenta mucosa enrojecida sin red vascular, múltiples ulceraciones.Inicia tratamiento con sulfasalazina 2gr/d, continua con enterorragia por lo cual se agrega metilprednisona 10mg/d.Labo marzo 2010: hto37,5%, Hb 12,8gr, GB 7150, ERS 9, APP 68%, creat1, BT 0,90, BD 0,27, BI 0,62, col 177,TG 189, GOT 20, GPT 25,FA 255, ALB 3,2g%,K+4mEq/l
Biopsia colonica: exudado fibrinoleucocitario con tejido de granularon subyacente. Material de lecho ulceroso. Truelove: leve .Presenta disminucion de deposiciones, con enemas de corticoides, metilprednisona vo, sulfasalazina 2gr/d. Se agrega acido folico 5mg/d por presentar GR 3750000. rectoscopia: mucosa friable hasta12 cm, con multiples ulceras no respetando red vascular submucosa. Biopsia rectal: extensa perdida de revestimiento epitelial, la mucosa colonica adyacente evidencia distorsion y atrofia de las criptas asociado a edema y congestion vascular con infiltrado inflamatorio don discreta migración leucocitaria epitelia. BMI 21, inicia dieta hipercalorica e hiperproteica.Truelove: leve. Se realiza DETERMINACION ENZIMATICA TPMT, 11,1 pmoles x 10-7 GR x hr (>7,5 pmoles x 10 -7 GR x hr). CCV: se progresa hasta ciego evidenciandose mucosa edematosa, friable, ulceraciones confluentes, recubiertas de fibrina con formaciones pseudopolipoides y abundante exudado fibrinoso. CU grado III. Biopsia colonica: disminución da la masa glandular y celulas caliciformes, con tapones mucosos, el corion exhibe edema vasocongestion y leve infiltrado inflamatorio mono y olimorfonuclear con formación de aislados microabscesos. Colitis cronica severa en actividad.Labo junio 2010: hto27,0%, Hb 8,6gr, GB 5800, ERS 28, ligera hipocromia y anisocitosis. Truelove: moderado. En marzo de 2011, deja medicacion, proctorragia, pujos tenesmo. Lesion sobreelevada de 5 x 7cm con multiples ulceras con material seroso de 1 semana de evolucion en MMII derecho.Labo marzo 2011: hto 35%, Hb 12, GB 12.500, plaq 610000, ERS 75, APP 65%, GOT 19, GPT 50, ALB 3.20. CCV: ulceras con restos de fibrina confluente y pseudopolipos mucosa muy friable. Truelove: moderado-grave. Se inicia tratamiento con glucocorticoides EV, NTP, enemas con glucocorticoides, tacrolimus topico, ALB. A los 5 dias se suspenden enemas se rota via oral los glucocorticoides, por disminuir frecuencia de deposiciones mejoria de consistencia, no pujos no tenesmo. Se decide por mejoria de deposiciones, disminución de tamaño de lesion en MMII, alta con meprednisona 10mg, sulfasalazina 2gr dia, hierro vo, tacrolimus vo, luego de 40 dias de internacion.Actualmente paciente en tratamiento con sulfasalazina 2g dia, metilprednisona 10mg dia.

CC/P-33

DIARREA HIPERSECRETORA DE POTASIO ASOCIADA A PSEUDOBSTRUCCION AGUDA DEL COLON: UN CUADRO POCO FRECUENTE

Abecia, VH(1); Talamazzi, AR(1); Pizzala, JE(1); Matoso, MD(1); Piccioni, HL(1); De paula, JA(1)
(1)Gastroenterología, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN: Las diarreas secretoras pueden tener diferentes etiologías, sin embargo se asume que el mecanismo es el mismo para todas: estimulación de la secreción de cloro, la cual induce secundariamente la secreción pasiva de sodio. A la secreción de cloro se suma la inhibición de la absorción activa de cloruro y bicarbonato de sodio. Como resultado se produce un exceso de electrolitos en la luz intestinal, que arrastra agua a la luz intestinal. En la diarrea secretora, la secreción de potasio (K) esta levemente aumentada, con concentraciones que no superan los 50 mEq/l. Existen escasos reportes en la literatura de diarrea por hipersecreción de K. Es por eso que reportamos a una paciente con un cuadro con falta de eliminación de gases, hipokalemia y diarrea con alta concentración de K fecal. CASO CLÍNICO: Paciente de 81 años sin antecedentes de importancia que ingresó con distensión abdominal y falta de eliminación de gases, seguido de diarrea líquida profusa con alto contenido de mucus, con volúmenes de hasta 3000 ml día, con hipokalemia severa de 1,5 mEq/l , concentración fecal de K de hasta140 mEq/l y Na fecal de sólo15 mEq/l. Los estudios por imágenes mostraron importante dilatación colónica, con estudios en materia fecal negativos. Se realizaron multiples tipos de tratamiento sin ninguna mejoría del cuadro clínico, recibiendo cargas de cloruro de potasio endovenoso de hasta 160 mEq/l día. A raíz de la refractariedad del cuadro se decidió iniciar tratamiento con octeodride 0,1 mg SC tid con lo cual presentó mejoría clínica a partir del tercer día, con cese de la diarrea y normalización del ionograma fecal al 7mo día de tratamiento. DISCUSIÓN: La pseudo-obstrucción colónica aguda, suele ocurrir en pacientes hospitalizados con enfermedades sistémicas severas. La fisiopatología de este cuadro no es clara pero se cree que es causada por un exceso de actividad simpática y una reducción de la actividad parasimpática. Otros factores conocidos que contribuyen a la dilatación colónica son fármacos y desórdenes electrolíticos, Este reporte evidencia la existencia de un mecanismo poco conocido y extremadamente raro de diarrea con una exacerbada secreción de K. Dos principales hipótesis, se describieron hasta ahora, una en la cual la pseudo-obstrucción colónica y la diarrea secretora se producen por hiperestimulación adrenérgica sobre sistema nervioso entérico, Otra interpretación posible sería que la distensión colónica sea el principal estímulo secretor. Es interesante destacar que el paciente comenzó su mejoría a partir de la administración de octeotride SC, lo cual hace pensar que la estimulación de los receptores de somatosatina haya sido capaz de inhibir algún mecanismo anormalmente activado. Es de relevancia destacar la importancia de la sospecha clínica de esta entidad ante cuadros de diarrea y distensión abdominal, tan poco referida en la literatura, como así también el rol del ionograma fecal en el diagnóstico.

CC/P-35

ABDOMEN DOLOROSO

Dotta, M(1); Hammar, F(1); Buzzi, A(1)
(1)Fundación Diagnóstico Médico. Argentina.

Hombre de 60 años de edad que consulta por un dolor abdominal bajo asociado a vómitos de 48 hs de evolución. Refiere como único antecedente de importancia la presencia de litiasis vesicular. Se le solicita TC abdominal con contraste oral y endovenoso donde se observa, aerobilia, engrosamiento parietal, reticulación de planos grasos, y la presencia de cuerpo extraño en últimas asas iliares. Se diagnosticó íleo biliar por lo que al paciente se le indicó cirugía.

CC/P-34

MICOBACTERIUM AVIUS INTRACELLULARE: LOCALIZACION COLONICA

La Via, J(1); Boggio Marzet, C(1); Donatelli, M(2); Jaroslavsky, MJ(3); Nardi, G(1); Pinasco, R(1); Regnasco, S(2); Saa, EC(1)
(1)Unidad de Gastroenterología. Hospital Pirovano CABA (2)Sección Endoscopía. Hospital Pirovano. CABA (3)División Anatomía Patológica. Hospital Pirovano. CABA. Argentina.

INTRODUCCIÓN: Las bacterias del complejo Micobacterium Avium Intracellulare (MAI) se encuentran en el agua, en los alimentos y en distintos animales, por lo que resulta muy fácil que entre en contacto las personas. A pesar de que la gran mayoría de las personas tiene estas bacterias en su cuerpo, las que tienen un sistema inmunológico sano pueden controlar que éstas no se desarrollen, con lo que se evita que la enfermedad se manifieste. OBJETIVO: Presentar un caso clínico de MAI de localización colonica en un joven HIV negativo sin manifestaciones pulmonares. PACIENTE: L.M. – 16 años. Oriundo de Formosa - Medio rural – Bajo nivel socio-económico. Diarrea con sangre de 6 meses evolución. Pérdida de peso. Dolor abdominal. RESULTADOS: Año 2006. Parasitológico: Dientamoeba fragillis. Anemia - Hto 24% - GB12000. VCC: Se progresa hasta 35 cm. Recto con mucosa congestiva, edematosa, con pérdida de la red vascular, con exudados fibrinosos y presencia de seudopolipos. A 20 cm mucosa de características normales. Biopsias a 10 y 15 cm: Mucosa rectal con erosión superficial, intensa inflamación crónica activa con abscesos crípticos, infiltrados de escasos histiocitos de citoplasma claro en la lámina propia. Se realizan técnicas especiales para búsqueda de hongos y BAAR (Resultados insatisfactorios). Se sugiere que el cuadro es sugestivo de colitis infecciosa, si bien no puede descartarse C.U. Se realizan múltiples cultivos para gérmenes comunes y específicos, con resultados negativos. En base a éstos y a la sospecha endoscópica, se interpreta el cuadro como E.I.I., y comienza tratamiento con corticoides, enseguida reemplazados por 5-ASA y además tratamiento antiamebiásico Evolución tórpida y se pasa a 6-mercaptopurina. Se reinterna en Marzo 2009. Se realiza VCC. En ciego, mucosa friable y sangrante, con úlceras y exudados fibrinosos. Resto del colon, mucosa con patrón de afectación discontinua. En recto mucosa friable y sangrante con múltiples úlceras y exudados. El cuadro histológico es similar al anterior planteándose el diagnostico diferencial entre EII y Colitis infecciosa. Nuevos cultivos con resultados negativos. Año 2010: cuadro abdominal agudo.TAC: se ve aire en cavidad abdominal y un absceso a nivel del psoas derecho. Se decide laparotomía exploradora con sospecha de perforación colónica. Se realiza colectomía con conservación del recto y se deja drenaje. Se diagnostica MAI en la pieza Quirurgica. Se inició tratamiento con tres drogas. Excelente evolución. CONCLUSIONES: La infección diseminada por MAI es un proceso oportunista que afecta a pacientes HIV+ en etapas tardías de la infección. La diarrea, el dolor abdominal y el síndrome de malaabsorción son manifestaciones clínicas frecuentes. La manifestación del tracto digestivo por MAI suele situarse en el contexto de una enfermedad diseminada por lo cual los pacientes presentan síntomas generales como pérdida de peso y fiebre.

CC/P-36

CAUSA INUSUAL DE HEMOBILIA

Panno, C(1); Gutierrez, S(1); Milocco, M(1); Valenzuela, M(2); Cubilla, A(2); Ianniccillo, H(3); Zagasky, D(3); Alvarez, E(4); Fucile, V(3); Alvarez, F(5); Echeverrìa, R(1); Garbe, C(1)
(1)Servicio de Gastroenterologìa- Hospital Posadas. (2)Servicio de Diagnóstico por imágenes- Hospital Posadas (3)Servicio de Endoscopía- Hospital Posadas (4)Servicio de Anatomía Patológica- Hospital Posadas (5)Servicio de Cirugía- Hospital Posadas

Paciente masculino de 52 años, antecedentes: 1) Internación reciente por Endocarditis Infecciosa, con glomerulonefritis, absceso esplénico, insuficiencia Aórtica con reemplazo valvular. 2) LIVE asintomática. 3) Enolista. En tratamiento: Acenocumarol
Ingresa al hospital por abdomen agudo y HDA, Ecografía abdominal: vía biliar intra y extrahepática dilatada, vesícula distendida, alitiásica. Imagen focal heterogénea subhepático de 10 x 4mm. Laboratorio: Hto 26%- Hb 8.6- Plaq. 205.000- T.p 39- RIN 2,13. Laparotomía de urgencia, evidencia de colecistitis aguda necrohemorrágica se realiza colecistectomía y colocación tubo de Kehr. AP de la pieza quirúrgica: colecistitis crónica reagudizada y litiasis vesicular. Se inicia anticoagulación con enoxaparina y al 7mo día presenta Hematemesis con descompensación hemodinámica, VEDA: estómago restos hemáticos, en 2da porción duodenal escasa sangre fresca sobre la papila con coágulo adherido.
En día 14 nuevo episodio de Hematemesis, se realiza CPRE: 2da duodenal con sangrado, se canula hepatocolédoco de 10mm con múltiples imágenes negativas. Se dilata con balón y se observa salida de sangre y coágulos. Se coloca drenaje nasobiliar. Angiografía sin evidencias de sangrado ni lesiones. Se solicitó AngioTAC no realizada por razones técnicas. Ecografía con doppler: hígado de ecoestructura heterogénea, imagen anecoica de 51x45x58mm en lóbulo hepático derecho en contacto con la arteria hepática y rama de la vena Porta, con señal Doppler (+) en su interior. Recurre con Hematemesis y melena con descompensación hemodinámica. Laparotomía de urgencia con diagnóstico post-quirúrgico de tumor hepático cavitado, se realiza hepatectomía derecha. Evoluciona con intercurrencias infecciosas, requiriendo múltiples esquemas de antibióticos. Ecocardiograma transesofágico: sin lesiones. Presenta ascitis de rápida reproducción y requerimiento de paracentesis evacuadoras periódicas. Líq. Ascítico: leuc. 147- albúmina 0,2- proteínas totales 1,3- GASA 1,9. Citológico: sin células atípicas. Cultivos negativos. Presenta shock séptico a probable foco respiratorio sin respuesta al tratamiento con drogas vasoactivas y fallece. Anatomía patológica: pieza hepática con colección hemática en organización de 4 x 3.5cm de diám. rodeada por pared fibrosa con focos de calcificación y discreto infiltrado inflamatorio mononuclear. Cuadro vinculable a pseudoaneurisma. Parénquima hepático adyacente con fibrosis portal. El caso presentado se arribó al diagnóstico presuntivo de Pseudoaneurisma de la arteria hepática mediante ecografía con doppler abdominal, no pudiendo demostrarse la lesión a través de la realización de Angiografías intrasangrado. La resolución de la patología fue quirúrgica y la mortalidad estuvo relacionada a causa infecciosa ajena al procedimiento quirúrgico. Destacamos como probables causas de Pseudoaneurisma: a la Endocarditis Infecciosa y a la colecistitis crónica reagudizada.

CC/P-37

PANCREATITIS AGUDA POR HIPERCALCEMIA

Catalá, L(1); Marino, M(1); Djivelekian, S; Fiorentino, R; Basso, S
(1)Hospital Udaondo. Argentina.

INTRODUCCIÓN: Paciente masculino de 42 años de edad con antecedentes personales de Síndrome Metabólico presenta varios episodios de dolor abdominal con diagnóstico Pancreatitis secundario a hipertrigliceridemia (triglicéridos mayor a 1000). Consulta por cuadro de dolor abdominal tipo cólico en epigastrio irradiado a dorso de intensidad 9/10 de 72 horas de evolución sin otro síntoma asociado. Laboratorio: amilasa 383. Ecografía Abdominal: hígado con cambios esteatosicos leves, vesícula ausente, vías biliares no dilatadas, páncreas aumentado de tamaño homogéneo. Se interpreta cuadro como pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia. Reingresa al mes de su externacion por nuevo episodio de dolor abdominal de similares características, donde se evidencia amilasa 1500, calcio 13.5, TG 418, sin otros datos relevantes con ecografía abdominal que describe páncreas aumentado de tamaño a predominio de cuerpo y cola difusamente heterogéneo. Se interpreta el cuadro como nueva pancreatitis aguda metabolica secundaria a hipercalcemia / hipertrigliceridemia. OBJETIVOS: Evaluar alteraciones metabólicas como la hipercalcemia secundaria a hiperparatiroidismo como causa de Pancreatitis Aguda. MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 42 años de edad con antecedentes de Sindrome Metabólico quien presenta en varias oportunidades episodios de pancreatitis aguda metabólica secundaria a hipercalcemia/hipertrigliceridemia. Presenta durante su internación amilasa elevada 1500, TG418, Ca13,6. Se solicita Tac de abdomen y pelvis que evidencia vías biliares no dilatadas, páncreas con área hipodensa a nivel de cola que no realza con contraste endovenoso, resto sin alteraciones. Se realizó a nivel de laboratorio dosaje de PTH con valor de 180 (vn: 67), completando el estudio con ecografía de cuello donde no se evidencia alteraciones. RESULTADOS: Se interpretó nuevo episodio de Pancreatitis secundaria a hipercalcemia por Hiperparatiroidismo. CONCLUSIONES: La hipercalcemia secundaria a hiperparatiroidismo es una causa rara de pancreatitis aguda, variando entre el 1,5-7%. Aunque la relación causal y la fisiopatología del proceso no están totalmente aclaradas, parece claro que la asociación no es incidental y que los niveles de calcio sérico serían un factor de riesgo mayor, desencadenándose los cuadros de pancreatitis durante las crisis de hipercalcemia. También se han descrito alteraciones en diversos genes que podrían estar implicados, justificando por qué sólo unos pocos pacientes con hiperparatiroidismo primario e hipercalcemia sufren pancreatitis aguda. Lo más frecuente es que se den en el seno de un hiperparatiroidismo ya conocido o en el postoperatorio de una paratiroidectomía, siendo más raro en los hiperparatiroidismos de debut. En la pancreatitis aguda asociada a estados de hipercalcemia, debe sospecharse la existencia de un hiperparatiroidismo primario.

CC/P-38

ADENOCARCINOMA DUCTAL DE PANCREAS: UNA FORMA DE PRESENTACIÓN INUSUAL

López Laplace, FB(1); Martinez, A(1); Curras, A(1); Abed, J(2); Sacco, A(3); Calzetta, P(1); Aira, O(1)
(1)Servicio de Gastroenterología/ Hospital J.A.Fernandez (2)Servicio de Cirugía General/ Hospital J.A. Fernandez (3)Servicio de Anatomía Patológica/Hospital J.A.Fernandez. Argentina.

INTRODUCCION: La mayoría de las formas de presentación del Adenocarcinoma de páncreas incluyen dolor abdominal, ictericia, y pérdida de peso, pero en algunos casos la aproximación diagnostica se realiza por el hallazgo de las alteraciones fisiopatológicas que el proceso neoplásico produce en su desarrollo. Tanto la Hipertensión portal segmentaria como el Infarto esplénico son el resultado de la invasión vascular que el tumor de cuerpo y cola de páncreas produjo en la vasculatura tanto venosa como arterial de dicha región anatómica. La hipertensión portal segmentaria es un Síndrome clínico producido por la trombosis de la Vena esplénica, y se manifiesta por hemorragia digestiva secundaria al sangrado de varices gástricas en pacientes con vena porta y función hepática sin alteraciones. OBJETIVO: Se presenta un caso clínico con el propósito de dar a conocer la experiencia de efectuar el diagnóstico y tratamiento de una patología con presentación infrecuente. PACIENTE: Caso Clínico. Paciente de sexo femenino de 53 años de edad, sin antecedentes de relevancia, consulta por presentar deposiciones con características melenicas, astenia y palidez cutáneo-mucosa. Al examen físico: Esplenomegalia a la palpación, sin observarse signos de hepatopatía crónica ni descompensación hemodinámica. Laboratorio: HCT=22; HB=5.5; VCM=72; Plaquetas=333.000 ; GB=4600 ; Urea=72 Creatinina=1,2 ; Glucemia=254 ; BT=0,6 ; TGO=27 ; TGP=26 ; FAL=68 ; Amilasa=32 ; TP=76 ; KPTT=28 ; NA =138; K =3,5; ERS=37 ; LDH=451 ; Albúmina=4,1. Ecografía abdominal que informó hígado de forma y tamaño conservado, vía biliar no dilatada, vena porta de 10 mm, permeable. Páncreas sin alteraciones. Esplenomegalia homogénea. Videoendoscopía digestiva alta que evidenció varices nodulares de techo gástrico, sin signos de sangrado activo, realizándose esclerosis de las mismas. Tomografía de abdomen que informó: Esplenomegalia con áreas irregulares hipodensas que adoptan aspecto de cuña de base capsular, sin realce del contraste compatible con infarto esplénico. Angioresonancia de abdomen que informó: Ausencia de señal de flujo y adelgazamiento de vena y arteria esplénicas respectivamente, alteración morfológica con aumento de tamaño de la región caudal del páncreas y Esplenomegalia con infarto esplénico.Se solicitaron marcadores tumorales con resultados negativos. Con diagnostico presuntivo de tumor de cola de páncreas se realizó Pancreatectomía distal con Esplenectomía. Anatomía patológica: Adenocarcinoma ductal moderadamente diferenciado con sectores poco diferenciados. Bazo libre de neoplasia con infarto isquémico. El paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio. Se decidió su externación y control por consultorios externos. CONCLUSIONES: El conocimiento de la anatomía y fisiopatología de los tumores pancreáticos favorece el entendimiento de los mismos principalmente cuando los hallazgos son el producto de una manifestación inusual.

CC/P-39

PRESENTACIÓN DE TRES CASOS CLÍNICOS PEDIÁTRICOS

González, L(1); Couceiro, P(1); Nicastro, E(1); Morelli, A(1)
(1)Hospital de Niños de San Justo. Argentina.

INTRODUCCIÓN: se presentan tres casos clínicos de aporte al diagnóstico diferencial de Vómitos y dolor abdominal en edad pediátrica. OBJETIVOS:llevar al clínico general a pensar en diagnósticos frecuentes y otros no tanto en la presentación similar de tres casos clínicos. MATERIAL: Caso 1. Niño de 6 años con múltiples internaciones por deshidratación por vómitos y dolor abdominal. Se presenta a guardia por deshidratación secundaria a vómitos biliosos y constipación. Se administran enemas evacuantes exitosamente. Abdomen doloroso a la palpación profunda. Evoluciona con vómitos incoercibles. Rx abdominal post contraste baritado oral (dilatación de 1era y 2da porción de duodeno). Se solicita FEDA. No se observan alteraciones de la mucosa. TAC abdominal dilatación en 1era y 2da porción de duodeno seguida de estrechamiento. Laparotomía exploradora: malrotación intestinal y vólvulo parcial de yeyuno ileon. Corrección quirúrgica. No vuelve a presentar vómitos. Caso 2. Niña de 4 años. Sufre traumatismo abdominal cerrado. Presento vómitos y dolor abdominal intenso. Concurre a guardia. Presenta amilasemia elevada. Ecografía abdominal: páncreas hiperecogénico. TAC abdominal: Imagen hipodensa podría corresponder con laceración. Evoluciona con disminución de amilasemia hasta la normalización. Alimentación vía oral con buena tolerancia. A la semana repica amilasa. TAC abdominal: imagen hipoecoica de contenido particulado, sugiere presencia de pseudoquiste. Se realiza derivación gástrica de pseudoquiste. 96 hs en ayuno estricto, luego comienza realimentación oral con buena tolerancia. Caso 3. Niño de 7 años. Comienza con vómitos y dolor abdominal abrupto. Consulta a guardia. Abdomen doloroso en zona epigástrica, hernia inguinoescrotal izquierda, hernia umbilical, diastasis de los rectos anteriores del abdomen. Laparotomía exploradora, herniolplastía y apendicetomía. Ecografía abdominal (dilatación quística con paredes levemente engrosadas) y laboratorio (amilasemia elevada). TAC de abdomen (aumento difuso del volumen pancreático, edema intra y peripancreático. Se interpreta pancreatitis aguda. Se indica nutrición parenteral. Evoluciona con amilasemia en descenso. Ecografía de control (vesícula de paredes engrosadas, colédoco dilatado 12,4 mm sospecha de quiste de colédoco, discreto líquido peripancreatico). Comienza tolerancia con semilíquidos (hidrolizado de proteínas) y luego dieta hipograsa. Pendiente CPRE. MÉTODOS: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. RESULTADOS Y CONCLUSIONES:se presentan tres pacientes en edad pediátrica con diagnóstico de vómitos y dolor abdominal, como punto en común, realizándose, luego diagnósticos diferenciales que hacen pensar en la frecuencia del pseudoquiste de páncreas y en la más rara aparición de malrotaciones fuera del período neonatal.

CC/P-40

HISTOPLASMOSIS GASTROINTESTINAL EN UN PACIENTE VIH-SIDA.

Milito, D(1); Espinoza, J(1); Mikolaitis, V(1); Reyes, H(1); Berreta, J(1); Mauriño, E(1); Vasen, W(1)
(1)Htal.C.Bonorino Udaondo. Argentina.

La Histoplasmosis gastrointestinal (HG) es una causa poco frecuente de diarrea crónica en los pacientes VIH-SIDA y puede evolucionar al óbito sin tratamiento. Su diagnóstico diferencial se plantea con otras causas de diarrea crónica como son la enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades parasitarias causadas por micorporidias, Cryptosporidium spp, giardiadias, enfermedad por citomegalovirus, linfomas y enfermedad de Whippel entre otras enfermedades. Se presenta este caso clínico con el objeto de mostrar las características clínicas e histopatológicas de la HG , su metodología diagnóstica y la evolución del paciente bajo el tratamiento específico de esta infección. CASO CLÍNICO: Se trata de un paciente masculino de 65 años de edad con el antecedente de diarrea crónica de 18 meses de evolución asociado a síndrome de mala absorción y pérdida de más del 20% de su PCT. A su ingreso estaba desnutrido con diarrea crónica.Los métodos por imágenes mostraban múltiples adenopatías retroperitoneales sin ascitis. Se realiza el diagnóstico de infección por VIH estadio CIII con recuento de linfocitos cd4 del 1% valor absoluto de 7 células. Se efectua una laparoscopía diagnóstica para obtener biopsias ganglionares cuyo resultado no mostros lesiones peritoneales y la biopsia ganglionar y peritoneal fue negativa para granulomas y atipias y sus cultivos negativos. Se realiza una video endoscopía digestiva alta que muestra mucosa duodenal de aspecto normal pero la anatomía patológica mostró elementos levadurifomes intracelulares compatibles con Histoplasmosis Gastrointestinal. Comenzó tratamiento con Anfotericina B con desaparición de su diarrea . En su evolución presenta una ecografía abdominal que mostró engrosamiento de la pared intestinal colónica derecha sin presentar dolor ni diarrea . La video colonoscopia mostró cambios macroscópicos y microscópicos de colitis seudo membranosa y la toxina para Clostridium difficcile fue positiva. Comenzó tratamiento con metronidazol con evoluciona favorable. CONCLUSIÓN: Queremos destacar del presente caso clínico el tiempo de evolución de la diarrea crónica, el diagnostico de HG con intensa afectación microscópica duodenal en presencia de imágenes endoscópicas normales y el desarrollo de colitis pseudomembranosa sin diarrea durante su internación y tratamiento.

CC/P-41

CRISIS CELÍACA: "UNA GRAVE EMERGENCIA PEDIÁTRICA"

Martínez, SM(1); Martín, GT(1); Chamorro, M(1)
(1)Hospital Dr. A. L. Castelán. Resistencia. Chaco. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La emergencia más seria en un celíaco es la "crisis celíaca", la cual tiene alta letalidad si no es abordada prontamente. La transgresión masiva subrepticia o involuntaria, a la dieta libre de gluten (DLG) es una condición indispensable y la infección enteral o parenteral, es un factor casi universal. En las últimas décadas se ha publicado poco sobre Crisis Celíaca (CC). Los avances diagnósticos y terapéuticos de la Enfermedad Celíaca (EC) y la creación de conciencia sobre la misma en la comunidad médica, permite que los pacientes estén menos expuestos a sufrir complicaciones, reduciendo la mortalidad. OBJETIVO: Presentar un caso de exacerbación aguda severa de EC como consecuencia del incumplimiento a la DLG. Descripción del caso: Paciente sexo femenino, 2 años y 3 meses, familia disfuncional, Peso nacimiento 2500, gluten 6to. mes, comenzando con deposiciones malabsortivas, diarreas y fallo del crecimiento. Derivado de Saénz Peña (interior del Chaco) con sospecha clínica y serologíapositiva para EC. Se realiza endoscopía digestiva alta constatándose signos endoscópicos de atrofia duodenal; anatomía patológica: atrofia IIIc (Marsh- Oberhuber) iniciándose posteriormente la recuperación nutricional. Se otorga el alta a su ciudad de origen, reingresando a los 10 meses con grave compromiso general y nutricional; edemas, trastornos metabólicos, hipoalbuminemia, hipoglucemia, hipofosfatemia, coagulograma alterado. Inicia nutrición parenteral (NP) y antibióticos por sepsis a foco enteral. Una vez compensado desde el punto de vista metabólico, nutricional, infeccioso y gastroenterológico, se otorga el alta a los 3 meses de su ingreso. CONCLUSIÓN: A pesar de los avances en las investigaciones realizadas, aún subsisten problemas en la población celíaca, independientemente del estrato socioeconómico cultural. Aquellos que desarrollan una CC han sido en general descuidados por su familia; por ignorancia, extrema pobreza o franca irresponsabilidad. Ante un celíaco conocido con diarrea crónica y compromiso nutricional, debe sospecharse esta grave emergencia médica, comenzando el tratamiento inmediatamente. La rápida progresión hacia el shock hipovolémico exige medidas urgentes y seguimiento posterior controlado.

CC/P-42

DUCTOPENIA IDIOPÁTICA DEL ADULTO ASOCIADO A ENFERMEDAD CELÍACA

Stieben, TE(1); Berbara, DB(2); Masola, A(1); Godoy, A(3)
(1)Servicio Gastroenterología, Hospital San Martín, Paraná, Entre Ríos, Argentina (2)Hospital San Roque, Paraná, Entre Ríos, Argentina (3)Servicio Anatomía Patológica, Instituto Gamma, Rosario, Argentina

INTRODUCCIÓN: la ductopenia idiopática del adulto es una entidad que conforma el espectro de enfermedades biliares de pequeños conductos. Afecta predominantemente a adultos jóvenes, se presenta con parámetros clínicos y bioquímicos de colestasis; e histológicamente se caracteriza por la pérdida de conductos biliares interlobulares y septales en al menos 50% de tractos portales, en ausencia de otras lesiones específicas. La asociación con enfermedad celíaca ha sido escasamente descripta en la literatura. CASO CLÍNICO: mujer de 35 años en seguimiento por colestasis crónica e hipertransaminasemia desde 2003. Astenia leve y prurito facial intermitente. En 2006 es derivada a consulta por persistencia de alteración en hepatogramas: ASAT 65/ALAT 128(VN h/40)/FAL920 (VN 240)/ bilirrubina normal /GGT 111(VN 39), 5N´ 30(VN 9), Gammaglobulinas normales. Ecografías normales. VHB, VHC, AMA (M2), ASMA, HIV negativo. Coproporfirina y porfirina, ceruloplasmina, ferritina y TSH normales. FAN +1/80 (más recientemente negativo). PBH:Arquitectura trabeculo-lobulillar preservada. Se cuentan diez espacios porta interlobulares, con un 50% de ellos aproximadamente en los que no se observa la presencia de conductos biliares interlobulares. Hay leve fibrosis y ausencia de actividad inflamatoria. No se observa actividad necroinflamatoria lobular. Compatible con ductopenia idiopática del adulto. Colangiografía RMI normal. Comienza con ácido ursodesoxicólico, evidenciándose mejoría de parámetros bioquímicos (FAL, GGT y TSM) con recaídas al suspender tratamiento. En marzo de 2009 presenta episodios de vómitos alimenticios y diarrea aguda que cede espontáneamente, posteriormente agrega astenia y pérdida de peso. IgA antitransglutaminasa + >100, IgA antigliadina 87 (VN<10). Biopsia dudenal: cambios compatibles con malabsorción severa. Comienza con DLG. Mejoría de peso y astenia. Normalización de TSM y descenso significativo de FAL (291) y GGT (87) solo con dieta libre de gluten. Se presenta el caso por la rareza de esta asociación y la mejoría de parámetros bioquímicos solo con dieta libre de gluten.

CC/P-43

HEPATITIS AUTOINMUNE VERSUS LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO "UN DESAFIO DIAGNOSTICO"

Canteros, S(1); Spiraquis, A(1); Fernández, C(1); Aldabe, N(1); Iriarte, SM(1); Lotero Polesel, J(1); Andrush, A(1); Catuogno, P(1); Syriani, C(1); Cedeño Arauz, V(1); Ledesma, C(1); Villacis Coronel, E(1); Zelaya Gonzalez, B(1); Alban Loayza, R(1); Mauro, E(1); Miguel, C(1); López Gastón, A(1)
(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Militar Central Cir. My. Dr. Cosme Argerich, Buenos Aires Argentina.

CASO CLÍNICO:Femenina de 46 años, que ingresa por fiebre de 1 mes de evolución, epigastralgia, nauseas, vómitos, astenia y adinamia. Antecedentes: huevo anembrionado, 4 gestas-3 partos, poliartralgias. Al ingreso: lúcida, hemodinámicamente estable. BMI 16,5 kg/m, adenopatía axilar e inguinal derecha. Laboratorio:pancitopenia; TGO x 20 y TGP x 4. LDH: 1388U/ml; Amilasa: 2430U/ml; Lipasa: 1567 U/ml; Bt: 11,69mg; Bd: 8,45mg; Tp: 62%; Kptt: 31". Ecografia Abdomen: Hígado: sin alteraciones, Vesícula: paredes gruesas, barro biliar en su interior, ascitis. TAC de abdomen y pelvis: páncreas aumento difuso de la glándula con infiltración de planos grasos, colecciones liquidas en ambos parietocólicos y celda prerrenal izquierda, ascitis. Derrame pleural bilateral. Ecocardiograma: derrame pericárdico. Pancultivos negativos. Hipoalbuminemia e hipergamaglobulina. Proteinuria de 24 hs 0,73mg/24hs.Sedimento urinario patológico más de 20 hematíes por campo con 50 % de dismórficos, cilindros granulosos, hemáticos, mixtos, céreos, campo con telescopage. Frotis de sangre periférica: leucocitos con vacuolas y granulaciones toxicas, macroplaquetas. PAMO: proceso inflamatorio. Fondo de ojo: hemorragias en llamas.Serología viral negativa FAN + 1/640 homogéneo, Ac Anti RO y SSA (+), AMA, ASMA (-), Factor V: 24%, PCR 11,9 VSG: 75; Haptoglobina: disminuída. Evoluciona desfavorablemente. Se establece el diagnóstico presuntivo de LES, se inicia tratamiento con corticoides más azatioprina . La buena respuesta al tratamiento determinaron la remisión del síndrome clínico y humoral sin recurrencia hasta la fecha. CONCLUSIÓN: El desafío del caso clínico radicó en la complejidad del mismo, determinada por la dificultad en la delimitación entre los diagnósticos diferenciales, debido a la entramada superposición entre los mismos y por las innumerables características compartidas. Sin embargo, la consigna es: "lo sencillo promete éxito" y tal así lo fue, que el diagnóstico definitivo y la conducta terapéutica a seguir se definió, al final del camino, exclusivamente sobre la base de los criterios diagnósticos de LES.

CC/P-44

TUMOR CARCINOIDE DE APÉNDICE EN DOS FAMILIARES DE PRIMER GRADO. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Bestani, C(1, 2); Pesce, V(2, 3); O´Connor, JM(2, 4); Cabanne, A(2, 5); Domenichini, E(2, 6); Belli, S(2, 7); Caino, A(2, 8); Roca, E(1, 2)
(1)Sección Oncología, Hospital de Gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo", Buenos Aires, Argentina (2)Grupo ARGENTUM (Grupo Argentino de Trabajo en Tumores Neuroendócrinos Gastro-entero-pancreáticos) (3)Servicio de Oncología, Hospital Municipal de Oncología "Marie Curie", Buenos Aires, Argentina (4)Servicio de Oncología, Instituto Alexander Fleming, Buenos Aires, Argentina (5)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo", Buenos Aires, Argentina (6)Servicio de Anatomía Patológica, Instituto Alexander Fleming, Buenos Aires, Argentina (7)Servicio de Endocrinología, Hospital General de Agudos "Carlos G. Durand", Buenos Aires, Argentina (8)Servicio de Medicina Nuclear, Hospital El Cruce, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: Los tumores endócrinos de apéndice tienen una incidencia de 2-3/millon/año. Son más frecuentes en mujeres, diagnosticados incidentalmente durante apendicetomías. Presentan un pico de incidencia 15-19 años en mujeres y 20-24 años en hombres. En reportes previos se han descripto casos de tumores carcinoides en el tracto gastrointestinal en familiares de primer grado sin evidencia de sindrome MEN-1. OBJETIVO: Presentación de dos casos de Tumores endócrinos bien diferenciados de apéndice en familiares de primer grado. MATERIALES Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo de las historias clínicas y revisión bibliográfica. RESULTADOS: Se describen las características clínicas y anatomopatológicas de dos pacientes (hermanas) con diagnóstico de tumor endócrino de apéndice con enfermedad localizada. Caso clínico 1: Paciente de 18 años, femenino, que debuta con cuadro de abdomen agudo y es sometida a cirugía de urgencia el 23/09/09 con diagnóstico de apendicitis aguda. Reporte anatomopatológico: Tumor endócrino bien diferenciado de apéndice de0,8 cm de diámetro, que compromete focalmente la mucosa y se extiende hasta la subserosa inclusive. No se evidencia invasión vascular y perineural. No se identifican mitosis en 20 CGA. Acompaña apendicitis aguda supurada con periapendicitis y depósitos fibrinoleucocitario incluso en la serosa adyacente al tumor. Inmunohistoquímica: cromogranina y sinaptofisina positiva. Ki-67 < 2%. Caso clínico 2: Paciente de 17 años, femenino, que debuta con igual cuadro que su hermana el 27/08/10 siendo sometida a cirugía de urgencia con diagnóstico de apendicitis aguda. Reporte anatomopatológico: Tumor endócrino bien diferenciado de apéndice <1 cm de diámetro, que infiltra focalmente la subserosa. No se evidencia invasión vascular y perineural. No se hallan mitosis en 12 CGA. Inmunohistoquímica: cromogranina y synaptofisina positiva. Ki 67 < 2%. CONCLUSIÓN: Si bien la presentación de dos hermanas con diagnóstico de tumor endócrino de apéndice plantea la discusión de una posible asociación hereditaria, no hay evidencia sólida en la literatura que lo sustente. No existen pautas definidas sobre el estudio al resto de los miembros de la familia.

VC-01

NO TODO ES LO QUE PARECE

Bourbon, LM(1); Gini, G(1); Haiek, S(1); Ahumaran, G(1); Matrella, C(1)
(1)Sanatorio Sarmoento San Miguel Buenos Aires. Argentina.

Paciente de 56 años, masculino, que concurre a nuestro servicio,con motivo de estudio colonoscopico para deteccion temprana de cancer colorectal (CCR). El paciente no presenta antecedentes familiares de la enfermedad ni datos relevantes en su historia médica personal. No recibe tratamientos para patología alguna. Se realiza laboratorio pre quirúrgico con hemograma, coagulograma, bioquimica sanguinea normales. Serologia para HIV negativa. Se realiza endoscopía bajo sedación comprobando buena respuesta a la preparación, lo que permite alcanzar el ciego rapidamente y sin encontrar patología hasta colon ascendente,observandose una formación lisa redondeada, normo coloreada, de aproximadamente 2 cm de diámetro tipo Yamada III entre los pliegues de la pata de ganso cecal. Con diagnóstico de pólipo se prepara la resección del mismo. Previamente se realiza semiologia palpatoria del mismo para diferenciarlo de lesion submucosa, desplazándoselo con pinza de biopsia cerrada, para descartar compromiso del introito apendicular. La semiologia palpatoria y visual de la lesión, muestra que se trata de una lesion blanda, renitente, y que, por compreseón segrega liquido blanquesino por su base compatible con material purulento. Se lo punza y comprime luego con ansa de polipectomía observando la franca salida del mismo contenido. Con diagnóstico de colección purulenta cerrada, se decide seccionar parte de la misma con ansa y corriente de coagulacion para facilitar su drenaje. El estudio se completa sin dificultades. El paciente permanece internado con cobertura antibiótica de amplio espectro intravenosa para flora colonica. El paciente evoluciona asintomatico post procedimiento y luego de 24hs de internacion, es externado sin complicaciones. Se solicita TAC con resultado pendiente y se programa nuevo estudio en 2 meses para control evolutivo.

ENDOSCOPÍA DIGESTIVA

TO/O-01

EVALUACION DE LA CLASIFICACION DE PATRONES VASCULARES DE TEIXEIRA EN LESIONES COLORRECTALES CON COLONOSCOPIO DE MAGNIFICACION Y REALCE ESPECTRAL

Lorenzo, M(1); Della Giustina, F(1); Correa, G(1); Canals, N(1); Mengarelli, S(1); Gandini, B(2); Crucianelli, S(1); Oulton, C(1)
(1)Instituto Oulton Córdoba (2)Hospital de Clinicas Córdoba. Argentina.

INTRODUCCIÓN: la colonoscopia de magnificación con cromoscopía electrónica, mediante el uso de imágenes espectrales (sistema FICE), caracteriza los patrones capilares superficiales de la mucosa normal y de las lesiones colorrectales. La clasificación de Teixeira, permite diferenciar las lesiones no neoplasicas de las neoplasicas. OBJETIVO: comparar los diagnósticos endoscópicos con los anatomo patológicos para establecer la eficacia del método. MATERIAL Y MÉTODO: de enero a diciembre de 2010 un total de 158 lesiones colorrectales fueron examinadas consecutivamente, con colonoscopio de magnificación (Fujinon EC 590 ZW/M con procesador 4400), FICE 4 y anatomía patológica. Los patrones capilares fueron clasificados en 5 tipos: l y ll (no neoplásicos); lll, IV y V (neoplásicos). Los diagnósticos histopatológicos fueron por biopsias, polipectomía o mucosectomía. Las lesiones fueron clasificadas de acuerdo a su morfología (consenso de Paris), tamaño y ubicación. Criterios de Inclusión: pacientes mayores de 18 años, con consentimiento informado y firmado. Criterios de Exclusión: Enfermedad Inlamatoria Intestinal, Poliposis Adenomatosa Familiar, lesiones no recuperadas, o biopsias que fueron llevadas a otro Centro. Protocolo aprobado por el Comité de Ética "Romagosa Oulton". Análisis Estadístico: determinar Sensibilidad, Especificidad, VPP, VPN y Variabilidad Inter observador con programa SPSS Statistics 17.0. Estudio observacional, transversal y analítico. Dos observadores cegados del diagnóstico histológico actuaron en forma independiente, una anatomo patóloga cegada del diagnóstico presuntivo endoscópico y un evaluador. RESULTADOS: la correlación general entre los diagnósticos endoscópicos utilizando la clasificación de patrones capilares y los anatomo patológicos fue de: 90,5% (143/158). Los diagnósticos histológicos comparados con los patrones vasculares mostraron que 88,1% (52/59) de las lesiones con patrón tipo I y II fueron no neoplasicas (inflamatorias o hiperplásicas); 91,9% (91/99) de las lesiones tipo III, IV y V, fueron neoplasicas (adenomas o carcinomas). La sensibilidad, especificidad, VPP y VPN fueron de 92% (95% IC 0,87 - 0,97); 88,1% (95% IC 0,80 – 0,96); 93% (95% IC 0,88 – 0,98) y 86,6% (95% IC 0,78 – 0,95) respectivamente; Kappa: 0,83. CONCLUSIÓN: la clasificación de los patrones capilares de Texeira es un método con un alto porcentaje de certeza para determinar el diagnóstico presuntivo histológico (neoplásico/ no neoplasico) en las lesiones colorrectales. La concordancia entre observadores fue muy buena.

TO/O-02

ADENOMAS SERRATOS DE COLON: PREVALENCIA Y ASOCIACION CON LESIONES SINCRONICAS Y METACRONICAS

Fischer, C(1); Pereyra, L(1); González, R(1); Casas, G(2); Barreto, M(2); Mella, JM(1); Panigadi, N(1); Mohaidle, A(1); Luna, P(1); Lencinas, S(1); Pedreira, SC(1); Cimmino, DG(1); Boerr, LA(1)
(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina (2)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: Los adenomas serratos (AS) son lesiones con capacidad de desarrollar cáncer colorrectal mediante una vía distinta a la clásica de adenoma-cáncer. Su prevalencia y potencial de malignidad no están aún bien definidos. OBJETIVO: Determinar la prevalencia de AS en pacientes que realizaron colonoscopía en un hospital privado de comunidad, la frecuencia de displasia de alto grado (DAG) y adenocarcinoma en estas lesiones, así como la asociación con lesiones sincrónicas y metacrónicas. MATERIAL Y MÉTODOS: Se identificaron en la base de datos electrónica de nuestro hospital, los informes anatomopatológicos de los pacientes que realizaron colonoscopía con polipectomía entre enero de 2003 y abril de 2010. Los AS fueron reanalizados por dos patólogos y clasificados según los criterios diagnósticos de Snover. Se determinaron las características de los pacientes, tanto clínicas (edad y sexo) como endoscópicas (localización, tamaño y forma de los pólipos). Las lesiones sincrónicas fueron definidas por adenomas, cáncer y/o lesiones neoplásicas avanzadas (LNA) (>1cm, DAG y/o componente velloso >75%) presentes en el mismo estudio. Las lesiones metacrónicas se definieron como aquellas encontradas en pacientes que efectuaron vigilancia endoscópica hasta noviembre de 2010. Se realizó un análisis uni y multivariado buscando predictores independientes de DAG y cáncer en AS, y de lesiones sincrónicas y metacrónicas. Los resultados se expresaron en odds ratio (OR) con sus respectivos intervalos de confianza 95 % (IC). RESULTADOS: Se realizaron 15574 colonoscopías en el período analizado, encontrando 135 AS en 111 pacientes, con una prevalencia de 0.87%. El 90.4% fueron AS sésiles (ASS), 7.4% pólipos serratos que favorecen el diagnóstico de ASS, 1.5% tradicionales y 0.7% mixtos. La edad promedio fue de 60 años; 50.5% mujeres. La mayoría de los pólipos fueron sésiles (67%) y <1 cm (63%), con localización predominante en cecoascendente (47%). Se encontró DAG en 4.4% de los AS, sin hallarse adenocarcinoma.El 31% de los pacientes presentó lesiones sincrónicas: 46% adenomas, 40.5% LNA y 13.5% adenocarcinoma. El 43% realizó vigilancia endoscópica, encontrándose lesiones metacrónicas en un 29%: 25% AS, 31% adenomas convencionales y 44% LNA. No se evidenció adenocarcinoma. En el análisis uni y multivariado, no se hallaron características asociadas ni predictores independientes de DAG y adenocarcinoma en los AS, así como tampoco de lesiones sincrónicas. La edad mayor a 60 años se asoció significativamente con lesiones metacrónicas (OR 3.7, IC 1.16-11.8, p 0.031), y el tamaño de los pólipos > 1 cm con el hallazgo en la histología de un ASS (OR 8, IC 1.28-49.4, p 0.031). CONCLUSIÓN: En el presente estudio, la prevalencia de AS fue baja. Existe además una asociación con lesiones sincrónicas y metacrónicas; en consecuencia, es necesario implementar guías de manejo específicas para optimizar los programas de seguimiento.