

GO-001

RELACIÓN ENTRE LESIONES NEoplÁSICAS COLORRECTALES Y ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ALDOSTERONA E INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOENSINA.

GN Panigadi, L Pereyra, R González, JM Mella, C Fischer, G Babot Eraña, M Bun, A Canelas, N Rotholtz, MF Amante, DG Cimmino, SC Pedreira, LA Boerr Hospital Alemán, Argentina.

Introducción: Los antagonistas de receptores de angiotensina (ARA) y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) son drogas ampliamente utilizadas en diferentes enfermedades. El sistema renina - angiotensina - aldosterona se ha relacionado con la estimulación de la angiogénesis y la progresión de tumores. La asociación de estas drogas con lesiones neoplásicas colorrectales no está bien establecida.

Objetivo: Determinar el riesgo de lesiones neoplásicas colorrectales en pacientes bajo tratamiento con ARA o IECA.

Materiales y métodos: En un estudio de cohorte transversal se recabaron datos en forma prospectiva desde agosto de 2010 hasta noviembre de 2011. A los pacientes ambulatorios con indicación de colonoscopia se les realizó un cuestionario exhaustivo incluyendo los distintos factores de riesgo conocidos para el cáncer colorrectal (CCR) en cuanto a hábitos (dieta, ejercicio y tabaquismo), antecedentes personales (diabetes, obesidad, dislipemia e hipertensión), medicación (hipolipemiantes, antihipertensivos y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)) e historia familiar pólipos y CCR. Los pacientes con diagnóstico previo de CCR, poliposis hiperplásica así como los pacientes con endoscopias por urgencias fueron excluidos. Se compararon dos grupos, uno con paciente bajo tratamiento con ARA y/o IECA, el otro sin dicho tratamiento. Calculamos el riesgo de desarrollo de adenomas colorrectales, lesiones neoplásicas avanzadas (LNA) (tamaño ≥ 1 cm, displasia de alto grado y/o componente vellosa $\geq 75\%$) y CCR. El riesgo fue expresado en odds ratio (OR) con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC), se consideró como estadísticamente significativo cuando el intervalo de confianza no atravesó la unidad. **Resultados:** Se analizaron 500 pacientes, 127 (25%) se encontraban bajo tratamiento con ARA y/o IECA. No hubo diferencia estadística entre los grupos en cuanto a historia familiar de CCR indicación de colonoscopia y tabaquismo ($p > 0.05$). Se observó diferencias estadísticamente significativa entre ambos grupos en el promedio de edad (64 vs. 56 años ($p < 0.001$)), diabetes 16% vs. 5% ($p < 0.01$), hipertensión, 92% vs. 14% ($p < 0.01$), dislipemia, 50% vs. 36% ($p < 0.003$), IMC 28 vs. 25 ($p < 0.017$) y el uso crónico de AINEs, 37% vs. 20% ($p > 0.01$). Hubo mayor riesgo de desarrollo de CCR y LNA en los pacientes bajo tratamiento con ARA (OR 5, 60 (IC 1, 14 - 27,46) y OR 3,08 (IC 1,14 - 8,16) respectivamente. Encontramos mayor riesgo de CCR en pacientes en tratamiento con IECA (OR 6, 85 (IC 1, 33 - 33, 79)). Los pacientes con tratamiento por más de 10 años con ARA presentaron un mayor riesgo para adenomas OR 3,96 (IC 1,01 -15,22), también los pacientes con tratamiento por más de 10 años con IECA presentaron un mayor riesgo para CCR y LNA (OR 16,81 (IC 1,89 - 126,90), OR 7,18 (IC 1,3 -32,87) respectivamente.

Conclusión: En esta cohorte encontramos un mayor riesgo para el desarrollo de CCR y LNA en los pacientes en tratamiento con ARA y IECA.

GO-003

SÍNDROME DE POLIPOSIS HIPERPLÁSICA: UN MODELO ENIGMÁTICO DE PREDISPOSICIÓN A CÁNCER COLORRECTAL. PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE 9 PACIENTES.

M Antelo1, M Coraglio2, M Toró3, A Cabanne4, R Salanova4, M Carballido1, A Aguiló1, A Mempel3, A Correa5, D Miloto1, L Catala1, P Valdemoros6, G Mendez1, A Gutierrez2, E Roca1

1 Sección de Oncología del Hospital de Gastroenterología "Dr. B. Udaondo" del G.C.A.B.A., Argentina. 2 Servicio de Coloproctología del Hospital de Gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo" del G.C.A.B.A., Argentina. 3 Facultad de Ciencias Médicas y Hospital Universitario de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. 4 Servicio de Patología del Hospital de Gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo" del G.C.A.B.A., Argentina. 5 Hospital Universitario de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. 6 Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Introducción: el síndrome de "Poliposis Hiperplásica (SPH)", recientemente denominado "Poliposis Serrata", es el síndrome de poliposis colónica menos reconocido. No se ha identificado hasta el momento una mutación germinal causal, y presenta un fenotipo y una penetrancia genética variada, por lo cual la identificación y el manejo de los pacientes con SPH y sus familiares es una problemática creciente. Además, existe una nueva clasificación patológica en la cual los PH representan el 75% de los "pólipos serratos (PS)", que engloban otras lesiones asociadas además de los clásicos PH. El síndrome está caracterizado por múltiples (>20) pólipos hiperplásicos (PH) en todo el colon, ≥ 5 PH en colon proximal (2 >1cm), y/o PH en un individuo con un familiar con SPH; se asocia a un aumento del riesgo de desarrollar cáncer colorrectal (CCR) que varía entre el 11 y el 77%. La mayoría de los trabajos publicados consisten en series de pacientes (pac), siendo la mayor de 126. **Objetivo:** Explorar el fenotipo del SPH de los pacientes con criterios clínicos para dicho síndrome atendidos en nuestra práctica diaria. **Materiales y métodos:** Revisamos las historias clínicas de pac con SPH atendidos entre junio '07 y junio '12 en la sección de Oncología de un Hospital público y de un Hospital Universitario, y analizamos sus características clínicas e histológicas. **Resultados:** Se identificaron 9 pac con SPH; 4 (44.5%) eran hombres y 5 (55.5%) mujeres, con una edad promedio de 46 años (23-73). 4 (44.5%) pac presentaron historia familiar de CCR. Los pac presentaron entre 15-50 PH, con un tamaño entre 2-15mm. 7 pac presentaron PH dispersos en todo el colon, y 2 presentaron PH en el colon y el recto. Además, 5 (55.5%) pac presentaron adenomas concomitantes, y 3 de ellos (33.3% del total) tenían adenomas de alto riesgo. 6 (66.6%) pac tuvieron un CCR concomitante (2 estadio I, 2 estadio II, 2 estadio III); 3 de ellos se localizaron en sigmo, 2 en colon ascendente y 1 en recto. El tratamiento fue el siguiente: vigilancia endoscópica anual-biannual en 2 pac; colectomía total + ileo-recto anastomosis y rectoscopia anual en 3 pac; y resección segmentaria del CCR + vigilancia endoscópica del colon remanente en 4 pac. **Conclusión:** Es necesario difundir y aplicar la nueva clasificación patológica de los PS, y concientizarlos que el rol de los genetistas, patólogos, gastroenterólogos, cirujanos y endoscopistas es crucial en el entendimiento del cuadro clínico de estas familias. El desafío será determinar el riesgo de CCR de los distintos fenotipos del SPH, para poder aplicar un manejo clínico adecuado que abarque la frecuencia de la vigilancia endoscópica, el tratamiento de los pólipos, la consideración de la cirugía colónica, y el seguimiento de los familiares. Este abordaje implica indispensablemente un trabajo interdisciplinario.

GO-002

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LESIONES NEoplÁSICAS COLORRECTALES EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD.

GN Panigadi, L Pereyra, R González, JM Mella, C Fischer, G Babot Eraña, A Mhaidle, MA Medrano, A Canelas, M Bun, N Rotholtz, SC Pedreira, DG Cimmino, LA Boerr Hospital Alemán, Argentina.

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es la tercera causa de muerte por cáncer en el mundo. En Argentina es la segunda causa de muerte relacionada por cáncer en mujeres y la tercera en hombres. Los adenomas y las lesiones neoplásicas avanzadas (LNA) son precursores de cáncer colorrectal. Los factores de riesgo de lesiones neoplásicas no han sido determinados en nuestro medio.

Objetivos: Describir la población analizada, determinar la prevalencia de adenomas, LNA y CCR en un hospital privado de comunidad e identificar los factores de riesgo relacionados con estas lesiones.

Materiales y métodos: En un estudio de cohorte transversal se recabaron datos en forma prospectiva desde agosto de 2010 hasta noviembre de 2011. A los pacientes ambulatorios con indicación de colonoscopia, se les realizó un cuestionario exhaustivo incluyendo los distintos factores de riesgo conocidos para CCR en cuanto a hábitos (dieta, ejercicio y tabaquismo), antecedentes personales (diabetes, obesidad, dislipemia e hipertensión), medicación (hipolipemiantes, antihipertensivos y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)) e historia familiar de CCR. Los pacientes con diagnóstico previo de CCR, poliposis hiperplásica así como los pacientes con endoscopias por urgencias fueron excluidos. Nosotros evaluamos la prevalencia de adenomas, LNA (tamaño ≥ 1 cm, displasia alto grado y/o componente vellosa $\geq 75\%$) y CCR. Realizamos un análisis multivariado de regresión logística para determinar predictores independientes de estas lesiones. Consideramos como estadísticamente significativo un Odds Ratio (OR) donde el intervalo de confianza del 95% (IC 95%) no atravesó la unidad.

Resultados: Analizamos 500 pacientes, con un promedio de edad de 58 años de los cuales el 50% eran de sexo masculino. El promedio del índice de masa corporal (IMC) fue 26,5. El 34% eran hipertensos, el 8% diabéticos y el 40% dislipémicos. El 24% de los pacientes estaban medicados con hipolipemiantes y el 24% con AINEs. Historia familiar de CCR de primer y segundo grado se presentó en un 18% y 9% respectivamente. El motivo de estudio por pesquisa fue de 42%. La prevalencia de CCR fue de 2%, LNA 5% y adenomas 19%. En el análisis multivariado, el sexo masculino (OR 5,07 (IC 1,75 - 14,65)), la edad > 65 años (OR 2,91 (IC 1,23 - 6,88)) y el consumo de AINEs (OR 0,29 (IC 0,09 - 0,92)) fueron factores de riesgo independientes para LNA. El sexo masculino (OR 2,83 (IC 1,66 - 4,82)), la edad > 65 años OR 2,21 (IC 1,34 - 3,65)) y el consumo de NSAID (OR 0,5 (IC 0,28 - 0,96)) también se asoció independientemente con la presencia de adenomas.

Conclusiones: En esta cohorte transversal los hombres mayores de 65 años presentaron mayor riesgo para el desarrollo de adenomas y LNA. El consumo crónico de AINEs fue inversamente proporcional para el desarrollo de estas lesiones tal como se observa en la bibliografía internacional.

GO-004

SCREENING DEL CÁNCER COLORECTAL MEDIANTE TEST INMUNO FECAL

O Laudanno1, U Gualdrini2, P Gollo1, G Ahumaran1, L Travieso3, K Colli2, R Barbera1, A Tornini2, R Lasagna1

1 Hospital Bocalandro, Argentina. 2 Hospital Udaondo, Argentina. 3 Hospital Penna, Argentina.

El cáncer Colorrectal (CCR) es un problema de salud pública mundial dado su alta incidencia y mortalidad. Es necesario implementar programas de screening para su detección temprana. El éxito de un programa de screening depende de la alta compliance por la población, baja tasa de eventos adversos, así como de la alta performance de los tests. La determinación de sangre oculta en materia fecal mediante Test Inmuno Fecales (FIT) son de gran utilidad dado su simpleza, bajo costo, no invasivos y aceptación por el paciente. Todavía hoy persiste la controversia de cual es la mejor estrategia de screening para población de riesgo promedio; si bien los exámenes estructurales del colon (videocolonosopia, colonoscopia virtual) son superiores para detectar adenomas, tópicos como compliance, costos, barreras, accesibilidad son importantes. La controversia se ha incrementado a la luz de los resultados del estudio COLONPREV.

Materiales y Metodo: Estudio prospectivo, multicéntrico, para evaluar la factibilidad y efectividad del screening del CCR mediante FIT en población de riesgo promedio, asintomática, entre 50 a 75 años de edad. Los pacientes incluidos pertenecen a 2 campañas de concientización del cáncer de colon locales, la primera en Junio-Julio 2010 y la segunda de Octubre-Noviembre 2011. Los pacientes concurren a una entrevista médica con alguno de los autores donde se evaluaron que no reunieran criterios de exclusión (pacientes sintomáticos con proctorragia, cambio evacuatorio, grupos de alto riesgo). La determinación de sangre oculta en materia fecal se realizó mediante FIT, sin restricción dietética, 2 determinaciones de 2 deposiciones consecutivas. El Kit utilizado tiene una sensibilidad de 50 ngr-/ml. Dentro de la semana concurren con las muestras para su evaluación. Ante positividad del test se le propuso al paciente Videocolonosopia (VCC) con sedación. Ante hallazgos de pólipos, adenomas planos, se realizó la polipectomía endoscópica ó toma de muestras de ser necesario.

Resultados: Fueron incluidos 760 pacientes de los cuales 684(90%) devolvieron las muestras para FIT. El test fue positivo en 70 pacientes (10.2%). 58 (82.8%) realizaron VCC. Los hallazgos fueron : 5 pacientes con cáncer de colon (4 Estadio I, 1 en Estadio II), 15 adenomas avanzados (pólipos mayores de 1cm ó histología vellosa ó displasia de alto grado). Por lo tanto, en 20 pacientes (34%) con FIT positivo, evaluados, se detectó Cáncer de colon ó adenomas de alto riesgo.

Conclusiones: Estas 2 rondas de screening del CCR mediante FIT muestran una alta adherencia por parte de los pacientes, su factibilidad y efectividad. Nuestros hallazgos soportan un programa en masa para la detección y prevención del cáncer de colon en especial en poblaciones donde el acceso a la VCC es limitado.

GO-005

RIESGO DE CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES CON ADENOMAS DUODENALES ESPORÁDICOS

R González, I Pereyra, P Luna, G Babor Eraña, C Fischer, GN Panigadi, JM Mella, AR Hadad, A Mohaidle, SC Pedreira, DG Cimmino, LA Boerr
Hospital Alemán, Argentina.

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) ocurre con mayor frecuencia en pacientes con adenomas de duodeno y poliposis adenomatosa familiar, pero la asociación de éste con los adenomas duodenales esporádicos (ADE) es controvertido.

Objetivo: Determinar el riesgo de cáncer colorrectal en pacientes con adenomas duodenales esporádicos.

Materiales y Métodos: Se diseñó un estudio poblacional retrospectivo de casos y controles utilizando la base de datos electrónica de los Servicios de Gastroenterología y Endoscopia de un hospital de comunidad de la ciudad de Buenos Aires, para identificar pacientes que fueron sometidos a endoscopia digestiva alta y colonoscopia durante el periodo comprendido entre enero de 2003 y octubre de 2011. Los pacientes con ADE que se habían realizado una colonoscopia constituyeron los "casos" y aquellos pacientes sin ADE con colonoscopia los "controles". En una relación 1:2 fueron ajustados según edad, sexo y antecedentes familiares de primer y segundo grado de CCR. A través de llamadas telefónicas se interrogó a los pacientes acerca de factores de riesgo de CCR (índice de masa corporal, diabetes, tabaco e historia familiar de pólipos de colon y de CCR). El desenlace principal fue evaluar el riesgo de pólipos colorrectales, adenomas, lesiones neoplásicas avanzadas (LNA) (displasia de alto grado y/o tamaño >1 cm y/o componente vellosa >75%) y CCR. Los resultados fueron expresados en odds ratio (OR) con sus correspondientes intervalos de confianza del 95% (IC). Fue considerado estadísticamente significativo un valor de $p \leq 0.05$.

Resultados: Se analizaron 48 pacientes, de los cuales 16 constituyeron los casos; y 32 pacientes los controles. Fueron excluidos 7 pacientes con ADE por no presentar colonoscopia. En los "casos" la edad promedio fue de 66 años (46-89), y el 69% fueron hombres. El motivo de endoscopia digestiva alta fue epigastralgia en el 31% y control de reflujo gastroesofágico en el 19%. La indicación de colonoscopia fue pesquisa de cáncer colorrectal en el 44% y diarrea crónica en el 19%. La presencia de pólipos, adenomas, LNA y CCR fue de 9/16 (56%), 9/16 (56%), 4/16 (25%) y de 1/16 (6%) respectivamente. En los controles, la edad promedio fue de 66 años (46-89), el 69% fueron hombres. La indicación de endoscopia digestiva alta fue epigastralgia en el 50% y anemia en el 9%. El motivo de colonoscopia fue pesquisa de CCR en el 50% e historia familiar de CCR en el 19%. La presencia de pólipos, adenomas, LNA y CCR fue de 12/32 (37%), 10/32 (31%), 4/32 (12%) y de 1/32 (3%) respectivamente. El riesgo de pólipos, adenomas y LNA fue similar en ambos grupos (OR 2,14 (IC 0,53- 8,70, $p = 0,23$), OR 2,82 (IC 0,69- 11,83, $p = 0,12$), y OR 2,33 (IC 0, 39-13, 93, $p = 0, 41$) respectivamente.

Conclusión: Se observó una mayor prevalencia de adenomas de colon en pacientes con ADE, pero no estadísticamente significativa. Se necesitan otros estudios prospectivos y multicéntricos para determinar la asociación entre adenomas de duodeno y de colon.

GO-007

COLANGIOCARCINOMA PAPILAR INTRADUCTAL DEL CONDUCTO HEPÁTICO IZQUIERDO

P Sisco, N Perrone, G Pagliarino, J Devoto
HOSPITAL PIROVANO, Argentina.

Introducción: El colangiocarcinoma papilar intraductal (CCPI) constituye una neoplasia de bajo grado y representa entre el 8-18% de los colangiocarcinomas intrahepáticos (CCI). Se presenta frecuentemente como una pequeña lesión obstructiva parcial de la vía biliar asociada a mejor pronóstico.

Método: Paciente femenina de 35 años de edad derivada con diagnóstico incierto de tumor de Klatskin. Antecedente: cirugía por cuadro de colestasis 30 días previos a la consulta habiendo sido evaluada en el preoperatorio con TC, colangiografía y CPRE con papilotomía por litiasis coledociana. Durante la cirugía se había constatado severa hemobilia que motivó la decisión del cirujano de ligadura de una arteria hepática. Se completó con colecistectomía y drenaje biliar con tubo de Kehr. Una biopsia de material intracoledociano informó la presencia de adenocarcinoma. Al ingreso a nuestra institución se realizaron colangiografía transhepática y angiografía.

Resultados: La colangiografía evidenció una lesión obstructiva parcial a nivel del conducto hepático izquierdo. La angiografía mostró un hígado con buena perfusión constatándose la arteria hepática derecha ligada, izquierda permeable y una arteria hepática izquierda accesoria. La coledoscopia intraoperatoria permitió evidenciar la existencia de una lesión polipoidea obstructiva parcial a nivel del conducto hepático izquierdo. El desarrollo de circulación colateral permitió realizar una hepatectomía izquierda con resección de la confluencia hasta los conductos de segundo orden y una hepaticoyeyunoanastomosis. La anatomía patológica informó colangiocarcinoma intraductal mínimamente invasivo sin compromiso linfático. Evolución satisfactoria con sobrevida a 3 años libre de enfermedad.

Conclusiones: 1) La coledoscopia intraoperatoria demostró ser un recurso eficaz para diagnóstico de precisión en patología intraductal intrahepática 2) La resección hepática resultó el tratamiento oncológico adecuado en pronóstico y expectativa de curación.

GO-006

PREVALENCIA DE ANTICUERPOS PARA VIRUS DE HEPATITIS B Y C EN TRABAJADORES QUE SE INCORPORAN A UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD.

E Scandizzo1, S Loudet1, G Varpukевичius2

1 Laboratorio-Hospital El Cruce. 2 RRHH-Hospital El Cruce, Argentina.

Introducción: Los trabajadores de salud con exposición ocupacional directa a la sangre y fluidos corporales tienen mayor riesgo de adquirir hepatitis B y C, pero existen pocos datos sobre su prevalencia en Argentina.

Objetivos: Determinar la prevalencia de seropositividad para virus B y C en el personal que ingresa a un Hospital de Alta Complejidad y correlacionarla con el riesgo de exposición ocupacional.

Materiales y métodos: Es un estudio observacional de corte transversal donde se incluyeron a los trabajadores incorporados a un Hospital de Alta complejidad que realizaron los estudios serológicos del examen pre-ocupacional en el período de 07/2009 a 01/2011. El riesgo de exposición se categorizó según la ocupación en: Riesgo elevado: Médicos, Enfermeros, Bioquímicos, Técnicos de Laboratorio, Instrumentador Quirúrgico, Auxiliar de Esterilización. Riesgo bajo: Psicólogos, Fonoaudiólogos, Kinesiólogos, Nutricionistas, Director, Asistente Social. Riesgo general: Licenciados en Administración, Ingeniero, Economistas, Técnicos en Sistemas, Administrativos, Consejero, Vigilancia, Operario General, Farmacéutico, Asesor y Auxiliar de Intendencia. Los resultados categóricos se describen en frecuencias absolutas y porcentuales. La prevalencia de serología positiva se expresa en porcentaje e IC95%. La asociación de serología positiva con riesgo ocupacional se exploró con prueba de chi cuadrada.

Resultados: Se evaluaron 402 personas, 219 (54,5%) fueron mujeres. La edad promedio fue de 35,8 años (rango: 19-63). La determinación del anti-HBc resultó positiva en 5 de 402 muestras, (1,2% IC95%: 0,4-2,9%). La prevalencia de marcadores de HVB según el riesgo de exposición fue de 1,3% (IC95%:0,3-3,2%) para alto riesgo, 2,2% (IC95%:0,05-11,5) para riesgo bajo y 0% (IC95%:0-33) para riesgo general. Dos de las 402 muestras resultaron positivas para anti-VHC (0,5% IC95%: 0,1-1,8%), ambas en el grupo de alto riesgo.

Discusión: Nuestro país es de baja prevalencia poblacional para anticuerpos contra el virus B y C, menor al 2% (Consenso de Hepatitis C 2007 y Hepatitis B 2011). En series previas sobre trabajadores de salud de Argentina se halló una mayor prevalencia de seropositividad, comparada con la de nuestros resultados:

Año	Lugar	N	HVbc +	HVC +	Cita:
1990	La Plata	155	8,14 %		Acta Gastro. Latinoam. 1990;20(4):211-5
1994	CABA	439		2,73 %	Acta Gastro. Latinoam. 1994;24(2):71-5
1999	La Plata	730	10,2 %		Acta gastro. Latinoam. 1999; 29(4):255-9
2011	F.Varela	402	1,2 (0,4- 2,9%)	0,5 (0,1-1,8%)	Trabajo actual

Conclusiones: Se halló una baja prevalencia de seropositividad para virus B y C en las muestras analizadas del personal que ingresó al Hospital, compatibles con las de la población general e inferiores a otras series argentinas. La prevalencia de seropositividad no fue significativamente distinta en los grupos de distinto riesgo de exposición ocupacional.

GO-008

COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA-COLITIS ULCEROSA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

PR Daffra, MJ Etchevers, MJ Sobrero, A Villamil, A Gadano, JE Pizzala, DA Jimenez Larriva, A De los Rios, E Mullen, JA De Paula

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCION

La colangitis esclerosante primaria (CEP) y la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) son dos entidades estrechamente relacionadas, con una prevalencia de EII en CEP del 60% al 80%, siendo la colitis ulcerosa (CU) la más frecuentemente asociada. La CU asociada a CEP tiene características clínicas que la distinguen de la CU sin enfermedad hepática.

OBJETIVOS

Analizar las características clínicas y endoscópicas en una cohorte de pacientes con diagnóstico de CEP-CU en un centro universitario de alta complejidad.

PACIENTES Y METODOS

Análisis retrospectivo en una cohorte de pacientes con CEP, con o sin diagnóstico de CU derivados al Servicio de Gastroenterología para efectuar una videocolonoscopía (VCC). Los datos fueron obtenidos de historias clínicas electrónicas entre septiembre de 2004 y noviembre de 2010 y analizados con el programa estadístico SPSS17.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 27 pacientes con CEP derivados para realizarse VCC. El 51,9% fueron hombres. El subtipo de EII de todos los casos fue CU. La mayoría (70,4%) estaban asintomáticos, incluidos 3 a los que se les diagnosticó CU en ese momento. El 51,9% de los pacientes presentaba colitis extensa. Doce pacientes fueron sometidos a trasplante hepático por enfermedad avanzada.

En la evolución 4 pacientes (14,8%) presentaron displasia, la cual se diagnosticó luego del trasplante hepático en 2. Comparando pacientes con y sin displasia, no se encontraron diferencias en el uso de 5-ASA y/o UDCA.

A fin de correlacionar la severidad endoscópica con las características clínicas, bioquímicas, evolución a displasia y trasplante se subanalizaron los pacientes según severidad endoscópica en 2 grupos, 1: normal-leve, 2: moderada-severa. Catorce pacientes ingresaron al grupo 1 y 13 al grupo 2. El único aspecto que mostró diferencias significativas fue la clínica, donde sólo el 31,6% de los pacientes del grupo 1 se encontraban sintomáticos vs el 85,7% de los del grupo 2; el síntoma más frecuente fue la diarrea ($p=0,0028$). El único factor bioquímico con correlación endoscópica positiva fue la VSG (grupo 1:16,8 vs grupo 2:74,1, $p = 0,003$).

DISCUSION

Al igual que en estudios previos, en nuestro trabajo la mayoría de los pacientes con CU + CEP tenían colitis extensa y un curso asintomático de su enfermedad intestinal.

Cuando se subdividieron los pacientes según actividad endoscópica, los que presentaban mayor actividad estaban sintomáticos, sugiriendo una relación clínico-endoscópica positiva. Sin embargo también encontramos pacientes asintomáticos con actividad endoscópica (31,6%), por lo cual la clínica no debe ser el único parámetro a tener en cuenta a la hora de solicitar una VCC.

En conclusión destacamos la importancia de la evaluación endoscópica del momento del diagnóstico de CEP y de la necesidad de realizarla en el seguimiento, ya que hay pacientes asintomáticos con actividad endoscópica moderada a severa, lo cual puede tener implicancias en la conducta terapéutica.

GO-009

FACTORES PREDICTIVOS DE COLECTOMÍA EN LA COLITIS ULCEROSA (CU) SEVERA REFRACTARIA A CORTICOESTEROIDES (CS) TRATADA CON INFLIXIMAB (IFX).

AM Sambuelli1, AH Gil1, SM Negrera1, SP Huernos1, SA Goncalves1, PR Tirado1, MI Bellicoso1, I Doldan2, AE Rocca2, A Sautú2, A Suarez2, O Gonzalez2, A Rausch3, D Milito3, MA Toró4

1 Enfermedades Inflammatorias Intestinales - Hospital Bonorino Udaondo, Argentina. 2 Sección Colonoscopia Hospital Bonorino Udaondo, Argentina. 3 Sistema de Referencia de Gastroenterología Hospital Udaondo, Argentina. 4 Hospital Universitario - Mendoza, Argentina.

INTRODUCCION: El tratamiento de rescate con IFX fue reportado como una opción efectiva en la CU severamente activa refractaria a CS, pero a pesar de este tratamiento, una proporción de pacientes requerirá cirugía. Los factores predictivos de colectomía en pacientes con CU severa tratados con IFX han sido escasamente investigados. **OBJETIVOS:** estudiar los factores predictivos de colectomía al ingreso hospitalario en pacientes con CU severa refractaria a CS tratados con IFX. **MATERIAL Y METODOS:** Se incluyó una cohorte de pacientes con CU severa resistentes a 1 semana de CS intravenosos tratados con IFX como alternativa a la colectomía en dos centros (Bs. As. y Mendoza) desde enero 2007 a diciembre 2010. Los factores predictivos de colectomía se analizaron por regresión de riesgos proporcionales de Cox. Se diseñó un modelo de regresión incluyendo las variables significativas ($p < 0,05$) mediante análisis univariado (log rank test). Por análisis ROC se seleccionaron puntos de corte de las variables continuas para ser tratadas como binarias categóricas. **RESULTADOS:** Incluidos: 70 pacientes (Hombres: 32, CU Extensas: 47, Izquierdas: 23), edad (media, SEM) $35,5 \pm 1,8$ años, duración media de la CU hasta el 1er IFX: $4,5 \pm 0,5$ años. Se usaron los criterios de Truelove y Witts a la inclusión y el score de Mayo para cuantificar la respuesta (score basal $9,8 \pm 0,2$, media \pm SEM). Las modalidades de tratamiento con IFX fueron: 1) Inducción 3 infusiones (a una 4ta infus.a 8 sem) continuando con 6-MP a largo plazo (Punteo con IFX: 79%) en los pacientes tiopurina naïve y los no naïve que perdieron la respuesta, 2) Infusiones regladas (11% en aquellos con previa resistencia Iria o intolerancia a tiopurinas, 3) IFX episódico (no disponibilidad-no adherencia: 10%). Luego de un seguimiento medio de $19,4 \pm 1,7$ meses 22 pacientes requirieron colectomía. La proporción de operados por falta de respuesta Iria a IFX (4 a 12 sem) fue 16%. Las probabilidades acumuladas de colectomía a 6, 12, 18 y 24 meses fueron: 17%, 26%, 30%, 35%. Variables estudiadas: sexo, edad al inicio del IFX (punto de corte 40), extensión de la CU, 6-MP naïve / no naïve, fiebre (38°C), frecuencia del pulso (punto de corte 90), score de Mayo (punto de corte 9), Hb (punto de corte $9,4\text{mg/dL}$), Hcto (punto de corte $34,7\%$), albúmina sérica (punto de corte 3 g/L), duración de la CU al IFX. Los predictores independientes fueron: score de Mayo (HR = 3,85, IC 95%: 1,43-10,41, $p = 0,008$), edad al IFX (HR = 3,15, IC 95%: 1,37 a 7,26, $p = 0,007$), albúmina sérica (HR = 3,15, IC 95%: 1,15 a 8,62, $p = 0,0026$). No detectamos diferencia significativa en relación con los regímenes de infusión, pero debe ser considerada la influencia del tamaño de la muestra de los subgrupos. **CONCLUSIONES:** los factores predictivos de colectomía en la CU severa tratados con IFX al ingreso fueron: un score elevado de actividad de la CU, pacientes mayores de 40 años al 1er IFX y valores bajos de albúmina sérica. Diferente a lo reportado en enf. de Crohn, no detectamos diferencias según el tiempo de evolución de la CU hasta la 1ra infusión

GO-011

EFFECTO DE LA FUNDUPPLICATURA DE NISSEN LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA ASOCIADA AL REFLUJO GASTROESOFÁGICO

MF Loviscek, MW Hinojosa, E Figueredo, G Raghu, BK Oelschlager, CA Pellegrini
The Center of Videoendoscopic Surgery, Division of General Surgery, University of Washington, Estados Unidos.

Introducción: La Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) es una de las enfermedades pulmonares de tipo intersticial progresiva caracterizada por la presencia a nivel radiológico de una neumonía intersticial acompañada clínicamente por el descenso progresivo de la función pulmonar ($> 10\%$ / año).

Este deterioro progresivo de la función respiratoria, representa un desafío importante y algo frustrante para los médicos tratantes ya que predice un desenlace fatal y una expectativa de vida de 2 a 4 años desde su diagnóstico.

Algunas publicaciones recientes han mostrado una estrecha relación entre las microaspiraciones en pacientes con FPI asociada a la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y el deterioro progresivo de la función respiratoria.

Esto ha impulsado la teoría de que, un correcto control del reflujo, podría tener un importante rol en la estabilización de la función pulmonar en estos pacientes.

Objetivos:

El objetivo de este trabajo fue analizar los resultados y la función del Nissen por laparoscopia (LNF) en pacientes con diagnóstico de FPI asociada a la ERGE.

Materiales y Métodos: Se analizaron en forma retrospectiva los datos cargados prospectivamente en las historias clínicas de los pacientes derivados al Departamento de Cirugía de la Universidad de Washington con diagnóstico de FPI asociada a ERGE y tratados con una LNF.

La evaluación de los efectos y resultados se realizó según protocolo mediante, videoendoscopia, pH metría y manometría de alta resolución pre y postoperatoria. Se analizaron además las complicaciones, estadía hospitalaria, días en terapia intensiva (UTI), morbilidad y progresión de la FPI (estudiando la Capacidad Vital Forzada (CVF), y/o eventos pulmonares agudos).

Resultados: 15 pacientes con un promedio de edad de 64 ± 9 años cumplieron los criterios de inclusión.

El porcentaje promedio del tiempo de exposición esofágica a un $\text{pH} < 4/24$ hs en el preoperatorio fue de $7,8 \pm 5,7$ y el score de DeMeester promedio fue de 40 ± 24 .

Luego de la cirugía, el porcentaje de tiempo promedio de exposición ácida descendió por debajo de $4 \pm 1,5 \pm 1,3$ y el promedio del score de DeMeester a 13,4.

No hubo complicaciones intraoperatorias. El promedio de estadía hospitalaria fue de $3 \pm 1,9$ días y de 1 día en UTI.

Se registraron complicaciones en 2 pacientes, una infección del acceso venoso central requiriendo la reinternación del paciente y una distensión gástrica severa.

El valor promedio preoperatorio de la CVF de estos pacientes fue del $63,3\% \pm 13,5\%$. Con un seguimiento promedio de 35 meses, dichos valores, continuaron estables con valores de $63,4\% \pm 17,2\%$.

Conclusiones: La funduplicatura de Nissen por laparoscopia es una opción segura, bien tolerada y con muy baja morbilidad para el tratamiento de los pacientes con diagnóstico de FPI asociada a la ERGE.

El control del RGE con un LNF en determinados pacientes con FPI, podría ser un pilar importante en la prevención de la progresión de la FPI, controlando el RGE y eliminando las microaspiraciones.

GO-010

FACTORES ASOCIADOS A SEVERIDAD EN ENTEROTOMOGRAFIA DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA SEVERA.

RC Gonzalez Sueyro, MJ Erchevers, A Seehaus, MJ Sobrero, E Varela, MJ Argüero, DC Madrid Blanco, G Rossi, JA De Paula
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN. La Resonancia Magnética (RM) y la Tomografía Computada con múltiples filas de detectores (TCMD) han revolucionado el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) especialmente en la Enfermedad de Crohn (EC). En el caso de la Colitis Ulcerosa (CU) la utilidad de la enterotC (eTC) se ha limitado a la exclusión de hallazgos que sugieran EC durante el proceso diagnóstico. No existen estudios a la fecha que evalúen el valor pronóstico de los hallazgos de la eTC en pacientes con enfermedad activa severa.

OBJETIVO. Evaluar por eTC hallazgos asociados a mala respuesta al tratamiento con requerimiento de colectomía en pacientes con brotes severos de CU.

MATERIALES Y MÉTODOS. Se incluyeron en forma prospectiva adultos (≥ 18 años) atendidos en el servicio de gastroenterología de un hospital universitario, internados por un brote severo de CU según criterios de Truelove-Witts desde Abril de 2010 hasta Diciembre de 2011. Se valoraron los hallazgos endoscópicos, bioquímicos y clínicos en el proceso agudo; hallazgos en eTC, respuesta al tratamiento y requerimiento de colectomía. Se compararon las variables con el objetivo de estimar factores asociados a mala evolución y necesidad de colectomía utilizando el sistema estadístico SPSS 17.0.

RESULTADOS. Se incluyeron 10 pacientes que requirieron internación por CU severa resistente al tratamiento esteroideo vía oral. Seis fueron mujeres, con una mediana de edad de 33,5 años (19-81). El tiempo promedio de evolución desde el diagnóstico de CU hasta el brote agudo fue de 4,3 años (0-18,9). De los 10 pacientes incluidos, 4 presentaron progresión de la extensión de colon afectado respecto al diagnóstico. A todos se les realizó una eTC en un tiempo promedio desde el momento de la internación de 2 días. En cuanto a la respuesta al tratamiento médico, 6 pacientes presentaron resistencia a esteroides y 4 dependencia a los mismos. Cinco pacientes recibieron tratamiento de rescate con Infliximab, todos presentaron falta de respuesta primaria con requerimiento de colectomía. Cuando se compararon las eTC de pacientes que requirieron colectomía (n:7) vs los que no (n:3), se observó mayor frecuencia de líquido libre en cavidad: $86\% \text{ vs } 0\%$ ($p=0,033$), megacolon $43\% \text{ vs } 0\%$ ($p=NS$), afectación extensa: $86\% \text{ vs } 33\%$ ($p=NS$), engrosamiento de la pared mayor a 5mm: $100\% \text{ vs } 33\%$ ($p=0,067$), ausencia de haustras: $100\% \text{ vs } 0\%$ ($p=0,008$) y presencia de úlceras y/o pseudopólipos $100\% \text{ vs } 33\%$ ($p=0,067$).

CONCLUSIONES. En pacientes con brotes severos de CU la eTC tendría utilidad en establecer la severidad y el riesgo de colectomía, además de permitir descartar complicaciones extra-intestinales. Los hallazgos tomográficos más significativos en pacientes que requirieron cirugía fueron la presencia de líquido libre, la ausencia de haustras, el engrosamiento de la pared > 5 mm y la presencia de úlceras y pseudopólipos. Se requieren estudios prospectivos con mayor número de pacientes para evaluar factores predictivos independientes que nos permitan determinar la respuesta a los tratamientos.

GO-012

ABLACIÓN DE ESÓFAGO DE BARRETT POR RADIOFRECUENCIA. EXPERIENCIA INICIAL EN ARGENTINA EN EL CONTEXTO DEL MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO.

A Nieponice, F Ciotola, A Badaloni, R Garcés, J Blair, C Fuxman, C Bilder, A Di Taranto, D Lowenstein, F Nachman
Fundación Falavero, Argentina.

Introducción

El epitelio de Barrett es una complicación de la forma crónica del reflujo gastroesofágico cuyo manejo ha generado grandes controversias entre cirujanos y gastroenterólogos respecto a un tratamiento conservador o agresivo. Como enfermedad preneoplásica, el esófago de Barrett aumenta el riesgo de cáncer de esófago en 200 veces. La ablación por radiofrecuencia es un método novedoso en nuestro medio, que ha mostrado rápidos avales científicos en su desarrollo internacional en los últimos 5 años.

Objetivo

Presentar la experiencia inicial de nuestro centro, para el tratamiento integral del esófago de Barrett y de su enfermedad por reflujo.

Material y Métodos

5 pacientes con epitelio de Barrett con y sin displasia fueron evaluados por nuestro grupo conformado por cirujanos, gastroenterólogos, especialistas en motilidad, patólogos y nutricionistas. 3 de los pacientes tenían antecedente de cirugía antirreflujo y los 2 restantes presentaban reflujo gastroesofágico sintomático bajo tratamiento con IBP. La longitud promedio de la metaplasia intestinal fue de 4cm (rango 2-7). Se utilizó un catéter de ablación de 360° en caso de Barrett largo y circunferencial y de 90° grados, en los Barrett cortos o con lengüetas únicas. Los pacientes que no tenían control del reflujo previo fueron sometidos a cirugía de Nissen 30 días posterior a la ablación.

Resultados

Se logró 100% de ablación del área metaplásica en una única sesión en 4 de los 5 casos. El procedimiento se realizó de forma ambulatoria o con internación breve en todos los casos. No hubo complicaciones agudas relacionadas con el procedimiento siendo los efectos adversos mas comunes, dolor retroesternal y náuseas en las primeras 24hs. En el seguimiento a corto plazo, una de las pacientes con un segmento de 7 cm y estenosis esofágica previa, presentó un área remanente de epitelio de 1cm que requiere una segunda ablación. El resto de los pacientes presenta remisión de su enfermedad y reflujo controlado. Los pacientes con cirugía previa presentaron mayor dificultad técnica al momento de la ablación con catéter de 90° .

Conclusiones

La ablación por radiofrecuencia en el epitelio de Barrett, en el contexto del manejo integral de la enfermedad por reflujo, es un método seguro y eficaz que permite brindar un tratamiento completo de la patología. Los resultados a mediano y largo plazo publicados internacionalmente son categóricos y permiten comenzar a re evaluar los protocolos de seguimiento y vigilancia que cargan de angustia a los pacientes. La evaluación y tratamiento conjunto de los cirujanos y gastroenterólogos del paciente en general y su anatomía esofágica en particular son claves para la decisión terapéutica, para resolver el aspecto técnico y el momento adecuado para la ablación en relación a la cirugía antirreflujo.

GO-013

EVALUACION DEL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA ESCAMOSO DE ESOFAGO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

L Durand, R De Anton, M Caracoché, M Gimenez, P Ferraina
HOSPITAL DE CLINICAS "JOSE DE SAN MARTIN", Argentina.

INTRODUCCION: La bibliografía ofrece dos opciones principales de tratamiento para el carcinoma escamoso(CE) Por un lado la radio-quimioterapia(RT-QT) definitiva que muestra tasas de respuesta (parciales y totales) de alrededor de 20 %, con una supervivencia a 5 años de un 15%, y la opción quirúrgica presenta importantes diferencias entre centros con experiencia con respecto a los que no la tienen.

OBJETIVOS: Analizar la evolución de los pacientes con CE del esófago tratados quirúrgicamente.

DISEÑO: Retrospectivo

POBLACION: 49 pacientes con CE evaluados entre 2004-2009.

METODOS : Se analizaron 24 casos operados.

En 7 pacientes con tumor en el tercio inferior se realizó esofagectomía total[ET] por vía transhiatal. En 15 pac con tumor en el tercio medio, se realizó ET por vía transtorácica.En 2 casos se realizó esofagectomía subtotal.El órgano de reemplazo fue el estómago (1 caso colon), con anastomosis cervical (salvo los dos casos mencionados de anastomosis intratorácica). Se analizó (1) edad, (2) sexo, (3) comorbilidades, (4) estadificación quirúrgica, (5) complicaciones postoperatorias, (6) mortalidad y (7)supervivencia.

RESULTADOS:1)Edad media 62,2 años (45-79) 2)Sexo: 9 mujeres(37,5%) – 15 hombres (62,5%)

3) Comorbilidad: 2 (8,3%) sin comorbilidad y 22(91,7%) con diferentes comorbilidades importantes.

4) Estadificación Quirúrgica: 11 casos (45,83%) IIIA, 7 casos(29,16%) IIB, 2 casos(8,33%) IIA, 1 caso(4,16%) IA, 1 caso(4,16%) IB, 1 caso(4,16%) IIIB, 1 caso(4,16%) IIIC.

5)COMPLICACIONES: 58,33% de morbilidad, 3 casos de complicaciones intraoperatorias. Hubieron 2 casos de neumonía postoperatoria y uno de sepsis vascular.

Fueron necesarias 4 reoperaciones: 1) Vólvulo de yeunostomía , 2) Perforación esofágica (cierre primario y refuerzo con colgajo miopleural), 3) Quilotorax, y 4) Empiema drenado en forma percutánea. Hubieron 4 fistulas de la anastomosis esófago-gástrica (18%) que resolvieron con tratamiento conservador, y 2 hacia la cavidad torácica (tratadas endoscópicamente con clips, parche biológico y stent). Seis pacientes evolucionaron a la estenosis de la anastomosis (27,7%) que fueron resueltas mediante dilatación con balón o bujía, un caso requirió reoperación y colocación de stent.Paresia recurrencial transitoria en dos casos y 2 casos de paresia recurrencial definitiva.Hubieron 5 infecciones de herida quirúrgica y 2 casos de eventración.

6) MORTALIDAD A 30 y 60 días 1 caso (4,16%).

7)SUPERVIVENCIA: 30,1% a los 5 años (curva de Kaplan-Meier modificada).

CONCLUSION: La importante comorbilidad (>90%) que presentan estos pacientes asociado a lo agresivo de los tratamientos que son necesarios para esta enfermedad, llevan a una histórica alta morbilidad postoperatoria, en este caso del 58,3%. La mejoría en el manejo de los cuidados intra y postoperatorios han permitido una gran mejoría en la mortalidad postoperatoria a 60 días, en este caso solo del 4%. El alto porcentaje de sobrevida postoperatoria permite lograr un 30% de supervivencia a cinco años, lo cual mejora los resultados históricos cuando se compara con RT-QT.

GO-015

RIESGO DE PRESENTAR ALEXITIMIA EN PACIENTES CON TRASTORNOS FUNCIONALES GASTROINTESTINALES, UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES EN ARGENTINA

JM Mella, S Diaz Saubidet, R Gonzalez, P Luna, N Panigadi, L Pereyra, C Fischer, M Medrano, D Cimmino, S Pedreira, L Boerr
Hospital Aleman, Argentina.

Introducción. Las enfermedades pueden ser determinadas por factores psicológicos y socioculturales. Los trastornos funcionales gastrointestinales (TFGIs) se definen como enfermedades crónicas donde no hay evidencia demostrable de lesión orgánica que explique los síntomas. La alexitimia es un particular estilo cognitivo y afectivo, que se caracteriza por dificultades en la identificación, regulación y expresión verbal de las emociones.

Objetivos. Determinar la presencia de alexitimia en pacientes con síndrome de intestino irritable (SII) o dispepsia funcional (DF), que consultaron a la Unidad de Gastroenterología (UG) en un hospital de la comunidad, y compararla con la presencia de alexitimia en controles sanos.

Material y métodos. Los pacientes con SII y DF, de acuerdo con los criterios de Roma III, que asistieron a nuestra UG de septiembre a diciembre de 2010, fueron analizados prospectivamente en un estudio caso-control. Los pacientes con TFGIs fueron considerados como "casos", mientras que los sujetos sanos seleccionados de la comunidad y sin enfermedades crónicas se incluyeron como "controles". Los TFGIs se descartaron entre los controles utilizando un cuestionario basado en los criterios de Roma III. Una estudiante de Psicología determinó el nivel de alexitimia en los pacientes y en los controles a través del cuestionario autoadministrado de Alexitimia de Toronto (TAS-20), que es una escala adaptada y validada en lengua española. El TAS-20 evalúa 3 conceptos: 1) dificultad para identificar sentimientos y distinguir los sentimientos de las sensaciones corporales de la excitación emocional, 2) dificultad para describir los sentimientos de uno a otros, y 3) el pensamiento orientado hacia lo exterior. El diagnóstico de la alexitimia se definió por una puntuación ≥ 61 en el TAS-20. El riesgo, medido por el odds ratio (OR) y sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC), de presentar alexitimia en pacientes con TFGIs fue calculado.

Resultados. Se analizaron 123 sujetos: 62 pacientes adultos con TFGIs (casos) y 61 adultos sanos de la población general (controles). Entre los casos, la edad media fue de 44 años (DE ± 16 , rango 20-78), el 66% mujeres, solteros el 47% y casados el 42%. Entre los controles, la edad media fue de 35 años (DE $\pm 13,25$, rango 19-81), el 75% mujeres, solteros el 61% y casados el 34%. La puntuación media de alexitimia fue de 46 ± 13 en los casos y 39 ± 11 en los controles (p = 0,005). La alexitimia se diagnosticó en el 17,7% (IC 9-29) de los casos y el 4,9% (IC 1-13) de los controles. Los pacientes con TFGIs tuvieron mayor riesgo de presentar alexitimia en comparación con los controles sanos: OR 4,17 (IC 1,17 a 14, p = 0,025). En el TAS-20, las principales diferencias entre los dos grupos se encontraron en los conceptos que evaluaron "la dificultad para identificar sentimientos y distinguir entre los sentimientos y las sensaciones corporales" (p <0,001).

Conclusión. Los pacientes adultos con TFGIs tuvieron 4 veces más probabilidades de presentar alexitimia en comparación con controles sanos.

GO-014

PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES ALERGICAS EN SUJETOS CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE

JS Lasa, MR Arguello, G Dima, AD Peralta, LO Soifer
Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC, Argentina.

INTRODUCCION: El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es una patología frecuente de causa desconocida, asociada a una considerable morbilidad. Existe evidencia que vincula su desarrollo con alteraciones inmunológicas, como por ejemplo la activación de mastocitos en sujetos con predominio de diarrea. Existe poca evidencia epidemiológica que vincule diferentes cuadros alérgicos con el síndrome de intestino irritable.

OBJETIVO: Comparar prevalencia de patología alérgica en sujetos con y sin SII.

MATERIALES Y METODOS: Se realizó un estudio de casos-controles en el que se incluyeron sujetos con SII (según criterios de Roma III). Se les administró a cada sujeto un cuestionario de screening de enfermedades alérgicas, así como un cuestionario validado para descartar la presencia de trastornos funcionales digestivos. Los mismos fueron distribuidos a través de una empresa de recursos humanos y por una institución universitaria a empleados que contestaron en forma anónima. Se utilizó el test de chi cuadrado para la comparación de variables categóricas, y el test de Mann-Whitney para la comparación de variables numéricas no paramétricas. Se calcularon los Odds Ratio con sus intervalos de confianza del 95%. Se consideró como significativo un valor de p <0.05.

RESULTADOS: Fueron incluidos 305 pacientes con diagnóstico de SII (40% con diarrea, 35% constipación, 25 % alternante). A su vez, se enviaron 614 cuestionarios en forma anónima, de los cuales fueron devueltos 410. De éstos, se excluyeron 208 por presentar síntomas compatibles con trastornos funcionales, o bien por tener información incompleta. Los resultados de los cuestionarios se detallan en la tabla 1. Se encontró una diferencia significativa en la prevalencia de rinitis alérgica así como de manifestaciones cutáneas alérgicas, como urticaria o dermatitis atópica. Al analizar el grupo de casos, no encontramos diferencias en la prevalencia de manifestaciones alérgicas en cuanto al patrón catártico, sexo o edad.

CONCLUSION: Existiría una prevalencia incrementada de trastornos alérgicos en sujetos con síndrome de intestino irritable. Mayor evidencia es necesaria para el hallazgo de un vínculo fisiopatológico entre estas entidades nosológicas.

	Casos (n= 305)	Controles (n= 202)	OR (IC95%)	p
Sexo (F%)	75.4	65.83		0.07
Edad	52 \pm 35	49 \pm 32	0,09	
Asma (%)	4	1.75	2.29 (0.63-8.24)	0.1
Rinitis (%)	32.46	8.77	4.99 (2.79-8.94)	0.001
Manifestaciones cutáneas (%)	24.6	9.35	31.5 (1.77-5.62)	0.001

GO-016

SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE: LA SEVERIDAD SINTOMATICA NO ES DEPENDIENTE DEL SITIO DE ORIGEN DEL HIDROGENO EXCRETADO

JS Lasa, MR Arguello, G Dima, AD Peralta, LO Soifer
Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC, Argentina.

INTRODUCCION: El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es un trastorno que puede exhibir variabilidad en la severidad de sus síntomas. Experiencias previas han demostrado que la severidad sintomática en el SII estaría relacionada con la excreción acumulada de hidrógeno (H2) en el test del aire espirado con lactulosa (THAEL), medido a través del Area bajo la curva (ABC). Se observan, en la práctica, dos tipos de curvas de THAEL: una con un incremento temprano (0-90 minutos) de H2 seguido por un descenso posterior (curva descendente), previamente vinculado con sobrecrecimiento bacteriano y otra con valor inicial de H2 bajo, con incremento tardío (90-180 minutos) compatible con fermentación colónica (curva ascendente).

OBJETIVO: Comparar la severidad sintomática de pacientes con THAEL con curvas ascendente y descendente.

MATERIALES Y METODOS: Se incluyeron sujetos con SII según criterios de Roma III que se sometieron a un THAEL. Además, se les administró un cuestionario para determinar la severidad de sus síntomas (IBS-SSS). Se dividieron a los sujetos incluidos en dos grupos: 1) aquellos con THAEL con una curva descendente (incremento previo a los 90 minutos de la excreción de H2 por encima de 20 ppm o un basal por encima de 12 ppm, con descenso posterior); 2) aquellos con THAEL con curva ascendente (incremento de H2 posterior a los 90 minutos). Los pacientes incluidos fueron matcheados según el valor del ABC del THAEL. Se compararon el puntaje total del IBS-SSS así como el puntaje de sus ítems en particular. Se utilizó el test de Mann-Whitney para comparación de variables numéricas no paramétricas, y el test de Fisher para la comparación de variables categóricas.

RESULTADOS: Se incluyeron 30 pacientes con una curva descendente y 60 pacientes con curva ascendente en el THAEL. No se encontraron diferencias significativas en edad y sexo de los pacientes. La comparación de los resultados del IBS-SSS se reflejan en la Tabla 1. No se encontraron diferencias significativas en los valores globales como particulares del cuestionario de severidad sintomática.

CONCLUSIONES: No se encontraron diferencias en la forma clínica no en la severidad de síntomas entre aquellos con curvas ascendente y descendente del THAEL. Por lo tanto, la severidad sintomática en estos pacientes no depende de que la excreción de H2 sea de origen colónico o del intestino delgado.

	Curva descendente (n=30)	Curva ascendente (n=60)	p
Diarrea (%)	30	29.6	0.79
Constipación (%)	25.9	24.4	0.9
IBSSS score total	25.5 (12-35)	29 (8-34)	0.65
Severidad de dolor abdominal (0-10)	4 (0-7)	4.4 (0-7)	0.7
Frecuencia de dolor abdominal (0-10)	6 (0-8)	5 (0-8.5)	0.9
Severidad de distensión abdominal (0-10)	6.4 (0-8)	7 (0-8)	0.47

GO-017**TEST DE SACIEDAD: ESTUDIO EXPLORATORIO PARA IDENTIFICAR PACIENTES CON DISPEPSIA FUNCIONAL Y DIFERENCIAR LOS SUBTIPOS DE ACUERDO A ROMA III.**

MC Bolino, M Furia, L Facio, I Delli Quadri, F Espinosa, F Vera, Y Lien, R Corti, H Vázquez, G Iantorno
Hospital de Gastroenterología Dr Carlos Bonorino Udaondo, Argentina.

Introducción: La Dispepsia Funcional (DF) es motivo de consulta a médicos generalistas (2-3%) y uno de los más frecuentes realizados a los gastroenterólogos (40%). De acuerdo a los criterios de Roma III, se clasifica en Síndrome de Distress Postprandial (SDP) y Síndrome de Dolor Epigástrico (SDE). El Test de Saciedad (TS) fue propuesto como un método no invasivo para evaluar la acomodación y el vaciamiento gástrico y permitió diferenciar individuos sanos de dispépticos. Según un estudio preliminar presentado por nuestro grupo en la DDW 2012 (San Diego), los pacientes con SDP tolerarían volúmenes inferiores a los pacientes con SDE, (n: 13, p NS). **Objetivos:** 1. Analizar la utilidad del TS para diferenciar pacientes con DF de individuos sanos y 2. Evaluar si el TS es útil para diferenciar ambos subtipos de DF. **Material y métodos:** estudio prospectivo y transversal. Consecutivamente, todos los adultos con DF según Roma III (G1) fueron incluidos entre agosto de 2011 y junio de 2012. Individuos sanos participaron como controles (G2). Ambos grupos realizaron el TS, que consistió en la ingesta de un suplemento nutricional con contenido calórico de 1.5 Kcal/ml (Nutricia Bagó) y fueron instruidos para: a) mantener una ingesta a velocidad constante y b) calificar la saciedad a intervalos de 5 minutos usando una escala de Likert (1 a 5 puntos). La ingesta fue suspendida cuando reportaban una saciedad intolerable (puntaje máximo: 5). Durante el TS se registró el volumen y el contenido calórico total ingerido. **Análisis estadístico:** test Mann-Whitney. **Resultados:** Los datos demográficos de ambos grupos y el TS se detallan en la Tabla 1. Al comparar el volumen y el contenido calórico entre individuos sanos y pacientes dispépticos, se observaron diferencias estadísticamente significativas en ambos parámetros (p<0.0002). El volumen y el contenido calórico de G1 según los subtipos de DF fueron: a) SDP: 207.9 (60-540) ml y 314.2 (90-810) Kcal y b) SDE: 216.7 (150-450) ml, 328.3 (225-675) Kcal, respectivamente. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos subtipos de dispepsia. **Conclusiones:** el TS es un método útil para discriminar individuos sanos de dispépticos, sin embargo en esta cohorte de pacientes no permite diferenciar ambos subtipos de DF. No obstante, es necesario aumentar el número de pacientes para sacar conclusiones definitivas, ya que los resultados podrían tener un impacto en la práctica diaria.

Pacientes	G1 (n:32)	G2 (n:16)	p
Edad (años)	40 (19-62)	32 (27-56)	NS
Sexo (F/M)	26/6	4/12	NS
IMC kg/m2 (SEM)	23.9 ± 1.3	26 ± 1.2	NS
TS - Volumen (ml) (SD)	203 ± 4	368.0 ± 4	0.0002
TS - Kcal mediana (SD)	332.0 ± 6	525.7 ± 6	0.0002

GO-019**¿EN NUESTRO MEDIO, SE CUMPLEN LOS INTERVALOS DE VIGILANCIA POST POLIPECTOMÍA RECOMENDADOS POR LAS GUÍAS INTERNACIONALES DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL?**

JE Pizzala, ML González, MJ Sobrero, P Carrillo, IC Oría, PR Daffra, MP Giménez Villamil, CA Macías Gómez, JA De Paula
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La " US multi society task force of colorectal cancer " propone pautas de seguimiento endoscópico posterior a la resección de adenomas colónicos. Sin embargo algunas publicaciones muestran poca adherencia a estas recomendaciones por parte de los médicos solicitantes.

Objetivo: Evaluar si en nuestro medio los distintos especialistas, siguen los intervalos propuestos por las guías internacionales. **Métodos:** Se evaluaron en forma retrospectiva las historias clínicas electrónicas de los pacientes que habían realizado una videocolonoscopía (VCC) por vigilancia post poliplectomía, entre julio del 2011 y abril 2012, en un hospital universitario. Todos los pacientes incluidos fueron estudiados, tratados y seguidos en nuestra institución. Se reevaluó la VCC previa en la cual se realizó la poliplectomía que motivó el seguimiento y en base a los hallazgos se comparó el intervalo de seguimiento observado con el sugerido por las guías internacionales. Se excluyeron los pacientes que no tenían pólipos en la VCC previa, VCC previa incompleta, resecciones previas incompletas, presencia histológica de pólipo-cáncer, pólipos aserrados y hamartomas o con preparación insuficiente. Se desconoce si existieron estudios adelantados por voluntad del paciente. **Resultados:** Se analizaron 750 estudios (pacientes) solicitados por vigilancia post-poliplectomía. Se excluyeron 471 pacientes, analizando los restantes 279. La mediana de edad de los pacientes fue de 67 años (23-89), relación mujer/hombre de 1,15. Sólo el 25% de los estudios fue realizado según las guías. Se observó que de los estudios solicitados por gastroenterólogos (n:80), el 35% coincidió con las recomendaciones, el 57% se adelantó, y el 7,8% se atrasó. De los pedidos por cirujanos (n:41) el 16,7% coincidió, el 83% se adelantó y el 0% se atrasó. De los pedidos por médicos de cabecera (n:137) el 24,3% coincidió, el 71% se adelantó y el 4,4% se atrasó y en 21 estudios se desconoce el médico solicitante. Cuando se comparó el intervalo según el hallazgo endoscópico, se vio que en el seguimiento de pólipos hiperplásicos el 100% se adelantó, en pacientes con 1 o 2 adenomas tubulares con displasia de bajo grado el 84% se adelantó, en pacientes con 3 a 10 adenomas o uno con componente vellosos o mayor de un centímetro o con displasia de alto grado el 54% se adelantó, en pacientes con más de 10 adenomas el 50% se adelantó y en pacientes con lesiones mayores de 2cm resecaadas por "piecemeal" no hubo estudios adelantados, pero si un 58% de retraso en las solicitudes. **Conclusiones:** Se observó una fuerte tendencia a adelantar los intervalos de seguimiento. A pesar de que los médicos de cabecera y cirujanos fueron los que menos adherieron a estas recomendaciones, 2/3 de los estudios solicitados por gastroenterólogos tampoco concordaron con lo recomendado. Esto conlleva a una mayor utilización de recursos y al aumento innecesario de costos en salud.

GO-018**DISPEPSIA FUNCIONAL: SU RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE MASTOCITOS EN EL ANTRO GÁSTRICO. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN ARGENTINA**

S Pignataro1, T Barcia1, E Campitelli2, AM Ceal1, D Ibarra2, A Paszkiewicz2, F Perez2, S Regnasco3, HW Rubio1, ME Saa3, C Casco1, MJ Jaroslavsky3, L Racca2, R Ronchetti2
1 CEED, Argentina. 2 Hospital Aeronáutico Central, Argentina. 3 Hospital Ignacio Pirovano, Argentina.

INTRODUCCIÓN: Se postula que los mastocitos en la mucosa gástrica pueden estar involucrados en la patogénesis de la dispepsia funcional (DF) tipo distrés postprandial independientemente del status del H. pylori.

OBJETIVO: Evaluar el número de mastocitos en antro gástrico en pacientes con DF tipo distrés postprandial con o sin HP

MATERIAL Y METODO: estudio observacional multicéntrico, 53 pacientes con DF tipo distrés postprandial fueron incluidos. 20(37,74%) pacientes eran de sexo masculino, con una edad promedio de (52,09) años. A todos los pacientes se les realizó una Videoendoscopia digestiva alta. Se tomaron biopsias de antro para la detección de mastocitos y para el status de HP biopsias de cuerpo y antro y TRU. Se comparó con grupo control (n=56). Dos patólogos analizaron las biopsias en forma independiente, en caso de discordancia entre ambos y si la diferencia de mastocitos era > 4 para definir el valor se convocaba a un tercer patólogo.

Análisis estadístico: Se utilizó Test de Mann-Whitney para variables numéricas, test de chi cuadrado para comparar proporciones. Los OR se calcularon utilizando regresión logística con un IC del 95%. **RESULTADOS:**

Tabla 1

	Grupo DF (n=53)	Grupo Control (n=56)	P
Edad	52,09 ± 11	46,17 ± 11	0,009
Sexo M	20 (37,74%)	25 (44,64%)	0,46
HP +	30 (56,60%)	32 (57,14%)	0,95
Nro mastocitos x 10 (mediana y rango)	3 (1-40)	3 (1-9)	0,43
Mastocitos >6 x 10	10 (18,87%)	4 (7,14%)	0,06

Se tomaron los 14 casos con mastocitos >6 y una muestra aleatoria de controles con mastocitos <7 para que la relación caso-control sea aproximadamente 1:4

Tabla II

	Mastocitos>6(n=14)	Mastocitos<7(n=56)	OR(IC95%)	P
Edad <45	8 (57,14%)	13 (23,21%)	4,41 (1,29-15,04)	0,01
DF	10 (71,43%)	23 (41,07%)	3,59 (1,01-12,85)	0,05
HP	11 (78,57%)	31 (55,36%)	2,96 (0,74-11,76)	0,12
Masculino	7 (50%)	25 (44,64%)	1,24 (0,38-4,01)	0,71

Se construyó un modelo multivariable utilizando Forward Stepwise Multiple Logistic Regression para identificar mejores predictores de mastocitos>6 entre las variables: edad<45, sexo masculino, helicobacter + y dispepsia.

CONCLUSION: según nuestros hallazgos el aumento de mastocitos en antro gástrico, parece estar más relacionado a la edad y la presencia de síntomas de dispepsia, que a la infección por H.pylori. Sin embargo hacen falta más estudios con mayor número de casos para corroborar estos hallazgos.

GO-020**DISTRÉS Y SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELÍACA: IMPACTO A LARGO PLAZO DE LA DIETA LIBRE DE GLUTEN.**

F Nachman, C Sfoggia, ML Moreno, H Vázquez, A Gonzalez, P Andrenacci, S Niveloni, RM Mazure, E Smecuol, HJ Hwang, E Sugai, I Pinto Sánchez, E Mauriño, JC Bai
Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo, Argentina.

Introducción: En los últimos años se han realizado numerosas investigaciones sobre aspectos psicológicos de pacientes con enfermedad celíaca (EC) que arrojaron resultados contradictorios. Sin embargo, poco sabemos sobre el estatus psicológico previo al diagnóstico y el efecto a largo plazo bajo tratamiento con la dieta libre de gluten (DLG).

Objetivos: 1. determinar la presencia y grado de síntomas psicológicos en un grupo de pacientes evaluados al diagnóstico de la EC (análisis transversal); y 2. Analizar la evolución de los mismos en el largo plazo bajo tratamiento con una DLG (análisis longitudinal).

Pacientes/métodos: Se evaluaron 128 pacientes adultos consecutivos recientemente diagnosticados como EC (110 mujeres; edad media: 35 años). Cuarenta y cuatro de estos pacientes (40 mujeres) fueron reevaluados al año y a los cuatro años luego de iniciada la DLG. Se empleó el Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R), un cuestionario auto-administrado diseñado para relevar patrones de síntomas que se evalúan e interpretan en términos de nueve dimensiones sintomáticas (Somatizaciones; Obsesiones y compulsiones; Sensitividad interpersonal; Depresión; Ansiedad; Hostilidad; Ansiedad fóbica; Ideación paranoide; Psicoticismo) Los valores obtenidos se compararon con los valores esperables (baremos) para la población de la ciudad de Bs. As. Se evaluaron los parámetros clínicos, bioquímicos y serológicos de todos los pacientes. El cumplimiento de la DLG fue analizado por nutricionistas y médicos tratantes.

Resultados: Al diagnóstico, los pacientes presentaron 8/9 y 7/9 dimensiones del SCL-90-R significativamente alteradas (p<0.05) (en mujeres y hombres, respectivamente) comparadas con población general. Entre las mujeres, aquellas con presentación sintomática fueron las más afectadas con 6/9 dimensiones significativamente desmejoradas en comparación con los casos subclínicos (p<0.02 a p<0.0001). (Este efecto no se observó en los pacientes de sexo masculino, aunque el número de casos en cada categoría fue bajo). En el seguimiento a un año se observó un significativo mejoramiento de todas las dimensiones independientemente del sexo (p<0.0003) y sin diferencias significativas de acuerdo al cumplimiento de la DLG. A los cuatro años se observó un leve deterioro en siete de las 9 dimensiones comparado con la evaluación al año (p<0.05 a p<0.003). Sin embargo, la mayoría permaneció significativamente mejor que al diagnóstico, con sólo 4 de las 9 dimensiones levemente por debajo del score normal. Sugestivamente, los pacientes que adherieron en forma estricta a la DLG tuvieron mejores scores en 8 de las 9 dimensiones comparados con los parcialmente cumplidores (p<0.05 a p<0.002).

Conclusiones: Nuestro estudio demuestra que los pacientes con EC sin tratamiento tienen un importante malestar psicológico asociado a la presentación clínica sintomática. El seguimiento a un año evidenció un significativo mejoramiento de todas las dimensiones con un leve deterioro a los cuatro años. Dicho desmejoramiento estuvo relacionado a la falta de adherencia estricta con la DLG.

GO-021

EVALUACIÓN LONGITUDINAL DE LAS CONCENTRACIONES SÉRICAS DE 27 CITOQUINAS, QUIMIOCINAS Y FACTORES DE CRECIMIENTO EN ENFERMEDAD CELÍACA.

E Sugai1, F Nachman1, H Vázquez1, HJ Hwang1, M Hardy2, N Ontiveros2, E Smecuol1, ML Moreno1, RM Mazure1, S Niveloni1, E Mauriño1, B Anderson2, JC Bai1
1 Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo, Argentina. 2 Walter and Eliza Hall Institute, Australia, Australia.

Introducción: Numerosas células inmunes y no inmunes participan del complejo mecanismo inmunológico que lleva al daño de la mucosa intestinal en la enfermedad celíaca (EC). Las citoquinas, quimiocinas y factores de crecimiento producidas por estas células juegan un rol clave en la activación del sistema inmune desencadenando un proceso inflamatorio y la lesión tisular. Existe muy poca información acerca de la dinámica de las concentraciones séricas de dichos mediadores inmunológicos luego de iniciado el tratamiento.

Objetivos: determinar los niveles séricos de una serie de 27 citoquinas, quimiocinas y factores de crecimiento en una cohorte de pacientes con EC evaluados al diagnóstico y luego de 1 año con dieta libre de gluten (DLG).

Materiales: Se realizó un estudio prospectivo en una cohorte de 16 pacientes adultos (15 mujeres, edad media: 43 años). El diagnóstico de EC fue establecido mediante biopsias duodenales (enteropatía característica) y una serología específica concomitante positiva. Todos los pacientes tuvieron niveles séricos de IgA normales. Las concentraciones séricas de los 27 mediadores inmunológicos fueron determinadas por el método de Multiplex (M50-0KCAF0Y Bio-Plex Pro Human Cytokine 27-Plex). En todos los pacientes se repitió la biopsia duodenal al año de tratamiento.

Resultados: Al diagnóstico, las citoquinas pro-inflamatorias Th1 (IFN γ , IL-12p70 y IL-1ra) y la IL-17 tuvieron niveles séricos superiores a los rangos normales. Por el contrario, IL-1, IL-6, IL-15 y TNF α estuvieron dentro de los rangos normales al igual que las citoquinas anti-inflamatorias de tipo Th2 (IL-4, IL-5 and IL-13) y la IL-10. La concentración de las quimiocinas (Eotaxina, MCP-1, MIP-1a, MIP-1b, IP-10) y los factores de crecimiento (VEGF, PDGF, GM-CSF) estuvieron elevadas. Luego de 1 año de DLG, las concentraciones de las citoquinas de tipo Th1 y Th2 en todos los pacientes no presentaron cambios respecto a los valores basales e independientemente del grado de adherencia a la DLG (adherencia estricta: n =10). Las concentraciones de Eotaxina disminuyeron significativamente (p<0.03) mientras que las de PDGF y VEGF aumentaron (p<0.005 y p<0.05, respectivamente); el resto de las quimiocinas y factores de crecimiento evaluados permanecieron elevadas.

Conclusión: Nuestro estudio confirma observaciones previas acerca de la incrementada producción de citoquinas Th1 y de IL-17, pero no las de tipo Th2 al diagnóstico de la EC. El estado pro-inflamatorio las elevadas concentraciones séricas de las quimiocinas y factores de crecimiento persistieron sin cambios luego del año a pesar de la adherencia a la DLG.

GO-023

INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS

JS Lasa, G Dima, AD Peralta, G Cagnone, LO Soifer
Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC, Argentina.

INTRODUCCION: Existe evidencias de una asociación entre las alteraciones de la flora bacteriana intestinal y el síndrome de intestino irritable (SII). Dichas alteraciones pueden ser medidas en forma indirecta mediante el test de hidrógeno en aire espirado con lactulosa (THAEL). La flora bacteriana puede verse también alterada en sujetos con enfermedad periodontal (EP).

OBJETIVO: Evaluar la influencia de la EP sobre los resultados del THAEL.

MATERIALES Y METODOS: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SII, a los que se les realizó un THAEL. Se evaluó, en los sujetos incluidos, la presencia de EP según la clasificación de la American Dental Association. Se compararon los resultados del THAEL [medidos como área bajo la curva de concentración de hidrógeno/tiempo (ABC)] entre aquellos con y sin EP.

RESULTADOS: Fueron incluidos 51 pacientes, en su mayoría mujeres. El grupo con EP presentó mayor edad (Tabla 1). Encontramos un valor basal de hidrógeno significativamente mayor en aquellos con EP que en el grupo sin EP [4 (2-6) vs 1 (1-3.5), p= 0.04], pero con un valor de ABC similar entre ambos grupos [2232 (162-5184) vs 2088 (216-6071) ,p=0.5].

CONCLUSION: La salud bucal parece ser relevante en el estudio de las alteraciones de la flora bacteriana intestinal, llevando a cambios en los resultados del THAEL.

	Ausencia de enfermedad periodontal (n=22)	Presencia de enfermedad periodontal (n=29)	P
Sexo(F/M%)	86.3/11.58	80/20	0.5
Edad	37±12	58±13	0.001
Patrón clínico			
Diarrea (%)	43	40	0.8
Constipación	30	35	0.7
Alternante	27	25	0.8
Valor basal de H2 en THAEL	1 (1.3-5)	4 (1-6)	0.04
ABC del THAEL	2088 (216-6071)	2232 (162-5184)	0.5

GO-022

CORRELACIÓN ENTRE PARÁMETROS SEROLÓGICOS DE INMUNIDAD E INFLAMACIÓN CON FACTORES HEMATOLÓGICOS EN ENFERMEDAD CELÍACA.

ML Moreno1, F Nachman1, H Vázquez1, HJ Hwang1, E Smecuol1, E Sugai1, RM Mazure1, S Niveloni1, E Mauriño1, M Castro Rios1, MA Bartellini1, G Lopetegui1, B Anderson2, N Ontiveros2, JC Bai1
1 Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo, Argentina. 2 Walter and Eliza Hall Institute, Australia, Australia.

INTRODUCCION: La anemia crónica es el hallazgo hematológico más frecuente en la enfermedad celíaca (EC) activa. La malabsorción fue considerada la causa más relevante en su fisiopatología. Recientemente se ha sugerido que mediadores inflamatorios productores de anemia de trastornos crónicos pueden contribuir a su patogénesis. Sin embargo, la información disponible acerca de la concentración sérica de los mediadores pro- y anti-inflamatorios y su correlación con parámetros hematopoyéticos en EC es muy limitada.

OBJETIVO: correlacionar los niveles séricos de citoquinas, quimiocinas y factores de crecimiento con parámetros hematológicos en una cohorte de pacientes con EC al diagnóstico y luego de un año con dieta libre de gluten.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de 16 pacientes adultos (15 mujeres; edad media: 43 años) con diagnóstico de EC basado en daño histológico característico y serología positiva. Al diagnóstico 9/16 (56.2%) pacientes presentaron anemia crónica (Hgb<12g/L). Las concentraciones séricas de los 27 mediadores inmunológicos fueron determinadas por el método de Multiplex (M50-0KCAF0Y Bio-Plex Pro Human Cytokine 27-Plex). Los parámetros hematológicos analizados fueron: hematocrito, hemoglobina, ferremia, ferritina, transferrina, folato sérico y vitamina B12.

RESULTADOS: Las concentraciones séricas de hierro, analizadas en ambos momentos evaluados, presentaron una correlación inversa con los niveles de citoquinas IL-1 (r: -0.40, p<0.04), IL-1ra (r: -0.51, p<0.01), IL-8 (r: -0.44, p<0.02) e IL-17 (r: -0.40; p<0.04). Igualmente, los niveles séricos de ferritina correlacionaron inversamente con IL-15 (r: -0.42, p<0.03) La concentración de hemoglobina sérica correlacionó inversamente con niveles séricos de IL-1-ra (r: -0.42; p<0.05) e IP-10 (r: -0.41; p<0.06) y directamente con TNF α (r: 0.42; p<0.03) y GCSF (r: 0.39; p<0.05). Los niveles séricos de transferrina correlacionaron inversamente con la concentración de Eotaxina (r: -0.59; p<0.001). Concentraciones de folato sérico también correlacionaron inversamente con IL-8 (r: -0.62; p<0.001), IP-10 (r: -0.47; p<0.01) y Eotaxina (r: -0.44; p<0.02). El análisis de regresión múltiple demostró que los niveles séricos de TNF α , IL-1ra e IL-8 resultaron asociados significativamente con la anemia al diagnóstico (r 2 ajustado: 0.87; p<0.001), contribuyendo también a dicha asociación los niveles séricos de IL-17 y anticuerpos antitransglutaminasa tisular tipo IgA.

CONCLUSIONES: El presente estudio demostró que la sobre-expresión de mediadores pro-inflamatorios en suero de esta cohorte de pacientes con EC correlaciona inversamente con los factores hematológicos. Si bien la causalidad no puede ser establecida en este estudio, los resultados observados sugieren un rol importante de las alteraciones inmunológicas y los mediadores de inflamación en la fisiopatología de la anemia crónica de la EC.

GO-024

¿POR QUE Y CUANDO SE OPERAN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO NO EROSIVA?

LF Loviscek, YS Park, M Loviscek
Hospital Pirovano. Sección Cirugía Esofágica. Sanatorio Otamendi. Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Se define como enfermedad por reflujo no erosiva (NERD) a aquella que está acompañada por síntomas típicos de reflujo sin lesiones endoscópicas en la mucosa esofágica (Montreal), la mayoría de ellos con pHmetría + y/o alteraciones microscópicas. Este grupo de pacientes representa aproximadamente entre el 50 al 70 % de los pacientes con enfermedad por reflujo. Hasta hace unos años la NERD era casi patrimonio exclusivo de tratamiento médico. Sin embargo menos del 50 % de ellos logra una completa resolución de sus síntomas y menos del 75 % refieren estar satisfechos con el tratamiento médico. **Objetivos:** Evaluar las indicaciones y las características de los pacientes con NERD tratados con una cirugía antirreflujo.

Material y métodos: Se recogieron retrospectivamente los datos registrados prospectivamente en las historias clínicas de 19 pacientes con NERD y Nissen por laparoscopia (LNF). Resultados: 10 eran mujeres y 9 varones, con una edad promedio de 41.7 años y un rango de 26 a 65 años. Todos padecían de pirosis, 10 de regurgitaciones, 2 de ahogos nocturnos, 1 de cambios de la voz, 10 de acidez, 7 de epigastralgias, 4 dolor torácico no cardiogénico, acompañados de distensión abdominal, meteorismo, ansiedad y/o síntomas atípicos. Los 19 pacientes estaban bajo tratamiento médico prolongado con inhibidores de la bomba de protones. Todos fueron estudiados con endoscopia, radiología, manometría y pHmetría. 2 pacientes fueron estudiados con Impedanciometría. 13 de los 19 tenían una hernia hiatal (HH) menor de 2 cm con reflujo espontáneo en el estudio radiológico. Ningún paciente tenía una HH mayor de 2 cm y en 6 de ellos no se demostró HH. A cuatro de los 6 sin HH se les demostró reflujo radiológico espontáneo y provocado, a los otros 2 no se les demostró reflujo en radiología. Las biopsias endoscópicas demostraron esofagitis crónica y carditis en 9 y Carditis en 5. 12 tenían un EEI hipotensivo. Todos pHmetría con score de DeMeester elevado y 15 correlación sintomática > 50 %. Ninguno de los 19 pacientes estaba conforme con la calidad de vida y con el tratamiento médico. Todos los pacientes fueron controlados en el posoperatorio a los 6 meses con interrogatorio y estudio radiológico. 15 de los 19 con endoscopia y solo tres con pHmetría por pirosis posoperatoria. El promedio de seguimiento de estos pacientes fue de 38 meses.

Utilizando una escala de 1 a 10 para los síntomas, todos los pacientes refirieron una notable mejoría posoperatoria, 17 de ellos refirieron una mejoría sintomática mayor al 80 %, 2 pacientes refirieron que estaban solo 50 % mejor. La mejoría subjetiva a los seis meses fue del 89.4 % y todos los pacientes refirieron estar conformes con la decisión de operarse.

Conclusiones: Los pacientes con NERD se operan, porque no pueden controlar sus síntomas, están insatisfechos con el tratamiento médico y sufren alteración de su calidad de vida y cuando se demuestra una exposición al reflujo ácido con índice de correlación sintomática positivo. En estos pacientes el LNF es una excelente opción para mejorar su calidad de vida.

GO-025

¿EXISTE CORRELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y NÚMERO DE EPISODIOS DE REFLUJO EN PACIENTES OBESOS?

M Cariello, V Pogorelsky, LA Herrera, A Beskow, F Wright, D Cavadas, JA De Paula Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La obesidad es un factor de riesgo conocido de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Hasta el momento no está bien establecido si a mayor grado de obesidad empeora el reflujo tanto ácido como no ácido. La impedanciometría intraluminal multicanal – pH de 24 hs (IIM-pH) es en la actualidad el estudio complementario de mayor utilidad para la detección de todo tipo de reflujo y su asociación sintomática.

OBJETIVO: Evaluar si existe correlación entre el índice de masa corporal (IMC) en pacientes obesos en evaluación para cirugía bariátrica y el número total de episodios de reflujo gastroesofágico.

SUJETOS Y MÉTODOS: Fueron considerados todos aquellos pacientes derivados para la realización de la IIM-pH desde julio de 2008 hasta junio del 2012. Se revisó manualmente la Historia Clínica Electrónica de aquellos pacientes cuyo motivo del estudio fue la realización de una cirugía bariátrica para obtener así el índice de masa corporal (IMC) al momento del estudio. Se consideró impedanciometría patológica aquella que presentaba ≥ 73 episodios totales de reflujo distal e índice sintomático (IS) positivo cuando al menos la mitad de los episodios sintomáticos estaban relacionados con episodios de reflujo. Se utilizó el índice de correlación de rangos de Spearman para evaluar la correlación lineal entre el IMC y el número total de episodios de reflujo distal.

RESULTADOS: De los 252 pacientes que realizaron IIM-pH en dicho período, 41 habían sido derivados para evaluación pre-cirugía bariátrica. De ellos, 33 fueron mujeres (80%). La media de la edad fue de 46 años (25 a 66 años). El promedio del IMC fue de 42,2 (32 a 59).

Treinta y dos pacientes obesos (78%) tuvieron impedanciometría normal, de los cuales 3 tenían predominio de reflujo no ácido (9%) y 29 (91%) predominio de reflujo ácido. A su vez, de este mismo subgrupo de pacientes, 10 (31%) presentaron IS negativo para los síntomas referidos durante el procedimiento, 12 (38%) presentaron IS positivo para reflujo ácido, 2 (6%) para reflujo no ácido, 2 (6%) para ambos tipos de reflujo y 6 pacientes (19%) no presentaron síntomas durante el período del estudio.

Nueve pacientes obesos presentaron impedanciometría patológica (22%), todos ellos a predominio ácido y con índice sintomático positivo para dicho tipo de reflujo.

No se logró comprobar la existencia de correlación lineal entre el IMC y el número total de episodios de reflujo utilizando el coeficiente de correlación de rangos de Spearman (Rho de Spearman 0,062)

CONCLUSIONES: Si bien es reconocida la relación entre obesidad y reflujo gastroesofágico, en nuestra serie de pacientes en plan de cirugía bariátrica no hemos podido demostrar la existencia de una correlación lineal entre el IMC y el número total de episodios de reflujo distal.

GO-027

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA, EXPERIENCIA DE UN CENTRO POLIVALENTE

LD Sindich, MM Arco, SE Elena, JI Conosciuto, F Aquilini, ML Basile, J Laborda Molteni, JA Perriello, EF Tonn Hospital Privado de Comunidad Mar del Plata, Argentina.

Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA) constituye una importante causa de morbimortalidad, asociada principalmente a descompensaciones de las comorbilidades.

La tasa de mortalidad promedio se ha mantenido entre 8-10% a pesar del desarrollo de la terapia médica y endoscópica, aunque se han reportado entre 12% al 35% para los mayores de 60 años.

Objetivos: el objetivo primario de este estudio es comparar la mortalidad global a 30 días en pacientes internados por HDA no varicosas estratificados por subgrupos etarios. Como objetivos secundarios se determinarán la estadía hospitalaria, requerimiento transfusional, necesidad de tratamiento endoscópico y quirúrgico en cada subgrupo

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio analítico observacional de cohorte retrospectivo, en un hospital polivalente con 233 camas de internación.

Criterios de inclusión: 1) ingresados desde el servicio de urgencias como HDA. 2) internados por otra patología que presentaron un episodio de HDA durante su estadía hospitalaria.

El período de estudio comprendió desde el 1 de enero del 2005 hasta el 31 de diciembre de 2011.

Los datos fueron obtenidos en forma retrospectiva a partir de la Historia Clínica informatizada.

Se excluyeron todos los pacientes en quienes la endoscopia digestiva alta evidenció signos de hipertensión portal.

Se dividieron los pacientes en subgrupos etarios cada 10 años entre 0 y 110 años.

Resultados: Se analizaron 785 casos. El 55% correspondió a sexo masculino. Respecto de las edades, la media aritmética 74,5 y la mediana 79 años

La mortalidad global fue 6,68 %, la estadía hospitalaria de 4,27 días, el requerimiento transfusional promedio 2, 24 U de glóbulos rojos/caso. Requirieron terapia endoscópica el 32% de los pacientes y cirugía el 0,64 %.

Tabla de subdivisión por grupos etarios

Edad en años	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	100-110
Nº de Casos	1	3	3	5	11	34	51	199	334	54	2
% de mortalidad	0	0	0	0	0	8,8	8	3	8,88	7,41	50
Días de internación	3	2	4	3,2	3,4	4,6	6,5	3,61	4,33	3,81	3
% Tratamiento endoscópico	100	1	66,6	20	36,36	35	50	32	29	37	100
% Tratamiento quirúrgico	0	0	0	0	0	0	2	0	1,97	0	0
Promedio de unidades transfundidas	0	1	0	0	0,36	3,2	3,27	1,72	2,37	2,18	3

Conclusión. La tasa de mortalidad en pacientes que han presentado HDA en nuestro hospital está dentro de los valores publicados para otras poblaciones, inclusive algunas de menor edad. El requerimiento transfusional, los días de estadía hospitalaria y el requerimiento de terapia endoscópica no son significativamente diferente en los diferentes grupos etarios.

GO-026

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE LA FASE ESOFÁGICA EN DECÚBITO DURANTE LA VIDEOFLUOROSCOPIA DE LA DEGLUCIÓN.

M Argüello, J Lasa, G Dima, D Peralta, I Soifer Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC. Buenos Aires, Argentina., Argentina.

INTRODUCCION: La videofluoroscopia de la deglución es una técnica radiológica dinámica que consiste en la obtención de imágenes secuenciales en perfil lateral y anteroposterior luego de la ingesta de diferentes volúmenes de un contraste baritado con 3 viscosidades distintas (sólido, semisólido y líquido). El video se puede reproducir a bajas velocidades e incluso cuadro por cuadro, lo que facilita la identificación de movimientos anormales del bolo, aspiración, movimiento de las estructuras anatómicas y tiempo exacto de tránsito durante las fases oral y faríngea de la deglución. Permite evaluar además el vaciamiento del esófago tanto en posición de pie como en decúbito, lo que posibilita muchas veces detectar alteraciones motoras.

OBJETIVOS: Demostrar la importancia de estudiar la fase esofágica en decúbito prono derecho.

SUJETOS Y METODOS: Se describen cuatro casos de pacientes a los cuales se les solicitó una videofluoroscopia de la deglución destacándose la diferencia de lo que se aprecia con el paciente en posición de pie versus en decúbito prono derecho. Caso 1: Mujer de 30 años con antecedente de reflujo gastroesofágico de años de evolución. Caso 2: Mujer de 60 años con antecedentes de tos crónica y pirosis, sin evidencia de episodios de aspiración en la fase faríngea de la deglución. Caso 3: mujer de 50 años que consulta por pirosis y presencia de reflujo gastroesofágico. Caso 4: Mujer de 83 años que consulta por dolor en la región anterior del tórax de origen no cardiogénico.

RESULTADOS: Caso 1, 2 y 3 se observa de pie vaciamiento normal y en decúbito prono derecho se aprecia hernia hiatal por deslizamiento. Caso 4: se observa de pie vaciamiento normal y en decúbito prono derecho se aprecia alteración de la motilidad esofágica, esófago en tirabuzón.

CONCLUSION: Aunque impresione como una disfagia orofaríngea nunca dejar de evaluar la fase esofágica. Fundamentalmente realizar el estudio de pie y decúbito prono derecho. (Posición de nadador)

GO-028

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA EN LA REHABILITACIÓN INTESTINAL DE NIÑOS CON INSUFICIENCIA INTESTINAL

V Busoni, P Lobos, R Sanchez Claría, R Vagni, F Frangi, D D'Agostino Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La insuficiencia intestinal requiere un manejo multidisciplinario enfocado en la rehabilitación intestinal (RI), con el objetivo de lograr autonomía enteral. El trasplante de intestino es el tratamiento indicado cuando existen complicaciones permanentes relacionadas a la nutrición parenteral (NP) con riesgo de vida. 50% de los pacientes pediátricos con insuficiencia intestinal presentan enfermedad hepática asociada a insuficiencia intestinal (EHAI) de compromiso leve luego de 4-12 semanas de NP. **Objetivo:** Evaluar el efecto de la EHAI sobre la evolución de niños en terapia de RI.

Material y métodos: Análisis descriptivo, retrospectivo. La medida de resultado primaria fue la RI exitosa (suspensión definitiva de la NP). Se consideró falla de rehabilitación en pacientes aún dependientes de NP, en trasplantados y/o fallecidos. La RI requirió un enfoque multidisciplinario que incluyó estrategias nutricionales (ciclización de NP, nuevas emulsiones lipídicas (SMOF) en la NP, aumento progresivo de la nutrición enteral), tratamiento farmacológico (agentes antimotilidad, ácido ursodesoxicólico, antibióticos) y/o intervenciones quirúrgicas. Se asumió diagnóstico de EHAI con la elevación persistente (>2 semanas) de enzimas hepáticas (TGO, TGP, GGT) y/o fosfatasa alcalina (x 1,5), excluyendo otras causas, según la definición de Beath y Woodward. **Resultados:** Entre diciembre de 2007 y mayo 2012, 39 pacientes comenzaron tratamiento en nuestra institución. La edad mediana en la primera consulta fue de 0,5 años (r 0-14). Se diagnosticó EHAI en el 64% de los casos 25/39 (EHAI+) y los restantes 14/39 no presentaban enfermedad hepática (EHAI-). 4/39 (10%) fueron trasplantados y todos ellos pertenecían al grupo EHAI+. 6/39 (15%) fallecieron, 5 de los cuales eran EHAI+. En EHAI+ sólo 7/25 (28%) lograron la RI, mientras que en EHAI- 11/14 (78%) consiguieron rehabilitarse. El odds ratio de rehabilitación exitosa en pacientes sin EHAI fue 9,4.

Conclusión: La EHAI representa un factor de riesgo que entorpece el éxito de la RI. Concentrar esfuerzos en la prevención o tratamiento precoz de la EHAI, aun en presentaciones iniciales de compromiso leve, favorece la RI, que de ser exitosa evitará la necesidad de trasplante intestinal.

GO-029**PERFIL NUTRICIONAL DE NIÑOS CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO ACIDO Y SU RELACIÓN CON SEVERIDAD DE LA PATOLOGÍA**

CG Boggio Marzet, ML Deforel, SB Dozo, HL Gomez, C Palacios Perez
 Grupo de Trabajo en Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Gral. de Agudos "Dr. I. Pirovano". Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Existen pocos estudios en población pediátrica que refieran el estado nutricional en los pacientes con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE).

Objetivo: Describir el perfil nutricional de niños con ERGE y asociarlo a la severidad de la patología.

Material y Métodos: Muestra retrospectiva de 40 niños de 1 año a 9a 11m con diagnóstico de ERGE ácido con sintomatología respiratoria refractaria por phmetría esofágica de 24 hs doble canal, estableciendo severidad leve (5-10% de índice de reflujo (IR) y < 5% con más de 30 episodios), moderada (IR 10-15%) y severo (IR >15%). Período de estudio: 01-01-10 al 31-12-10. Se estimaron scores z de peso, talla e IMC según referencias de OMS adaptadas por Ministerio de Salud de la República Argentina. El Estado nutricional (EN) se estableció en función a la percentilación del IMC en: Normal (Pc 10 a 85), Bajo Peso (< Pc 10) y Sobrepeso-obesidad (>Pc 85).

Resultados: 42.5% mujeres, 57.5% varones; Edad media 5a4m ± 2a8m. Diagnósticos: a) RGE Leve (70%), Moderado (12,5%), Severo (17,5%), con porcentajes significativamente mayores de RGE Moderado-Severo entre los niños > de 5 años (45%) respecto de los de menor edad (11,1%) Fisher p=0.03 y también entre los niños con exceso de peso (50%) respecto a normales y bajo peso (13.6%) Fisher 0.017; b) EN Normal 47.5% (IC95% 32-62), Bajo Peso 7,5% (IC95% 0-15), Sob/obesidad 45% (IC95% 29.5-60) sin diferencias por sexos; con z-score de talla medio -0.46 ± 1.1. Las medias de z-score de peso y z-score de IMC resultaron significativamente superiores en los niños con Reflujo moderado (z-score de peso 1.22, z-score de IMC 2.06) y severo (z-score de peso 1.74, z-score de IMC 1.98) respecto de aquellos con reflujo leve (z-score de peso -0.12, z-score de IMC 0.43) Anova p= 0.003 y p=0.008 respectivamente.

Conclusiones: El perfil nutricional de la población estudiada muestra alta prevalencia de exceso de peso. La severidad de la ERGE en los niños dependió del grupo etario y el estado nutricional, resultando más afectados los mayores de 5 años y aquellos con sobrepeso u obesidad. Los promedios de puntaje z de peso e IMC fueron superiores en los niños con mayor severidad de la patología.

GO-031**BIOPSIA ENDOSCÓPICA DUODENAL EN NIÑOS CON ENFERMEDAD CELIACA. LOCALIZACIÓN DEL DAÑO INTESTINAL**

G Ortiz, M Toca, G Messere, R Biigliardi, R Reynoso, J Vidal, P Caglio, A Varela
 Hospital Nacional A. Posadas, Servicio de Pediatría, Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición, Argentina.

Objetivo: Evaluar los hallazgos histológicos de biopsias endoscópicas, de mucosa de bulbo y de 2da porción de duodeno en niños con enfermedad celiaca al momento del diagnóstico.

Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo.

Se analizaron clínica, anticuerpos, imágenes endoscópicas e histología de niños con E.C al diagnóstico. Se tomaron 2 muestras de bulbo y 4 de 2da duodenal.

Resultados: Se estudiaron 101 niños, media edad 61,5 m, 59 mujeres (59%).

Veinte pacientes tuvieron biopsias no concordantes entre bulbo y 2º duodenal.

Cinco pacientes tuvieron biopsia normal en bulbo presentando en 2º porción duodenal atrofia vellositaria (Marsh III a, b, c).

En 2º duodenal un paciente presentó biopsia normal con atrofia vellositaria total en bulbo.

Los otros 14 pacientes presentaron atrofia vellositaria, en 10/14 las lesiones de bulbo fueron más severas que en 2º duodenal.

Los 81 pacientes restantes tuvieron concordancia en ambas muestras, 60 presentaron atrofia total (Marsh IIIc).

Veinte pacientes con biopsias no concordantes, no hubo diferencia en sexo, ni clínica. Los 20 tuvieron anticuerpos positivos AGA PGD IgG, tTG y EMA, y 3 con AGA PGD IgA negativo.

La imagen endoscópica en 11/101 pacientes fue distinta en ambas localizaciones.

28 de 101 pacientes fueron menores de 3 años, todas las muestras con lesiones severas.

Conclusiones: Los niños con enfermedad celiaca pueden tener lesiones en parches y la mucosa bulbar puede ser la única área involucrada. La toma de múltiples biopsias, mejora la confirmación diagnóstica en niños con lesiones en parches, especialmente en mayores de 3 años.

GO-030**CALIDAD DE VIDA: CONCORDANCIA ENTRE NIÑOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y SUS PADRES.**

J Gallo1, M Orsi1, S Gauvry2, A Otley3, B MacIntyre3, C Lifschitz1
 1 Servicio de Gastroenterología y Hepatología Pediátrica, Centro de Trasplante Hepático-Intestinal, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. 2 Servicio de Salud Mental Infantil, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. 3 Div Gastroenterología, Centro de Salud IWK , Halifax, Nueva Escocia, Canadá.

OBJETIVO: Comparar la calidad de vida, utilizando un cuestionario específico validado: IMPACT III, en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) según su perspectiva y la de uno de sus progenitores, en relación a los dominios principales: síntomas digestivos, sistémicos, funcionamiento emocional, social, imagen corporal y tratamiento / intervenciones.

MÉTODOS: El cuestionario IMPACT III que cuenta con 35 preguntas fue administrado a pacientes con EII de 9 a 17 años de edad durante la consulta ambulatoria, con un mínimo de 6 meses de evolución de su enfermedad y a uno de sus padres. En aquellos niños con enfermedad de Crohn (E.C) el grado de compromiso/actividad de la enfermedad se estableció con PCDAI y en aquellos con colitis ulcerosa (C.U) con PUCAI. Las características demográficas y las comorbilidades se obtuvieron de forma prospectiva. La concordancia de las respuestas entre el niño y su progenitor fueron evaluadas mediante pruebas de diferencia de medias de impacto total y las puntuaciones de cada dominio mediante la prueba t pareada.

RESULTADOS: Un total de 27 niños fueron evaluados (17 C.U, 9 E.C y 1 colitis indeterminada), con una mediana de edad 14.2±3 años (r 9-17 años), participaron 16 (60%) varones. Según el grado de compromiso 17 (63%) presentaron remisión clínica, 7 (26%) enfermedad leve y 3 (11%) enfermedad moderada/severa. La puntuación media total de efectos sobre los niños no fue significativamente diferente en comparación con la puntuación del adulto (136.1±22.0 vs. 128.9 ±24.4, p=0.14). A excepción de los síntomas sistémicos y el funcionamiento social, las puntuaciones medias de los niños eran mayores que las puntuaciones de sus padres y la única prueba donde los progenitores subestimaron de forma significativa fue el funcionamiento emocional de su hijo/a (-3.4±5.4, p=0.003).

CONCLUSION: Excepto el funcionamiento emocional que los padres parecen haber subestimado con respecto al resto de los aspectos, hubo concordancia. Quizás éste hallazgo pueda resultar de utilidad en el manejo global de niños y adolescentes con esta patología crónica.

GO-032**PERFIL NUTRICIONAL Y CONSUMO DE FIBRA EN NIÑOS CON TRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS VINCULABLES A CONSTIPACIÓN**

CG Boggio Marzet, ML Deforel, SB Dozo, V Schuster
 Grupo de Trabajo en Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Gral. de Agudos "Dr. I. Pirovano". Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Existen pocos estudios en población pediátrica que refieran el consumo de fibra con el estado nutricional en los pacientes con Trastornos Funcionales Digestivos vinculables a Constipación (TFDVC).

Objetivo: Describir el perfil nutricional de niños con TFDVC y asociarlo con el consumo de fibra.

Material y Métodos: Muestra retrospectiva de 49 niños de 5 a 17 años con diagnóstico de Trastornos Funcionales Digestivos vinculables a Constipación según criterios de Roma III, estableciendo subgrupos: Constipación Funcional (CF) y Síndrome de Intestino Irritable Constipante (SIIC). Período de estudio: 01-01-11 al 31-12-11. Se estimaron scores z de peso, talla e IMC según referencias de OMS adaptadas por Ministerio de Salud de la República Argentina. El Estado nutricional (EN) se estableció en función a la percentilación del Z score del IMC en: Normal (No) (Pc 10 a 85), Bajo Peso (Bp) (< Pc 10) y Sobrepeso-obesidad (So/Ob) (> Pc 85). El consumo de fibra se estimó a través de fórmula: edad + 5 y la adecuación se estableció de acuerdo al consumo inicial acorde a recordatorio alimentario de 24 horas.

Resultados: 44,9% mujeres, 55,1% varones; Edad media 9a 5m ± 3a 1 m. Diagnósticos: a) CF 75,5%, SIIC 24,4%, sin diferencias significativas por sexo (Fisher p=0.507) ni entre los niños mayores de 10 años o menores a esa edad. (Fisher p=1.00), b) EN: Normal 73.4% (IC95% 61-85), Sobrepeso/obesidad (So/Ob) 21,6% entre los niños con SIIC y 41,6% entre aquellos con CF sin evidencia suficiente para diferenciarse significativamente (Test de prop p=0,17); con z-score de talla medio -0.37 ± 1.1; y media z-score de IMC 0.66 ± 1.58. El consumo de fibra total fue inadecuado para el 98% de la muestra con una media de 6,7g ± 2.07 (IC95% 6.1-7.3) sin diferenciarse entre ambos grupos de diagnóstico (Test Welch p=0.60)

Conclusiones: La muestra de niños con TFDVC mostró un 26,5% global de So/Ob (IC95% 14-39) con una inadecuación en el consumo de fibra para la casi totalidad de los niños bajo estudio (98%) independiente del diagnóstico de TFD.

GO-033

ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON MALFORMACIONES ANO RECTALES REPARADAS QUIRURGICAMENTE

R Bigliardi, A Ditaranto, R Reynoso, J Vidal, G Messere, G Ortiz, M Toca, A Rizk, A Varela

Hospital Nac. A. Posadas. Serv. Pediatría. Sección Gastroenterología Pediátrica y Nutrición, Argentina.

Objetivo:

- 1) Evaluación de la funcionalidad ano-rectal de nuestra población en una etapa alejada de su cirugía.
- 2) Valorar la respuesta a la dieta, entrenamiento de hábitos evacuatorios y/o biofeedback.

Material y Métodos:

N=28. Mujeres 14. Edad: 6 a 17 años. Media: 8,14 años

Se incluyeron niños mayores de 6 años con malformación anorectal operada con anorectoplastia sagital posterior. Se excluyeron pacientes con trastornos neurológicos.

Se realizó: historia clínica; planillas de seguimiento (score de Templeton para continencia pre y post tratamiento); Rx colon por enema; manometría anorectal.

Tratamiento: dietético; entrenamiento de hábitos defecatorios; biofeedback. Fueron evaluados a los 3, 6 y 12 meses.

Resultados:

Diagnóstico: fistula recto-uretral:6; recto-vestibular:3; recto-perineal:7; recto-prostática:1; recto vesical:3; escrotal:1; ano imperforado sin fistula:3; cloaca:4.

Los 28 pacientes incontinentes no constipados al ingreso al protocolo.

Las manometrías demostraron: bajas presiones de reposo del canal anal (12 pac.), sensación alterada (9), reflejo rectoanal inhibitorio negativo (12) y 23 tuvieron contracción positiva del EAE.

Al inicio del entrenamiento con biofeedback presentaron score de Templeton promedio de 17,3 (pobre).

Con biofeedback, se evidenció mejoría cuantificada por el mismo score, con valores promedio de 11 y delta score promedio de 5,60 (satisfactorio). 3 pac. Mejoraron con dieta y hábitos solamente. Lograron continencia total 17/28; continencia parcial 4; sin mejoría 4.

Conclusiones:

- 1- En una etapa alejada todos nuestros pacientes con malformación anorectal presentaban incontinencia fecal.
- 2- El tratamiento combinado de dieta, hábitos defecatorios y biofeedback fue efectivo para el control de la continencia fecal en nuestra población.

GO-035

ANTICUERPOS CONTRA PÉPTIDOS DE GLIADINA DEAMIDADOS EN ENFERMEDAD CELÍACA AL DIAGNÓSTICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

G Ortiz, M Toca, G Messere, P Sosa, J Vidal, R Bigliardi, M Fiorucci

Hospital Nacional A. Posadas, Servicio de Pediatría, Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición, Argentina.

Objetivo Correlacionar el valor de anticuerpos anti-endomisio (EMA) IgA, anti-transglutaminasa tisular (anti-tTG) IgA, y antigliadina dirigidos contra péptidos de gliadina deamidados (AGA PGD) IgA e IgG, con el resultado de biopsia duodenal, con la edad y cuadro clínico de presentación al momento del diagnóstico.

Material y método: Estudio prospectivo, descriptivo.

Los anticuerpos, historia clínica y biopsia duodenal, fueron analizados en 99 niños al momento del diagnóstico de EC, 57 mujeres (57%), edad media 71,8 m.

Resultados: AGA PGD IgA: positivos 78/99. AGA PGD IgG positivos: 89/99. EMA IgA: positivos: 91/99 y anti-tTG IgA: positivo 95/99. Los 4 niños con anti-tTG y EMA negativos fueron menores de 3 años, dos de los cuales fueron AGA PGD IgG positivo.

Dos de 99 tuvieron todos los anticuerpos negativos, con clínica típica, HLA DQ2 positivo y atrofia vellositaria.

La suma de anticuerpos AGA PGD IgG + anti-tTG positivos 97/99 pacientes.

Ninguno de los pacientes con anticuerpos negativos o con valores bajos (< 30 U de AGA y tTG), presentaron cuadro clínico silente ni oligosintomático, ni tuvieron hallazgos histológicos leves (Marsh I y II).

Conclusiones: En este estudio la mejor combinación de anticuerpos fue AGA PGD IgG + anti-tTG IgA. El anticuerpo AGA PGD IgG fue más sensible que AGA PGD IgA. En niños menores de 3 años los anticuerpos AGA PGD IgG presentaron mejor sensibilidad que anticuerpos EMA y tTG IgA.

GO-034

SI SE APLICAN LAS NUEVAS NORMAS ESPGHAN PARA ENFERMEDAD CELÍACA: ¿HABRÁ SOBREDIAGNÓSTICO?

L Olleta1 3, M Orsi1 3, F Ussher1 3, S Christiansen1 4, MT G Davila2, C Lifschitz1 3
1 Hospital Italiano Buenos Aires, Argentina. 2 Hospital de Niños "JP. Garrahan", Buenos Aires, Argentina., Argentina. 3 Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Argentina. 4 Departamento de Patología, Hospital Italiano, Argentina.

Introducción: Las nuevas recomendaciones para el diagnóstico de enfermedad celiaca (EC) por la ESPGHAN sugieren evitar la biopsia inicial en pacientes sintomáticos cuyos valores de transglutaminasa tisular IgA (TGTA) sea igual o mayor a 10 veces el límite superior de normalidad (LSN).

Objetivo: Determinar el valor predictivo positivo (VPP) del TGTA en el grupo de pacientes con valores al menos 10 veces el del LSN y compararlo con el del grupo con menor TGTA.

Material y métodos: Se revisaron las historias clínicas de una cohorte de niños que se sometieron a una biopsia de intestino delgado para el diagnóstico de EC entre julio de 2001 y mayo de 2012. Se registraron los valores de TGTA y los informes de las biopsias y se calculó el VPP de TGTA. La clasificación de Marsh en la biopsia se utilizó como patrón.

Resultados: Se analizaron 211 pacientes con biopsias intestinales (rango de edad 1 a 18 años). VPP de TGTA entre los pacientes cuyos TGTA eran menores de 10 veces el LSN (n = 87) fue 64,28%, si eran sintomáticos y de 67,7% si eran asintomáticos. Entre los 124 que tenían valores de TGTA 10 veces o más al LSN, 4 tenían una biopsia de intestino delgado normal, el VPP fue 96,77%.

Conclusión: El punto de corte sugerido para TGTA (10 veces el normal) mejora sustancialmente el valor predictivo positivo de la prueba para el diagnóstico de EC. Sin embargo, sugerimos precaución con esta nueva normativa de ESPGHAN, ya que si se hubiera aplicado, un 3,2% de nuestros niños, estaría recibiendo una dieta libre de gluten innecesaria.

GO-036

INFECCIONES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

MP Giménez Villamil, MJ Etchevers, A Valledor, MJ Sobrero, D Giunta, JE Pizzala, MJ Arguero, G Bohbouth, JA De Paula

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN:

Los agentes biológicos, en particular los anticuerpos monoclonales anti-TNF, han expandido el armamento de tratamiento para la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Sin embargo la posibilidad de que su uso favorezca la aparición de complicaciones infecciosas es motivo de preocupación y controversia.

OBJETIVO:

Evaluar la frecuencia de infecciones asociadas al uso de anti-TNFs (infliximab y adalimumab) en pacientes con EII y, secundariamente, determinar la asociación de infección con el uso y el número de otras drogas con efecto inmunomodulador en forma concomitante.

MÉTODOS:

Se incluyeron pacientes adultos (>16 años) atendidos en un hospital universitario, que recibieron tratamiento con biológicos por enfermedad de Crohn (EC), colitis ulcerosa (CU) colitis indeterminada (CI) o pouchitis desde Junio del 2003 hasta Enero del 2012. Se revisaron de forma retrospectiva las historias clínicas electrónicas. Se evaluó la frecuencia de complicaciones infecciosas y factores asociados a las mismas. Se utilizó la curva de Kaplan Meier para estimar tiempo al primer episodio de infección desde el inicio del tratamiento biológico.

RESULTADOS:

Se incluyeron 40 pacientes, el 52,5% (n=21) fueron hombres y el 47,5% (n=19) mujeres, la mediana de edad fue de 31 años (16-69). El subtipo de EII fue: 50% EC (n=20), 40% CU (n=16), 5% CI (n=2) y 5% pouchitis (n=2). El tiempo promedio de evolución de la EII previo a la exposición al biológico fue de 6,3 años (0-21). La media de seguimiento fue de 22,5 meses (1,1 a 102,8). El 27,5% (11/40) de los pacientes presentó complicaciones infecciosas. Del total de infecciones, 7 fueron leves a moderadas y 4 fueron severas. Se observó una mayor proporción de infecciones en aquellos pacientes que recibieron tratamiento concomitante con anti-TNF + corticoides + AZA/6MP/MTX 38% (5/13) vs 27% (3/11) con anti-TNF + corticoides vs 23% (3/13) con anti-TNF + AZA/6MP vs 0% (0/3) con anti-TNF sin IS concomitante. La proporción acumulada de infección a los 12 meses fue de 35% (DS 0,099) y esta frecuencia tendió a disminuir con el tiempo. La media de tiempo de sobrevida libre de infección fue de 46 meses (IC95%: 30-62). Sólo en 1 caso la complicación infecciosa obligó a la suspensión del tratamiento biológico. No observamos asociación entre la frecuencia de infecciones y parámetros bioquímicos de severidad de la EII.

CONCLUSIÓN:

El uso de anti-TNF en este grupo de pacientes con EII se asoció a una elevada frecuencia de infecciones. El riesgo parece ser particularmente elevado en aquellos pacientes con tratamiento IS combinado y durante el primer año de tratamiento, por lo que este subgrupo de pacientes debería ser especialmente vigilado. Cabe destacar que ninguno de los 3 pacientes que recibió anti-TNF sin IS o corticoides en forma concomitante presentó infección. Se requiere mayor número de pacientes para determinar el riesgo absoluto de infección asociada al tratamiento biológico.

RIESGO DE ALEXITIMIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES EN ARGENTINA

JM Mella, S Diaz Saubidet, R Gonzalez, P Luna, B Vizcaino, A Hadad, L Pereyra, C Fischer, N Panigadi, D Cimmino, S Pedreira, L Boerr
Hospital Aleman, Argentina.

Introducción. Las enfermedades pueden ser determinadas por factores psicológicos, sociales y culturales. La etiología de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) no ha sido bien establecida. La alexitimia es un rasgo cognitivo y un estilo afectivo particular, que se caracteriza por la dificultad en identificar y expresar verbalmente las emociones.

Objetivos. Evaluar la presencia de alexitimia en pacientes con EII que asistieron a la Unidad de Gastroenterología en un hospital de la comunidad, y comparar la presencia de alexitimia con controles sanos.

Material y Métodos. Los pacientes con EII (colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC)) que acudieron a la Unidad de Gastroenterología de mayo a septiembre de 2011, fueron incluidos prospectivamente en un estudio de caso-control. Los pacientes con EII fueron considerados como "casos", mientras que los sujetos sanos, seleccionados desde fuera del hospital y sin enfermedades crónicas se incluyeron como "controles". La mayoría de los trastornos gastrointestinales funcionales se descartaron entre los controles utilizando un cuestionario basado en los criterios de Roma III. El nivel de alexitimia se determinó utilizando la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), adaptada y validado en español para nuestra cultura, a través de un cuestionario auto-administrado que evalúa 3 conceptos: 1) dificultad para identificar sentimientos y distinguir los sentimientos y de las sensaciones corporales originadas por la excitación emocional, 2) dificultad para describir los sentimientos de uno mismo a otras personas, y 3) el pensamiento orientado hacia el exterior. El diagnóstico de la alexitimia se definió por una puntuación ≥ 61 en el TAS-20. El riesgo (odds ratio (OR) y sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC)) de presentar alexitimia en pacientes con EII fue calculado.

Resultados. Se analizaron 121 sujetos: 60 casos y 61 controles. Entre los casos, el 62% tenían CU y el 38% EC, con una edad media de 41 años (DE ± 13 , rango 17-85), el 52% eran varones, 35% eran solteros y 62% casados; el 60% había completado un nivel de educación terciario o universitario. Entre los controles, la edad promedio fue 35 años (DE ± 13 , rango 19-81), el 25% eran varones, 61% eran solteros y 34% casados; y el 66% había completado un nivel terciario o universitario. La puntuación promedio de alexitimia fue de 46 ± 14 en los casos y 39 ± 11 en los controles ($p < 0,01$). Veintitrés por ciento (IC 13-36) de los casos y el 5% (IC 1-13) de los controles tuvo alexitimia ($p < 0,01$). Los pacientes con EII tuvieron un riesgo más alto de presentar alexitimia en comparación con controles sanos: OR 5,88 (IC 1,45 a 27). En el TAS-20, las principales diferencias entre los casos y controles se encontraron en los conceptos que evalúan "dificultad para identificar sentimientos" ($p < 0,01$) y "dificultad para describir sentimientos a los demás" ($p = 0,04$).

Conclusión. Los pacientes adultos con EII tuvieron casi 6 veces más chances de tener alexitimia en comparación con los adultos sanos.

DIVERTICULITIS AGUDA GRAVE: ¿EL DIAGNOSTICO INICIAL SIEMPRE ES CERTERO?

D Pratto, GE D'Ottavio, A Wulfson
Hospital de Emergencias Clemente Alvarez, Rosario, Argentina.

Introducción: En la diverticulitis aguda grave o severa el diagnóstico inicial se realiza por el cuadro clínico, analítico e imagenológico. Puede tener una mortalidad del 8%. **Objetivo:** Evaluar si con el diagnóstico inicial de diverticulitis aguda grave se confirma a la diverticulosis como causa de la misma.

Material y métodos: Se incluyeron prospectivamente durante un período de 6 meses (junio-noviembre de 2011) a los pacientes que ingresaron al área de emergencias por el Servicio de Cirugía que cumplían los siguientes criterios:

*Clínicos: dolor en fosa ilíaca izquierda con signos peritoneales, fiebre e íleo que empeora dentro de las 72 hs.

*Analíticos: leucocitosis con neutrofilia, aumento de la VES-PCR.

*Imagenológicos (TAC): presencia de 1 o más divertículos, inflamación grasa pericólica, engrosamiento pared colónica >4 mm, colección líquida parietal, abscesos pélvicos y/o fistulas.

A todos los incluidos se le realizó una videocolonoscopia con anestesia a las 6 semanas de la externación.

Resultados: Se incluyeron a 20 pacientes. La relación mujer/hombre fue de 3:1; edad promedio: 48,5 años (31-68). Sólo en 16 se confirmó el diagnóstico de diverticulosis colónica (20/16=80%; razón de prevalencia: 4); la localización más frecuente fue colon izquierdo (sigmoideo-descendente: 68.7%); el 50% presentó complicaciones severas como abscesos, fistulas y peritonitis; el 31.1% requirió cirugía de urgencia (Hartmann). En los 4 casos que no se evidenciaron divertículos, la TAC de ingreso mostró engrosamiento de pared colónica e inflamación grasa pericólica.

Conclusión: El diagnóstico inicial de diverticulitis aguda grave por la tríada diagnóstica clínica, analítica e imagenológica sólo se confirma en el 80% de los casos.

LA INCONTINENCIA FECAL ES UN SINDROME FRECUENTEMENTE SUBDIAGNOSTICADO: EVALUACIÓN RETROSPECTIVA DE 700 PACIENTES EN UN ÚNICO CENTRO.

F Vera, MC Bolino, A Gutierrez, M Furia, L Facio, I Delli Quadri, F Espinosa, Y Lien, H Vázquez, G Iantorno
Hospital de Gastroenterología Dr Carlos Bonorino Udaondo, Argentina.

Introducción: La incontinencia fecal, condición que afecta severamente la calidad de vida de los pacientes, tiene una prevalencia variable según la población estudiada; oscila entre 0.8% en hombres y 1.6% en mujeres. Alteraciones esfinterianas, colorrectales e incontinencia idiopática son sus causas más frecuentes. El impacto que produce en la vida diaria permite categorizar su severidad, asimismo, su etiología y severidad son los parámetros que permiten realizar su abordaje terapéutico. **Objetivos:** Evaluar la etiología y severidad de la incontinencia fecal en pacientes derivados a un laboratorio de motilidad. **Materiales y métodos:** Se revisaron las historias clínicas (HC) de adultos mayores de 18 años, de ambos sexos para la realización de manometría anorrectal (MAR) entre abril de 1996 y diciembre 2011. **Diseño:** retrospectivo, descriptivo y transversal. Se revisaron datos demográficos, antecedentes patológicos, tipo y severidad de la incontinencia y exámenes complementarios. Las causas fueron clasificadas como: alteraciones esfinterianas, colorrectales e idiopática. La severidad fue categorizada con el score de Wexner. Las MAR se realizaron con el método de perfusión. **Análisis estadísticos:** paquete VCCSTAT; IC 95%. **Resultados:** Se revisaron las HC de 786 pacientes. Se incluyeron 706: 79% (556/706) eran mujeres, relación M/H: 4/1; la edad promedio: 58 años (rango: 19-89). 1. Las etiologías registradas en orden de prevalencia fueron: alteraciones esfinterianas (84%; IC 95 81-86), idiopática (9%; IC 95 7-11) y colorrectal (7%; IC 95 5-9). El trauma asociado a parto, las alteraciones post quirúrgicas del piso pelviano y el prolapso del piso pelviano fueron las causas esfinterianas más frecuentemente identificadas. La radioterapia y la enfermedad inflamatoria intestinal fueron las causas colorrectales más prevalentes. 2. De acuerdo a la categorización de la severidad, la más prevalente fue la moderada (42% IC 95 39-46), seguido de la grave (34%; IC 95 31-38), severa (14%; IC 95 11-17) y leve (8%; IC 95 6-10). No hubo diferencias significativas de edad entre los distintos grados de severidad de incontinencia ($p=NS$). Se registraron los diagnósticos manométricos: el más prevalente fue la hipotonía de ambos esfínteres (68%), hipotonía del EAI (18%), discinergia del piso pelviano (6%) e hipotonía del EAE (3,5%). El 4% de los pacientes presentaron MAR normal. **Conclusiones:** Nuestros resultados concuerdan con lo reportado en la literatura: los dos factores de riesgo más frecuentes son los procedimientos gineco-obstétricos, incluyendo los partos vaginales no instrumentales y los procedimientos quirúrgicos. Esta información enfatiza la importancia de optimizar la educación y entrenamiento de los profesionales para prevenir esta complicación que afecta severamente la calidad de vida de los pacientes.

PREVALENCIA DE LESIONES DE COLON CON ADENOMA AVANZADO Y ADENOCARCINOMA EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS QUE CONSULTAN POR SANGRADO RECTAL

M Braner, S Canseco, M Pilotto, L Manzotti, MC Bolino, M D'Alessandro, C Ceriali, L Caro
Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica, Argentina.

Introducción: El Cáncer Colorectal (CCR) es una de las principales causas de muerte por cáncer y el sangrado rectal es un signo precoz. El diagnóstico temprano de sus precursores disminuye su morbi-mortalidad. La prevalencia es menor en jóvenes sin factores de riesgo, y en la mayoría de ellos el sangrado rectal es de causa benigna; por estas razones, el estudio de esta manifestación clínica con exámenes complementarios es frecuentemente subestimada. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de adenomas avanzados y adenocarcinoma en pacientes <50 años que realizan VCC por sangrado rectal. **Materiales y método:** Se incluyeron en forma consecutiva adultos entre 18 y 49 años de ambos sexos que consultaron a un centro de gastroenterología entre octubre de 2011 y abril de 2012. Se excluyeron pacientes con alto riesgo para CCR, estudios incompletos a excepción de aquellos con carcinoma estenosante y con coagulación alterada. **Diseño:** prospectivo, descriptivo, transversal y observacional. Las VCC se realizaron bajo sedación con equipos Olympus. La limpieza colónica se realizó con Polietilenglicol (PEG) o fosfatos, con o sin bisacodilo. La resección/biopsia de lesiones se realizó según práctica habitual del operador. Las biopsias fueron evaluadas por patólogos experimentados y la histología fue valorada como gold standard. Se consideró positivo al diagnóstico de adenomas avanzados (>1 cm, componente vellosos y Displasia de Alto Grado (DAG)) y/o adenocarcinoma; asimismo se evaluó si existía relación entre edad, género o sitio de las lesiones y los hallazgos positivos. Se registraron las características endoscópicas e histológicas de los mismos. El protocolo fue aprobado el Comité de Bioética Institucional. **Análisis estadístico:** Medcalc. 11.5 y VCCstat 2.0. IC 95%; Student; Chi cuadrado. **Resultados:** Se analizaron 423 pacientes; 47% (198/423) eran mujeres; la edad promedio fue 37+8 años (rango 19-49). 336/423 (79.4% IC 95 74-82) presentaban hemorroides. 1. La prevalencia de adenomas avanzados fue de 28/423 (7% IC 95 4-9%) (tabla 1) y de adenocarcinoma fue 10/423 (2,4% IC 1,2- 4,4). Morfológicamente 2 de ellos fueron pólipos, 2 lesiones elevadas y 6 estenosantes. 2. Los hallazgos positivos fueron significativamente superiores en pacientes ≥ 40 años (OR=3,29 IC95 1,4 - 7,7) pero iguales en ambos géneros ($p=ns$). **Conclusiones:** En nuestra muestra 10 de cada 100 pacientes con proctorragia puede presentar adenomas avanzados y/o adenocarcinoma. Si bien este valor es inferior a la población de riesgo promedio > 50 años, rangos etarios entre 40 y 50 años impresionan ser es un factor de riesgo adicional a considerar al momento de evaluar estos pacientes.

Tabla 1. Adenomas avanzados.

Criterio para adenoma avanzado	n	%
Componente vellosos	10	35
≥ 1 cm	16	57
DAG	2	7

EFFECTO DEL BIFIDOBACTERIUM INFANTIS ADMINISTRADO POR VÍA ORAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELÍACA NO TRATADA: RESULTADOS DE UN ESTUDIO EXPLORATORIO, RANDOMIZADO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO.

E Smecuol1, HJ Hwang1, A Cheriánvsky2, H Vázquez1, L Corzo1, E Sugai1, FP Bellavite1, ML Moreno1, RM Mazure1, F Vodánovich1, S Niveloni1, G Lozano1, J Meddings3, A González1, E Mauriño1, JC Bai1
1 Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo, Argentina. 2 Hospital de Clínicas, Argentina. 3 Universidad de Calgary, Canadá.

Introducción: Estudios previos demostraron una disminución o ausencia de Bifidobacterias en el microbioma de pacientes con enfermedad celíaca (EC). Estudios pre-clínicos han demostrado que el probiótico *Bifidobacterium infantis* (B. *infantis*) tiene propiedades anti-inflamatorias e inmunomoduladoras en modelos animales de EC.

Objetivos: Explorar el efecto de la administración oral por 3 semanas de B. *infantis* sobre aspectos clínicos, permeabilidad intestinal (PI), parámetros serológicos e inmunológicos de pacientes no tratados con serología positiva para EC.

Pacientes: cincuenta y cuatro pacientes adultos con sospecha de EC fueron pesados utilizando serología. Se consideró como "alta probabilidad" de EC la concomitancia de dos pruebas positivas. Veintidós pacientes (18 mujeres, edad promedio: 43 años, rango: 18-75 años) cumplieron todos los criterios de inclusión y fueron finalmente enrolados. La biopsia de duodeno al final del estudio confirmó EC en todos los casos.

Métodos: Estudio randomizado, doble ciego, controlado con placebo administrando 2 cápsulas de B. *infantis* NLS superstrain (NarenLifestart 2[®]) (2 x 10⁹ UFC/cápsula) o placebo 3 veces por día, 15 minutos antes de las comidas. El estudio se realizó en el período de tres semanas entre el diagnóstico serológico y la biopsia duodenal y mientras consumieron dieta conteniendo gluten (≥ 12 gr. de gluten/día) controlada por nutricionistas expertas. Los síntomas clínicos (cuestionario GRSR), la percepción subjetiva de los principales síntomas intestinales, la PI (lactulosa/manitol), las concentraciones séricas de anticuerpos (IgA tTG e IgA DGP) y citoquinas y la secreción de citoquinas al medio de cultivo no estimulado por células mononucleares de sangre periférica (PBMC) fueron evaluadas al inicio y al terminar el estudio.

Resultados: doce y 10 pacientes fueron randomizados a recibir B. *infantis* o placebo, respectivamente. A diferencia de los pacientes de la rama placebo, los que recibieron el probiótico experimentaron una mejoría significativa de los puntajes del GRSR ($p=0.0035$ para indigestión, $p=0.0483$ para constipación y $p=0.0586$ para síndrome de reflujo). Comparado con placebo, la relación de la concentración entre los valores finales y basales de IgA tTG e IgA DGP demostraron una disminución no significativa en la rama probiótico ($p=0.055$ para IgA tTG y $p=0.181$ para IgA DGP). No hubo diferencias significativas en la PI entre ambos grupos. La concentración sérica final del MIP-1 se incrementó significativamente ($p<0.04$) en los pacientes con probióticos pero no en quienes recibieron placebo. B. *infantis* no causó reacciones adversas en ningún paciente.

Conclusión: Este es el primer estudio clínico que explora el efecto de probióticos en pacientes con EC no tratada. Nuestros resultados sugieren un efecto del B. *infantis* en la mejoría sintomática. Sin embargo, no se detectaron cambios significativos en el perfil inmunológico y la PI. La administración del B. *infantis* fue segura. Futuros estudios deberán ser realizados para complementar estas observaciones.

GPD-002

LA PRESENCIA DE TRASTORNOS MOTORES ESOFÁGICOS EN LA ESCLERODERMIA, ES UNA CUESTIÓN DE TIEMPO?

F Espinoza, L Facio, I Delli Quadri, MC Bolino, H Vazquez, G Iantorno
Hospital de Gastroenterología Dr Carlos Bonorino Udaondo, Argentina.

Introducción: La esclerodermia (ED), colagenopatía de evolución crónica, presenta frecuentemente compromiso esofágico (75-80%). Los hallazgos manométricos característicos de esta patología, (presente en el 40% de los casos) son: ondas de baja amplitud con o sin aperistalsis en el músculo liso del cuerpo esofágico más esfínter esofágico inferior hipotensivo (EEI). Si bien los síntomas esofágicos pueden expresarse varios años después del diagnóstico de la ES, existe evidencia que el riesgo de desarrollar severo compromiso de cualquier órgano blanco puede desarrollarse en los primeros cinco años de la enfermedad. **Objetivos:** a) estimar la prevalencia de los trastornos motores esofágicos específicos de la ED y b) estimar si existe relación entre el diagnóstico manométrico específico y el tiempo de evolución de la enfermedad. **Materiales y métodos:** se incluyeron pacientes adultos, de ambos sexos, derivados al Grupo de Motilidad con diagnóstico de ED, para realizar manometría esofágica (ME) por síntomas esofágicos que fueron atendidos entre 1996 y 2010 en nuestro hospital. **Diseño:** estudio retrospectivo y observacional, transversal y descriptivo para el primer objetivo y de comparación para el segundo. Todos los pacientes realizaron ME técnica de perfusión. **Diagnóstico manométrico de ES:** ondas de baja amplitud o aperistalsis del músculo liso del cuerpo del esófago asociado a EEI hipotensivo. Asimismo se comparó la prevalencia de diagnóstico específico entre pacientes con tiempo de evolución ≤ 5 años (G1) y > 5 años (G2). **Análisis estadístico:** VCC star 2.0, IC 95%; Fischer. **Resultados:** Se evaluaron 58 pacientes derivados para estudio de disfagia, regurgitación y pirosis. Se excluyeron 4 por enfermedades neurológicas. Finalmente ingresaron al estudio: 54 pacientes. 44/54 mujeres; la edad promedio fue 53 años (rango 18-78). La prevalencia de diagnóstico manométrico compatible con ES fue del 46% (IC 95% 32-60). Según el tiempo de evolución de la enfermedad se establecieron dos grupos: G1: 32 pacientes y G2: 17 pacientes. Los hallazgos manométricos específicos de esclerodermia fueron estadísticamente más prevalentes en G2, p (Fisher) $< 0,02$. **Conclusiones:** La mitad de los pacientes que presenta síntomas esofágicos tiene diagnóstico manométrico específico de la enfermedad y este se presenta más frecuentemente en pacientes que tienen más de 5 años de evolución. De acuerdo a la alta prevalencia de los trastornos motores esofágicos y a la evolución progresiva que tiene la enfermedad sería conveniente el estudio temprano de la motilidad esofágica para prevenir complicaciones vinculadas al reflujo gastroesofágico y a la dismotilidad de esta patología.

GPD-001

FRECUENCIA DE ENFERMEDAD CELÍACA EN PACIENTES CON CIRROSIS BILIAR PRIMARIA. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE VARIABLES DE COLESTASIS.

C Moliner, P Galletto, S Borzi, JO Curciarelo
HIGA Prof Dr Rodolfo Rossi, Argentina.

INTRODUCCIÓN Se ha descripto la asociación entre Enfermedad Celíaca (EC) y diversas hepatopatías autoinmunes, siendo la Cirrosis Biliar Primaria (CBP)-EC la más frecuente. Los pacientes con CBP tienen 3 veces más riesgo de padecer EC que la población general; por esto, es que resulta importante realizar la búsqueda intencional de EC en pacientes con CBP.

OBJETIVO Conocer la frecuencia de EC en pacientes con CBP en nuestro medio y analizar variables de colestasis

MATERIAL Y METODOS Estudio descriptivo trasversal para evaluar la frecuencia de EC en pacientes con CBP. Teniendo en cuenta la prevalencia de celiaquía en la población general, se calculó estudiar una población de 46 pacientes con CBP. Se incluyeron todos los pacientes con CBP que concurren en forma consecutiva ya sea para control o de primera vez, desde el 11 de abril de 2008 hasta el 11 de abril de 2012, que cumplieran al menos dos de los siguientes criterios: AMA+, FAL x 2, inmunoglobulina M (IgM) > 230 e histología compatible, independientemente del grado de fibrosis y estadio clínico. En todos se realizaron exámenes serológicos para el diagnóstico de EC: anti gliadina (AAG) IgA e IgG II, antitransglutaminasa IgA (AATG), ambos por ELISA (VC: 25 U), antiendomisio IgA (AAE) por Inmuno Fluorescencia Indirecta (positivo o negativo) y dosaje de IgA. En los casos con algún marcador serológico de EC positivo se practicó videoescopia digestiva alta y toma de seis biopsias de mucosa de segunda porción duodenal. Para la estadiación de los cambios histológicos de la mucosa duodenal se utilizó la Clasificación de Marsh. Se aceptó como diagnóstico de EC positividad para AAE y biopsia duodenal Marsh II/III. Los datos fueron asentados en una planilla Excel confeccionada especialmente para tal fin y para su posterior procesamiento con EPI 6. Se utilizaron como parámetros de posición media ± 1 DS y/o mediana ± 1 ES.

RESULTADOS Se enrolaron 46 pacientes con diagnóstico de CBP: 44 (95,6%) mujeres y 2 (4,3%) varones con una media de edad $57,8 \pm 11,1$ r = 38 a 90 años, a todos se les realizaron marcadores serológicos de EC. Seis de ellos (13,0%) presentaron AAE positivo; las biopsias duodenales informaron en 1 caso (16%) Marsh II, en 4 (66,7%) Marsh III, en el restante (16%) Marsh IIIc. En el total de la población estudiada se halló una mediana de FAL de $519,5 \pm 80,0$, en el grupo con EC $896,0 \pm 155,8$ y en el grupo no EC $501,0 \pm 89,4$. La mediana de GGT del total de la población estudiada fue $159,5 \pm 24,4$, en el grupo con EC $203,0 \pm 27,8$ y en el grupo no EC $152,5 \pm 27,8$. No se halló diferencia al comparar las medias de FAL y de GGT en los pacientes con EC vs los no EC ($P=0,7$).

CONCLUSIONES En nuestro medio los pacientes con CBP presentan una frecuencia elevada de EC, en relación con la población general. Cabe destacar que dicha frecuencia es mayor que la reportada en otras zonas geográficas. Es por esto que creemos imprescindible realizar tamizaje de EC en pacientes con diagnóstico de CBP. Es nuestro próximo objetivo evaluar la evolución de la hepatopatía una vez instaurada la dieta libre de gluten.

GPD-003

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN PACIENTES AMBULATORIOS E INTERNADOS.

JE Pizzala, VH Abecía Soria, D Jiménez Larriva, D Manazzoni, IC Oria, A De los Rios, CA Macías Gomez, JA De Paula
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La epidemiología de la infección por *Clostridium difficile* (CD) se ha modificado en la última década, describiéndose inicialmente en países del hemisferio norte un incremento en su incidencia, resistencia al tratamiento y número de recaídas.

Objetivo: Comparar las características clínicas, epidemiológicas y recurrencias de infección CD adquiridas en el ámbito ambulatorio (PA) en relación a las de adquisición intrahospitalaria (PI) en un hospital de Sudamérica.

Métodos: Realizamos un estudio de cohorte retrospectiva mediante la revisión de las historias clínicas electrónicas de los pacientes con diagnóstico de infección CD confirmados por presencia de toxina en heces, mediante ensayo inmunoenzimático o ensayo de citotoxicidad, entre marzo 2003 y diciembre 2010, en un hospital universitario. Se definió como PI a las infecciones en pacientes internados o con internación en los 60 días previos, el resto fueron catalogados como PA. Se evaluó la ocurrencia anual de casos, número de recurrencias, factores de riesgo asociados y hallazgos en la videocolonoscopia.

Resultados: Se incluyeron 136 casos con diagnóstico de infección por CD, 51 PA y 85 PI. La media de edad fue de 61,8 (IR 28) en PA y de 62,6 (IR24) en PI. La relación hombre / mujer fue 0,9. El seguimiento promedio fue de 66 meses (1-96). La presencia de uno o más factores de riesgo (enfermedad oncológica, enfermedad severa, cirugía gastrointestinal, quimioterapia, alimentación enteral, utilización de inmunosupresores) fue de 49% (25/51) en PA y de 86% (73/85) en PI ($p<0.0001$). El antecedente de uso de antibióticos en los últimos 6 meses fue de 80% (41/51) en PA y de 93% (79/85) en PI, $p<0.028$. La videocolonoscopia mostró alteraciones macroscópicas en el 50% (6/12) PA vs el 91% (10/11) PI (presencia de pseudomembranas o colitis inespecífica) $p<0.033$. El número de recurrencias en el grupo de PA fue de 19% (10/51) vs 21% (18/85) en el grupo de PI. Se observó un incremento del número de casos en ambos grupos y del número de recaídas en el grupo de PI en los últimos 4 años, (PA: 2003-2006, 5 casos, 1 recurrencia; PA 2007-2010: 46 casos y 9 recurrencias / PI: 2003/2006, 19 casos y 0 recurrencias; PI 2007-2010, 66 casos, 18 recurrencias).

Conclusiones: En nuestro estudio observamos una diferencia significativa en relación a la presencia de factores de riesgo entre ambos grupos. Consistentemente con la literatura, en nuestro centro observamos un llamativo incremento del número de casos y del número de recurrencias en los últimos años. Posiblemente la videocolonoscopia tenga un bajo rédito diagnóstico en los PA.

GPD-004

PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO II DE RECIENTE COMIENZO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PÁNCREAS.

M Zuccarella, S Basso, R Corti, M Carballido, E Carnicero
Hospital Dr. B. Udaondo, Argentina.

INTRODUCCIÓN: Las muertes por cáncer de páncreas (CP) ocupan el cuarto lugar entre las muertes por cáncer en los EEUU y la quinta causa en Europa. En Argentina hay una incidencia de 7.6 casos por cada 100.000 habitantes. El CP se presenta al momento del diagnóstico como irreseccable, con compromiso a distancia en un 50% de los casos, localmente avanzados en 29% y sólo el 3% presentan tumores confinados al páncreas y un 19% mueren sin estadificación.

La relación entre Diabetes Mellitus (DM) y CP ha sido motivo de múltiples estudios durante muchos años. En el 50% de los pacientes con CP esporádico se ha demostrado la concomitancia con DM, de ellos, el 50% se diagnostica conjuntamente o al poco tiempo del diagnóstico de cáncer. Se ha encontrado que pacientes con DM, tienen 2 veces más riesgo de cáncer pancreático comparada con la población no diabética.

OBJETIVOS: Describir la prevalencia de DM de reciente comienzo en pacientes mayores de 50 años con diagnóstico CP. Evaluar si existe asociación entre DM de reciente comienzo con la topografía tumoral y el estadio oncológico del CP.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo; se analizaron las historias clínicas de pacientes ambulatorios e internados mayores a 50 años con diagnóstico de CP con patrón histológico epitelial, diagnosticado por biopsia y TAC de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso, del 2005 al 2011.

Se evaluaron edad, sexo, tipo y localización del tumor, estadio, el tratamiento oncológico realizado, diagnóstico de DM utilizando los criterios diagnósticos de la American Diabetes Association tratamiento y tiempo de evolución de la diabetes al momento del diagnóstico de CP. Se consideró DM de reciente comienzo cuando el diagnóstico fue realizado en un período igual o menor a 4 años del diagnóstico de CP. Se excluyeron del análisis los pacientes con diagnóstico de DM de más de 4 años de evolución previo al diagnóstico de CP y aquellos cuyo tiempo de diagnóstico de la DM no se pudo establecer. En todos los casos se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS: Se analizaron los datos de 245 pacientes con CP con edad promedio de $63,35 \pm 8$ años. El 55,10% ($n=135$) eran de sexo masculino. La localización más frecuente fue de cabeza de páncreas (68,98%). La histología predominante fue el adenocarcinoma ductal moderadamente diferenciado (81,63%). En 75 pacientes se realizó algún tipo de cirugía (30,61%). El 19,18% recibió sólo tratamiento paliativo. Se registró el antecedente de diabetes dentro de los 4 años previos al diagnóstico de cáncer en 68 pacientes (27,76%; IC95%=22,24-33,81). La mediana del tiempo desde el diagnóstico de diabetes fue de 12 meses (rango=2-48).

CONCLUSIONES: El presente estudio describe una serie de pacientes con CP en quienes se encontró una frecuencia de DM de reciente comienzo de 27,76%. Aún teniendo en cuenta el límite superior del intervalo de confianza (33,81%), la frecuencia es inferior a lo reportado en otras series. Esto podría deberse al subregistro que es más común en nuestro medio dadas las características del estudio retrospectivo.

GPD-006

FACTORES PROINFLAMATORIOS Y DISLIPEMIA ATEROGÉNICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELÍACA.

MD Matoso1, T Meroño2, M Menafra2, P Giménez Villamil1, MS Saez3, P Sorroche3, E Varela1, JA De Paula1, F Brites2

1 Servicio de Gastroenterología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. 2 Laboratorio de Lípidos y Lipoproteínas Dpto de Bioquímica Clínica, Facultad de Farmacia y Bioquímica, INFIBIOC, UBA, CONICET, Argentina. 3 Laboratorio Central, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción. En la actualidad, la enfermedad celíaca (EC) se considera una enfermedad inflamatoria multisistémica que puede afectar tanto al sistema digestivo, como al cardiovascular (CV). De hecho, se ha reportado mayor riesgo de aterosclerosis y eventos CV en pacientes celíacos. Si bien la inflamación parece ser el principal responsable, otros factores como la dislipemia podrían ser relevantes. Asimismo, aún no se ha estudiado la influencia de la forma de presentación de la EC (típica o atípica) sobre el riesgo de enfermedad CV.

Objetivos. Evaluar factores de riesgo CV en una población adulta con diagnóstico reciente de EC en comparación con un grupo control. Explorar las asociaciones entre la forma de presentación de la enfermedad con los biomarcadores evaluados.

Pacientes y Métodos. Quince pacientes (13 mujeres y 2 hombres) con diagnóstico de EC, basado en hallazgos histológicos de atrofia vellositaria (Marsh III) y presencia de serología específica, antes del inicio de la dieta libre de gluten (DLG), fueron comparados con 15 sujetos controles pareados por sexo, edad e índice de masa corporal. Los pacientes se clasificaron en típicos (síntomas gastrointestinales) o atípicos (síntomas extradigestivos) al momento del diagnóstico. Se determinaron hemograma, hepatograma, perfil lipídico, perfil de hierro, niveles de vitamina B12, ácido fólico y proteína C reactiva (PCR), y las actividades de la proteína transportadora de colesterol esterificado (CETP) y de la fosfolipasa A2-asociada a lipoproteínas (Lp-PLA2). Las diferencias fueron evaluadas mediante tests paramétricos o no paramétricos según la distribución de las variables.

Resultados. Los pacientes presentaron menor hematocrito (-15%, $p < 0,01$) y hemoglobina (-12%, $p < 0,05$) que los controles. No obstante, no hubo diferencias en los niveles de ferritina, vitamina B12 y ácido fólico. Respecto al perfil de lípidos, se observó un aumento de los triglicéridos (+31%, $p < 0,05$) y una disminución del colesterol (C)-HDL (-21%, $p < 0,01$), acompañados por mayor actividad de CETP (+19%, $p < 0,05$), la cual se encontró asociada a la disminución del C-HDL ($r = -0,51$, $p < 0,01$). Al evaluar los indicadores de inflamación sistémica (PCR) e inflamación vascular (Lp-PLA2), se evidenció que los pacientes presentaron mayor concentración de PCR (+67%, $p < 0,01$), sin diferencias en la actividad de Lp-PLA2. Sin embargo, los pacientes con presentación típica ($n=8$) tuvieron mayor actividad de Lp-PLA2 (+31%, $p < 0,01$) respecto a los pacientes con presentación atípica ($n=7$).

Conclusiones. Las alteraciones en los niveles de triglicéridos y C-HDL, única lipoproteína antiaterogénica, en conjunto con el estado proinflamatorio, podrían exacerbar el desarrollo de aterosclerosis en pacientes celíacos. Más aún, la forma de presentación típica se encontraría asociada a inflamación vascular. La evaluación de los factores de riesgo en pacientes con EC podría contribuir a la identificación de individuos de alto riesgo. Queda por determinar en el futuro si la DLG normalizaría estas alteraciones.

GPD-005

LA LÍNEA BASAL DE LA IMPEDANCIOMETRÍA MULTICANAL DE 24 HS REFLEJA LA INTEGRIDAD DE LA MUCOSA ESOFÁGICA ?

MG Donato Bertoldi1, J Cohen Sabban1, S Christensen1, M Davila2, M Orsi1
1 Servicio Gastroenterología Infantil Hospital Italiano Buenos Aires, Argentina. 2 Hospital Pediatría J.P. Garrahan, Argentina.

En estudios con modelos animales y en adultos (Sifrim et al.) se ha sugerido que la determinación de la línea basal (LB) de la Impedanciometría Intraluminal Multicanal esofágica (IIM/ pH) de 24 horas podría reflejar la integridad de la mucosa, siendo ésta menor en pacientes con esofagitis respecto a aquellos con mucosa normal.

Objetivo: Comparar la línea basal de IIM-pH de 24hs en niños con y sin esofagitis.

Materiales y Métodos: Se efectuó análisis retrospectivo de los trazados de IIM-pH de 24hs de pacientes con sospecha de enfermedad por reflujo gastroesofágico a los que se les realizó endoscopia digestiva alta e IIM-pH de 24hs entre mayo de 2008 a junio 2012. Los pacientes se dividieron en grupos de acuerdo a la histología: normales (GN), esofagitis leve (GEa) y en moderada o severa (GEB); descartándose las esofagitis eosinofílica. Los trazados de IIM-pH 24 hs fueron evaluados por dos especialistas utilizando el software Sandhill. Se estableció la media de la basal en los 6 canales, analizando cada hora del registro de la IIM-pH 24 hs, sin considerar degluciones y los episodios de reflujo. Para el análisis estadístico se utilizó Student's t-test.

Resultados: Se evaluaron los registros de 60 niños; media: 9.78 años (r : 3-17 años) 31 varones; excluyendo 15 por defectos técnicos en el trazado. Presentaron mucosa normal (GN) 19; esofagitis (GE) 26, de las cuales 20/26 esofagitis leve (GEa) y 6/26 moderada o severa (GEB). Se hallaron diferencias significativas al comparar GEB con GN, no así con GEa.

	Esofagitis GEB (X±SD)	Mucosa normal GN (X±SD)	t	p
Canal1	2977.5 ± 412.62	2500 ± 670	t -1,63	p 0,116
Canal2	1878 ± 346.67	2136.8 ± 714.69	t 0,845	p 0,4
Canal3	2088 ± 615.39	2222.4 ± 590.12	t 0,48	p 0,635
Canal4	1916.5 ± 617.55	2782.9 ± 740.69	t 2,58	p < 0,01
Canal5	926.17 ± 316.58	2068.9 ± 537.3	t 4,9	p 0,000
Canal6	860 ± 343.54	2080.9 ± 874.96	t 3,3	p < 0,003

Conclusiones: La determinación de la línea basal con impedanciometría podría ser un método valioso para predecir la integridad de la mucosa esofágica. A pesar que este método con lleva mucho tiempo, la información puede resultar de gran utilidad en la edad pediátrica para una mejor selección de niños que requerirán endoscopia, en particular en aquellos con mayor riesgo anestésico.

GPD-007

EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE PACIENTES CIRRÓTICOS CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

V Baldomero López, P Cabrera, M Stasi, L Rodota
Hospital Italiano de Buenos Aires - Servicio de Alimentación, Argentina.

Introducción: La malnutrición calórica proteica, es un hallazgo común en pacientes con cirrosis hepática (prevalencia entre 50 - 90 %) que afecta en forma negativa la evolución en el posttrasplante. Estudios descriptivos han reportado un mayor número de complicaciones y mortalidad en pacientes cirróticos con desnutrición severa como así también un incremento de la mortalidad en el posttrasplante. Entre las causas de malnutrición se incluye el estrés metabólico, alteración en la absorción y metabolización de nutrientes y la disminución de la ingesta alimentaria.

Objetivo: Determinar el estado nutricional de los pacientes candidatos a trasplante hepático evaluados en el hospital italiano en el período 2004 - 2012 a través de la Evaluación Global Subjetiva.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional, donde todos los pacientes fueron evaluados nutricionalmente, en el contexto de su evaluación pre trasplante hepático. Se realizó Evaluación Global Subjetiva (EGS) cuya clasificación es A: normonutrido B: desnutrición leve o moderada C: desnutrición severa, y se registró la presencia de condiciones asociadas con el estado nutricional: pérdida de masa muscular al examen físico, disminución de la ingesta y la presencia de ascitis.

Resultados: Se evaluaron un total de 419 pacientes candidatos a trasplante hepático (41,5 % femenino y 58,5% masculino), con un promedio de edad de 52 años. Las etiologías más frecuentes de cirrosis fueron, hepatitis C, cirrosis alcohólica y cirrosis criptogénica sumando un 66,8 % de los pacientes.

En relación al estado nutricional, el 66,2 % de los pacientes presentaron algún grado de desnutrición según EGS (B: 55,6 % y C: 10,6 %.)

Con respecto a la presencia de condiciones asociadas a malnutrición se observó una pérdida de masa muscular en el 83,9% de los pacientes con EGS B y en el 84,1% con EGS C, disminución de la ingesta en el 16,1 % de los pacientes con EGS B y 47,7 % con EGS C y presencia de ascitis en el 35,7 % de los pacientes con EGS B y en el 57,1% con EGS C.

Conclusión: Hemos hallado que la desnutrición calórica proteica se encuentra en un 66,8 % de nuestra población de pacientes candidatos a trasplante hepático, siendo la hepatitis C y la cirrosis alcohólica las causas más frecuentes.

Con respecto a las condiciones asociadas a la malnutrición, se observó una tendencia creciente de las mismas a medida que aumenta el grado de desnutrición, principalmente la disminución de la ingesta y la presencia de ascitis.

La evaluación nutricional a través de métodos rápidos y sencillos es fundamental para identificar pacientes en riesgo e implementar una adecuada terapia nutricional.

GPD-008

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN PACIENTES CONSTIPADOS DE UN LABORATORIO DE MOTILIDAD DIGESTIVA

Jl Tellechea, FP Bellavite, N Salim, C Bolino, H Vazquez, G Iantorno
Hospital Carlos Bonorino Udaondo, Argentina.

INTRODUCCION

La (OMS) estima que la enfermedad de Chagas afecta entre 16 y 18 millones de personas. Se considera que es endémica de América.

En Argentina se ha señalado que existen 2,5 millones de personas infectadas con 10 millones de personas expuestas.

Se ha estudiado extensamente la afección cardíaca y dentro de las gastrointestinales es bien conocida la afección esofágica. En Brasil es donde más se ha estudiado los trastornos en el colon. Se carece de estudios y datos locales acerca de la afectación colónica, por tal motivo nos proponemos investigar la prevalencia de chagásicos en una población de pacientes constipados.

OBJETIVOS

1. Estimar la prevalencia de Enfermedad de Chagas en pacientes constipados que fueron atendidos y estudiados en un Laboratorio de Motilidad Digestiva.

2. Caracterizar la muestra según compromiso sistémico, lugar de procedencia, presencia de megacolon.

MATERIALES Y METODOS

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes referidos a un Laboratorio de Motilidad Digestiva por constipación entre los años 2007 y 2011 y se seleccionaron los pacientes con serología positiva para Enfermedad de Chagas.

Diseño:

Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y transversal.

RESULTADOS

Se revisaron 398 historias clínicas, resultando positivos para serología de Chagas 49 pacientes: 35 mujeres y 14 hombres (/ 3/1). El promedio de edad fue de 56,34 años. la prevalencia de EC fue 12,3% (IC 95 9-16).

Compromiso de otros órganos: TABLA 1.

Lugar de procedencia: 15 (30,6%) extranjeros y 34 (69,4%) Argentinos. Las provincias con mayor presencia fueron Chaco 6 pacientes (12,24%), Santiago del Estero 5 (10,20%).

De los 49 positivos a 41 se les realizó colon por enema, 24 presentaron dilatación colónica: 12 megacolon total, 8 megarectosigma y 4 megasigma.

CONCLUSIONES

De los pacientes que acudieron por constipación al Laboratorio de Motilidad el 12,31% resultó positivo para Enfermedad de Chagas.

Es claro el predominio en mujeres con una relación 3 a 1 con hombres.

La concomitancia de una afección esofágica y colónica en esta revisión fue muy baja: 1 paciente de 49 (2,04%).

Con este trabajo tenemos la intención de que los médicos que tratan pacientes constipados crónicos pesquisen la Enfermedad de Chagas que también puede afectar al colon y es frecuente por estas latitudes.

TABLA 1

ENF. CHAGAS = 49 PACIENTES	CONSTIPACION	%
COMPROMISO CARDIACO	7	14,28
COMPROMISO ESOFAGICO	2	4
CARDIACO Y ESOFAGICO	1	2

GPD-010

RÉDITO DIAGNÓSTICO DE LA IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL - pH DE 24 HS EN LOS PACIENTES CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO. NUESTRA EXPERIENCIA.

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

INTRODUCCIÓN: La impedanciometría intraluminal multicanal - pH de 24 hs (IIM-pH) es un estudio de utilidad para la detección de todo tipo de reflujo, tanto ácido como no ácido 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 junio de 2012. Se consideró pHmetría positiva aquella que presentara un pH <4 en más del 4% del tiempo total del estudio. Se consideró impedanciometría positiva aquella que presentara ≥ 73 episodios de reflujo. Se consideró un índice sintomático (IS) positivo cuando al menos la mitad de los episodios sintomáticos estuvieran relacionados con episodios de reflujo.

RESULTADOS: Se incluyeron en forma consecutiva 252 pacientes, 94 (37%) hombres, edad media 52 años (rango 18-91 años). Dos pacientes fueron excluidos del análisis por no completar el estudio. El tiempo de duración medio del estudio fue de 22,3 hs. Las indicaciones para la realización del estudio fueron: 1) síntomas típicos (pirosis y/o regurgitación) en 84 (33%) pacientes, 2) síntomas típicos refractarios al tratamiento con IBP en 34 (14%) pacientes, 3) síntomas supraesofágicos (tos crónica, disfonía, carraspera, globus, odinofagia, dolor de pecho, asma) en 40 (16%) pacientes, 4) síntomas supraesofágicos refractarios al tratamiento con IBP en 29 (12%) pacientes, 5) previo a cirugía bariátrica en 42 (17%) 6) síntomas inespecíficos (ardor faríngeo, mucosidad faríngea, epigastralgia) en 21 (8%) pacientes. Veintinueve pacientes (12%) realizaron el estudio intratratamiento con doble dosis de IBP. En el grupo de pacientes con pHmetría positiva (n=118) la IIM fue positiva en 53 pacientes: 48 (91%) pacientes a predominio de reflujo ácido y 5 (9%) pacientes a reflujo no ácido. En el grupo de pacientes con pHmetría negativa (n=132) la IIM-pH fue positiva en 16 (12%) pacientes: 4 (25%) pacientes a predominio de reflujo ácido, 11 (69%) pacientes a reflujo no ácido y 1 (6%) sin predominio de uno u otro. El 94% de los pacientes (235/250) presentaron síntomas durante el estudio de los cuales 122 (52%) pacientes presentaron un IS positivo.

CONCLUSIONES: En nuestra serie de pacientes la IIM-pH permitió detectar pacientes con reflujo que no fueron detectados por la pHmetría convencional muchos de los cuales tenían reflujo a predominio no ácido, de allí la importancia de tener en cuenta este método a la hora de evaluar los pacientes con reflujo gastroesofágico.

GPD-009

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CELÍACA EN PACIENTES CON DISPEPSIA EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

MF Bichara, E Chaar, A Cordoba, M Lluch, E Marta, E Tron, C Di Rísio
Hospital de Agudos Jose Maria Penna, Argentina.

Introducción: La enfermedad celíaca (EC) ha sido considerada en el pasado como una enfermedad poco frecuente, la mayor sospecha clínica y el advenimiento de nuevos test serológicos han facilitado su diagnóstico y el aumento en su prevalencia. La serología como método de diagnóstico, ha permitido recabar nuevos datos sobre la prevalencia. Dentro de las manifestaciones clínicas, existen muchos pacientes que presentan síntomas de dispepsia. Es por esto que es importante estudiar las características clínicas presentes en este grupo de pacientes e indagar la prevalencia de enfermedad celíaca.

Objetivos: Estimar la prevalencia de enfermedad celíaca en pacientes con dispepsia diagnosticada según los Criterios del Consenso de Roma III.

Diseño del Estudio: Prospectivo, observacional y transversal.

Materiales y métodos: se seleccionaron pacientes que acudieron al Servicio de Gastroenterología del Hospital de Agudos José María Penna con dispepsia y se los estudió para Enfermedad Celíaca realizando serología y posterior videoendoscopia digestiva alta (VEDA) si la serología resultaba positiva o ante la presencia de síntomas de alarma.

Resultados: Se estudiaron un total de 60 pacientes, 50 fueron mujeres y 10 hombres. La media de edad fue de 37 años. Se clasificó la dispepsia según los criterios del Consenso de Roma III, como: síndrome de distress postprandial (SDPP) y síndrome de dolor epigástrico (SDE). De los 60 pacientes, 30 presentaban SDPP, mientras que 11 presentaban SDE y un total de 19 presentaron síntomas combinados. Solo 11 pacientes reclutados presentaron síntomas de alarma, los que se definieron como: edad > de 50 años, anemia y pérdida de peso. A todos ellos se les realizó serología para EC y además fueron evaluados con VEDA y biopsia de 2^o porción duodenal.

Del total de pacientes incluidos en el estudio, se realizó el diagnóstico de EC en 6 de ellos, lo que resulta en una prevalencia del 10% en la población estudiada. De estos 6 pacientes, todos fueron menores de 50 años y de sexo femenino. Se realizó diagnóstico de EC en 4 casos en el grupo de pacientes con SDPP y en 2 casos en el grupo de pacientes con síndromes combinados. En los pacientes que presentaban síntomas de alarma se diagnosticó EC en 2 casos con anemia ferropénica. Todos los pacientes que presentaron signos endoscópicos compatibles con atrofia duodenal, tuvieron diagnóstico de EC con importante grado de atrofia en la histología. Se encontraron 3 casos clasificados como Marsh 3 a y los otros 3, como Marsh 3 b.

Conclusiones: De los 60 pacientes incluidos en el protocolo, se diagnosticó enfermedad celíaca en 6 de ellos. En este caso obtuvimos una prevalencia del 10% de enfermedad celíaca en pacientes con dispepsia. A la vista de nuestros resultados, se puede afirmar que en esta población se obtuvo una alta prevalencia de enfermedad celíaca en pacientes con dispepsia.

GPD-011

LA EVIDENCIA PREVIA DE DAÑO MUCOSO ALTERA EL RESULTADO DE LA MANOMETRÍA ESOFÁGICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO:

MC Bolino, I Delli Quadri, L Facio, M Furia, F Espinosa, F Vera, Y Lien, H Vazquez, G Iantorno
Hospital de Gastroenterología Dr Carlos Bonorino Udaondo, Argentina.

Introducción: La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE), consecuencia de alteraciones motoras y/o anatómicas de la unión esofagogastrica, puede asociarse al daño mucoso esofágico. La presencia de enfermedad erosiva y los síntomas son independientes del mecanismo fisiopatológico subyacente, no obstante el daño severo, estaría vinculado a diversos trastornos motores al momento del diagnóstico. Si las alteraciones motoras no quirúrgicas son subyacentes y requieren seguimiento, aún en remisión clínica, constituyen un interrogante no resuelto. **Objetivo:** Estimar si las alteraciones manométricas son más prevalentes en pacientes con ERGE que presentaron evidencia previa de daño mucoso (DM). **Materiales y método:** se revisaron las videoendoscopias digestivas altas (VEDA) y manometrías esofágicas (ME) de pacientes que acudieron a un laboratorio de motilidad entre 2008 y 2012. Se excluyeron pacientes sin VEDA previo a la ME y con antecedentes de cirugía gastroesofágica. **Diseño:** Estudio retrospectivo, observacional, comparativo y transversal. Los pacientes fueron seleccionados de la base de datos de los estudios manométricos. Las ME se realizaron con técnica de perfusión. Los diagnósticos manométricos se clasificaron como normales y patológicos. El diagnóstico de DM fue establecido por la presencia de esofagitis (Clasificación de Los Ángeles) o esófago de Barrett y fue obtenida de las VEDA realizadas en diversos centros entre 2 años y un mes previo a la realización de las ME. **Análisis estadístico:** test de Fisher e Intervalos de confianza 95%. **Resultados:** Se revisaron los informes manométricos de 131 pacientes (se excluyeron 23). Se analizaron 108 pacientes: 67/108 mujeres (62%); edad promedio: 51 años (rango: 18-81). **Presentaron DM:** 17/108 pacientes (16%; IC 95% 10-25). Los hallazgos endoscópicos fueron esofagitis (n: 16; LA A: 7, LA B: 8, LA C: 1) y EB (n: 1). **Presentaron ME anormal** 74/108 pacientes (68%; IC 95% 58-76). Los hallazgos manométricos patológicos fueron: acalasia (37,5%), trastorno motor inespecífico (36%), aperistalsis del cuerpo del esófago (10%), trastorno secundario a colagenopatía (7%) y esfínter esofágico inferior hipotensivo (5%). La prevalencia de las alteraciones manométricas no fue diferente en ambos grupos (p NS). **Limitaciones del estudio:** trabajo retrospectivo. La mayoría realizaron la ME en períodos de tiempo mayor a 30 días, por ello no fue posible documentar el estado de la mucosa esofágica previo a la ME. **Conclusión:** El haber presentado DM esofágico no se asocia a una mayor prevalencia de trastornos motores en pacientes con ERGE; sin embargo, sería necesario realizar trabajos prospectivos comparativos con ME y endoscopia simultáneas pre y post tratamiento para sacar conclusiones definitivas.

GP-001

COLITIS MICROSCÓPICA... ¿ES REALMENTE MICROSCÓPICA?

S Carrion Sanchez, MJ Etchevers, A Seehaus, G Mullen, I Oría, D Manazzoni, D Jiménez Larriva, A De los Ríos, C Macías Gómez, JA De Paula
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCION. La colitis microscópica es una enfermedad intestinal de curso crónico que se caracteriza por la presencia de diarrea acuosa. Se presenta en pacientes de mediana edad, y está asociada a enfermedades autoinmunes así como al consumo de ciertos medicamentos. El diagnóstico se realiza mediante los hallazgos microscópicos de una mucosa de colon con un aspecto macroscópico normal. En el presente resumen se describe un caso en el cual la enfermedad se sospechó por alteraciones del colon visibles en un estudio de enterotomografía (ETC).

REPORTE DE UN CASO. Paciente de 63 años, sexo femenino con diagnóstico de enfermedad celíaca (EC) realizado un año antes, en cumplimiento de la dieta libre de gluten (DLG), negativización de los anticuerpos y buena respuesta clínica. Posteriormente a cirugía de hemorroides comenzó con diarrea sin referir transgresiones a la DLG y sin respuesta al tratamiento sintomático. La paciente ya tenía una videocolonoscopía (VCC) 2 años atrás en otro centro que informaba divertículos y hemorroides grado III. No se realizaron biopsias en ese estudio. Se decide reevaluar a la paciente a fin de descartar complicaciones de su enfermedad de base (EC) por lo que se solicitó una ETC que informó áreas focales en el colon con sectores lineales de baja densidad y probablemente debidos a componente graso focal en la submucosa (signo del halo) asociado a prominencia de vasos rectos y pequeñas formaciones ganglionares de escasos milímetros en el tejido graso vecino. Se solicitó entonces una nueva VCC en donde no se observaron alteraciones macroscópicas y se tomaron biopsias escalonadas de la mucosa colónica. La anatomía patológica informó en todas las muestras mucosa colónica con glándulas de histoarquitectura conservada, lámina propia con incremento de la celularidad constituida por linfocitos, plasmocitos, ocasionales eosinófilos y con intensa linfocitosis intraepitelial llegando así al diagnóstico de colitis microscópica (colitis linfocítica). Posteriormente al estudio la paciente no presentó más diarrea. Actualmente se encuentra asintomática y cumpliendo DLG.

DISCUSION. Si bien la asociación entre enfermedad celíaca y colitis microscópica es conocida, la originalidad de este caso se basa en el hallazgo inesperado de cambios evidentes en las imágenes de la ETC en una enfermedad definida como microscópica. Además, si bien el halo adiposo ha sido descrito en las imágenes de enfermedad inflamatoria intestinal, no hemos encontrado reportes que vinculen este hallazgo a la colitis microscópica.

GP-003

ARTRITIS SÉPTICA ESPONTANEA EN UN PACIENTE CIRRÓTICO SANGRANTE. UNA COMPLICACION INFRECUENTE

R Barros, M Faimberg, G Correa, R Barbero, R Belloni, A Bologna, S Bolaños, A Redondo, G Bello, M Yantorno
HIGA San Martín de La Plata, Argentina.

INTRODUCCION: las infecciones bacterianas son una de las complicaciones más importantes en los pacientes cirróticos y constituyen una de sus principales causas de muerte.

La artritis séptica se ve generalmente asociada a condiciones predisponentes como diabetes, insuficiencia renal, artritis reumatoidea y compromiso articular relacionado con fracturas o cirugías.

La artritis bacteriana es una complicación extremadamente rara en cirróticos con muy pocos casos descritos en la literatura.

OBJETIVO: reportar el caso de un paciente cirrótico, que presentó un episodio de hemorragia digestiva, desarrollando como complicación una infección articular de la rodilla por bacilo gram negativo.

PACIENTES Y METODOS: paciente masculino de 41 años con cirrosis por enol (CHILD B), que ingresó al servicio de Gastroenterología por presentar episodio de melena.

Al ingreso se encontraba afebril, sin ascitis ni edemas.

Previo a la endoscopia se le realizó sedimento urinario, hemocultivos, y profilaxis antibiótica con Ceftriaxona 1 gr.

Se realizó VEDA que evidenció vórices esofágicas sin estigmas de sangrado y 3 úlceras gástricas Forrest IIc comenzando tratamiento con IBP y profilaxis antibiótica con Norfloxacin.

A las 48 hs del ingreso comenzó con dolor, calor, edema e impotencia funcional de la rodilla izquierda por lo que se le realizó artrocentesis diagnóstica con los siguientes resultados: células 2625/mm³ con neto predominio de neutrófilos, hematías 1050000/mm³, glucosa 1 mg%. Se realizó toilette quirúrgica tomándose muestra para cultivo bacteriológico, comenzando tratamiento empírico con Vancomicina y Piperacilina Tazobactam a la espera de los resultados del cultivo.

RESULTADO: el informe bacteriológico fue positivo tanto de los hemocultivos como del líquido sinovial a *Escherichia coli*. El antibiograma mostró Sensibilidad a Ciprofloxacina por lo que se instauró dicho tratamiento por 8 semanas, con buena recuperación funcional.

CONCLUSIONES: la *E. coli* fue aislada tanto de la sangre como del cultivo del líquido sinovial sugiriendo diseminación hematogena.

Los gérmenes que causan esta entidad son en la gran mayoría de naturaleza entéricas siendo la *E. coli* la más frecuente. En este caso se aprecia la asociación entre hemorragia, translocación bacteriana, bacteriemia e infección a distancia de diferentes órganos.

La cirrosis es considerada causa de inmunodeficiencia y se puede ver reflejada aquí ya que el paciente presentaba un recuento celular en el líquido sinovial no categorico (huésped inmunocompetente entre 50.000-100.000 leucocitos).

Los casos reportados de artritis séptica en cirróticos se dieron en pacientes con compromiso articular previo por fracturas o cirugía y mayores de 60 años. Si bien existen 32 casos descritos de artritis aguda espontánea en la población general por bacterias gram negativas, no hay ningún caso de cirrosis como condición asociada.

Presentamos el primer caso descrito de artritis bacteriana desarrollada en el curso de un paciente cirrótico, joven, sin compromiso articular previo y con una bacteriemia entérica primaria.

GP-002

ENFERMEDAD DE MENETRIER COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE ENTEROPATIA PERDEDORA DE PROTEÍNAS EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

MP Hidalgo, ME Keller, SI Scarafoni, GA Ramacciotti

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Don Victorio Tetamanti" de Mar del Plata, Argentina.

La enfermedad de Menetrier es una patología infrecuente en pediatría, se caracteriza por pérdida de proteínas a nivel gástrico secundario a gastropatía hipertrófica. En su etiología se han implicado a agentes infecciosos. Se caracteriza por vómitos, dolor abdominal y edemas. Su pronóstico es benigno, con resolución espontánea.

Se expone el caso clínico de un niño de 4 años el cual se presentó en estado de anasarca y vómitos descartándose pérdida de proteínas a nivel renal, y confirmando el diagnóstico por endoscopia y biopsia gástrica. Se encontró asociación con infección aguda por Citomegalovirus. El paciente evolucionó espontáneamente hacia la mejoría en un periodo de 4 semanas

CASO CLINICO

Niño de 4 años que se presenta con vómitos y distensión abdominal, normotenso, en anasarca.

Hepatograma y función renal normal, proteinuria de 24 horas negativa. Albúmina 1,29 g%, gama globulina: 0,32 g%

Se realiza VEDA que evidencia en cuerpo y techo de estomago edema y engrosamiento de los pliegues gástricos compatible con gastropatía hipertrófica.

Las biopsias muestran cuerpo gástrico con hipertrofia de los pliegues de la mucosa con glándulas muy elongadas y tortuosas compatible con enfermedad de Menetrier. Ausencia de *Helicobacter pylori*.

Serologías para CMV: IgM +, IgG 30 UI/ml

Diagnostico: Enfermedad de Menetrier secundaria a infección aguda por CMV

Evolución: favorable, con resolución espontánea del cuadro, disminución gradual de los edemas y descenso del 13,5% del peso del ingreso sin mediar tratamiento. El control 4 semanas posteriores al egreso evidencio ausencia de edemas, albúmina 3,3g%, gama globulina: 0,87 g%.

DISCUSION

La enfermedad de Menetrier es una entidad poco frecuente en pediatría, la mayoría se presenta en varones de edad escolar.

Se caracteriza por la pérdida de proteínas a nivel gástrico generado por hipertrofia de los pliegues gástricos sobre todo a nivel del fundus y cuerpo. Se postula que una infección, la mayoría de origen viral, provocaría una desregulación en el crecimiento del epitelio gástrico. En la mayoría de los casos revisados se evidencia relación con la infección por CMV o por *Helicobacter pylori*.

Se manifiesta por la presencia de vómitos, dolor abdominal, y edemas que pueden llegar a la anasarca. Se presenta con hipalbuminemia, hipogamaglobulinemia y estudios de función hepática y renal normales.

El diagnostico se confirma por endoscopia y biopsia de los pliegues gástricos que se observan aumentados de tamaño predominantemente en el fondo y cuerpo gástrico. La histología muestra glándulas muy alargadas y tortuosas llenas de moco con edema interglándular e infiltrado inflamatorio.

Se deben descartar mediante biopsia o serología las infecciones por CMV y *Helicobacter pylori*, dos de los agentes involucrados con mayor frecuencia.

No existe un tratamiento específico, requiriendo solo un manejo sintomático de soporte.

El pronostico es benigno, la evolución favorable con mejoría espontánea de los edemas y recuperación de los valores normales de albúmina en un periodo entre 4 a 6 semanas.

GP-004

DIAGNOSTICOS POSIBILITADOS POR MANOMETRIA DE ALTA RESOLUCION ESOFAGICA. SU IMPACTO EN DECISIONES EN UNA SERIE BREVE.

A Ditaranto, A Nieponice, F Ciotola, C Fuxman, A Badaloni, F Nachman, CR Bilder
Fundacion Favalaro, Argentina.

La evaluación de la integridad de la actividad motora esofágica es la aplicación clínica saliente de la manometría. Su forma convencional posee limitaciones, entre ellas, la arbitraria selección de las alturas a las que se ubican los orificios de los catéteres, así, pueden no ser visibles detalles y fenómenos propios tanto de la peristalsis como del comportamiento de ambos esfínteres. Nuevas técnicas y metodologías pueden resultar útiles para profundizar la evaluación de los fenómenos y variables que se estudian en relación a la actividad motora esofágica.

Objetivo: analizar mediante la manometría de alta resolución esofágica (MARE) trazados de pacientes cuyas manometrías convencionales (MC) no permitieron ver la totalidad de las anomalías para poder comprender sus síntomas y decidir conductas terapéuticas apropiadas. Pacientes & métodos

I: varón, 59 años, chagásico crónico que recibió un trasplante cardíaco por miocardiopatía dilatada. Presentó bronconeumonopatías recurrentes, se descartó enfermedad por reflujo GE mediante impedanciometría de 24 hs. que fue normal.

II: mujer, 57 años, consultó por disfagia de 24 meses de evolución, antes de ser derivada se le realizó una manometría convencional con diagnóstico de aperistalsis, "posible acalasia".

III: mujer, 62 años, disfagia de 8 meses de evolución y descenso de 8 kilos en ese lapso. Se le realizó una funduplicatura previa al comienzo de la disfagia.

IV: mujer, 32 años, disfagia de 7 meses de evolución, pérdida de 20 kilos. Fue tratada con una funduplicatura 1 mes antes del inicio de la disfagia.

En todos los pacientes, videoendoscopias con biopsias permitieron descartar causas tumorales de disfagia. En ellos, se realizaron MAREs (ManoScan 360°, Sierra Scientific Instruments). Se trata de un estudio descriptivo para el cual se empleó la Clasificación de Chicago y la sistemática de las complicaciones post-funduplicatura.

Resultados

I: acalasia espástica (tipo III, dominante)

II: peristalsis ausente (100% de las degluciones fallidas), no acalasia

III: peristalsis débil con interrupciones largas + válvula ajustada ("tight wrap")

IV: válvula deslizada distalmente ("slipped wrap").

En la paciente II, la MARE permitió descartar acalasia al documentar el comportamiento de la UGE.

Los fenómenos vinculables a complicaciones post-funduplicatura no pueden verse con la MC, mas aún, ésta puede informarse como un estudio normal que no permite reconocer el origen de la disfagia. La MARE pone en evidencia el incremento de la presión intrabolo como expresión de la resistencia distal e interpretar que esa dificultad al flujo de salida es la causa de la disfagia. El diagnóstico de acalasia tipo III predice una respuesta negativa a cualquier tratamiento para la acalasia, dato de valor en pacientes de riesgo.

Conclusiones: en esta serie breve, la MARE permitió reconocer variantes de acalasia, comprender el mecanismo de la disfagia e identificar fenómenos de útil significado clínico que no pueden visualizarse mediante manometría convencional.

ANOMALÍA CONGÉNITA ESOFÁGICA INFRECUENTE PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

C Panno, H Iannicillo, A Dutack, A Noir
CEMEGED, Argentina.

Caso clínico

Paciente de 46 años, sexo femenino.

Motivo de consulta: dolor torácico de origen no cardiogénico.

Examen físico y laboratorio normales

Exámenes complementarios: Tránsito esófago-gastro-duodenal (SEG-D): en porción terminal de esófago cercano a la unión gastroesofágica, se observa un defecto de tapizamiento e irregularidad.

Video endoscopia alta (VEDA): en tercio inferior de esófago sobre cara posterior, se observa una lesión elevada de aprox. 15 a 20 mm de diám, con mucosa normal y base de implantación amplia. La lesión se localiza a 1,5cm del cambio mucoso. Tomografía Axial Computada (TAC) de tórax abdomen y pelvis: alteración morfológica de la porción más caudal del esófago inferior adyacente a la luz esofágica, presencia de un nódulo con densidad de tejidos blandos de aproximadamente 7 a 8mm de diám. No se descarta que esté dispuesto por fuera de los límites del esófago, pudiendo corresponder a adenopatía regional.

Ultrasonografía endoscópica (USE): lesión subepitelial a nivel de tercio distal del esófago, corresponde a una formación hipoecoa homogénea de 9mm de diámetro de igual ecogenidad que la capa muscular del esófago. Al lado de esta lesión se encuentra otra de igual tamaño y características ecográficas, separada de la anterior por una estructura que impresiona ser un tabique. Lesión compatible con quiste de duplicación esofágica.

La paciente evolucionó sin dolor retroesternal, pero refiriendo pirosis. Se inició tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, respondiendo al mismo. El seguimiento mediante la realización de VEDA y USE no mostraron modificaciones de la lesión.

Introducción

El quiste de duplicación esofágica es una rara anomalía congénita, resultante de una división aberrante del tubo digestivo en la 3ra a 4ta semana de gestación. Se desconoce su verdadera prevalencia. Más del 80% de los casos se diagnostican durante la infancia y se localizan en el mediastino. El quiste intramural es infrecuente en el adulto.

Síntomas: distress respiratorio, retraso en el desarrollo, disfagia, dolor retroesternal. La progresión a la malignidad es extremadamente rara.

El diagnóstico se realiza mediante la TAC o USE.

El tratamiento de los quistes de duplicación sintomáticos puede ser quirúrgico o endoscópico. La resección quirúrgica en la actualidad es de elección. Existen publicaciones de casos con resolución endoscópica.

En los pacientes asintomáticos, el tratamiento es controversial y no hay guías de lineamiento al respecto. En este escenario el seguimiento se realiza mediante VEDA y USE a intervalos arbitrarios.

Conclusión

En nuestra paciente se arribó al diagnóstico de quiste de duplicación esofágica mediante USE. Al inicio se interpretó como un caso sintomático, durante la evolución permaneció sin síntomas, adoptándose una conducta terapéutica expectante.

Luego de cuatro años de seguimiento, continúa libre de síntomas. Los controles realizados mediante VEDA y USE cada 6 meses durante el primer año y luego anualmente, no evidenciaron modificaciones en las características de la lesión.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y DIARREA CRÓNICA. SÍNDROME DE MCKITTRICK-WHELOCK

CN Daona, R Alania, J Sanchez de Loria, M Kalousek
Gastroenterología Hospital Santojanni, Argentina.

Introducción El Síndrome de Mckittrick-Wheelock. Es la asociación de diarrea crónica con pérdidas de fluidos y electrolitos con adenomas vellosos rectales de gran tamaño.

Objetivo: Destacar: La única poliposis colónica capaz de desencadenar la muerte en agudo del paciente por desequilibrio hídrico y electrolítico y insuficiencia renal aguda prerrenal en el contexto de diarrea crónica profusa.

Caso Clínico.

Paciente de sexo femenino de 80 años de edad, ingresa a guardia medica con excitación psicomotriz, refiere diarrea mucosa y líquidas en número mayor a 8-10 veces por día. Trae un urocultivo positivo para E. coli. Antecedentes de enfermedad actual: Fue intervenida quirúrgicamente hace 6 años atrás para resección de pólipo (Adenoma Velloso) con colectomía y anastomosis termino terminal en otro hospital.

Examen físico positivo: Temp. 37° C, frec. Cardiaca 100 x min. Tensión arterial 100/60 mm Hg. Excitación Psicomotriz. Deshidratación de piel y mucosas, signo de pliegue positivo. Laboratorio de ingreso Hto 45% Bco 27100 Glucemia 135. Urea 350 Creatinina 2,80. Ionograma plasmático: Na 124. K 2,4 Cl 86.

Vista por nefrología es diagnóstica de Insuficiencia Renal Aguda prerrenal.

Se realiza Rectosigmoidoscopia: Desde canal anal y hasta los 20 cm se observa mucosa vellosa exofítica de disposición circunferencial que obstruye la luz permitiendo la progresión del equipo. Diagnóstico: Adenoma Velloso en manto

Anatomía patológica: Adenoma vellosos con displasia de bajo grado.

Al sexto día de internación; asintomático con laboratorio. Glucemia 128 mg/dl. Urea 048 mg%. Creatinina 1,20 mg%. Ionograma Plasmático Na 142. K 3.1 Cl 108 Hto 33% Bco. 5700 Plaqueta 220000

interconsulta con cirugía quien indica cirugía abdominal (proctectomía con cierre de muñón distal y colostomía definitiva). Los familiares no aceptan la misma y se retiran sin alta médica.

Discusión.

Nuestro paciente reúne los tres elementos del síndrome de Mckittrick-Wheelock: edad, diarrea crónica y adenoma vellosos rectal extenso. Fue descrito en 1945, es poco frecuente, se caracteriza por presentarse en personas afeatas, que por la deshidratación y gran desequilibrio hidroelectrolítico que genera Insuficiencia Renal Aguda pudiendo llevar a la muerte. El adenoma vellosos se localiza en el recto distal adquiriendo gran tamaño, lo que impide la reabsorción de fluidos y electrolitos por el colon. Fisiopatología: aumento de prostaglandinas E2 por células adenomatosas con aumento del AMPc intracelular; esto activaría los canales apicales de cloro y potasio de células epiteliales provocando la salida masiva de agua y electrolitos con las diarreas abundantes. El único tratamiento curativo es el quirúrgico con resección completa del tumor. Para adenomas de < de 3 cm se propone resección transanal; > de 3 cm. Proctectomía. Para casos en quien este contraindicada la cirugía por comorbilidades la resección transendoscópica, siempre teniendo en cuenta que el potencial de malignización de 10% para los < de 2 cm y > 50% para los mas extensos. Y la recidiva local que se asocia a este procedimiento.

CARCINOMA TIPO LINFOEPITELIOMA DE ESOFÁGO. REPORTE DE UN CASO.

MJ Argüero, RC Gonzalez Sueyro, DC Madrid Blanco, PR Daffra, JP Santino, E Varela, MJ Etchevers, JA De Paula, CA Macías Gómez
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción. Los linfopiteliomas son tumores malignos de localización frecuente en nasofaringe. Se los denomina carcinomas tipo linfopiteliomas (CTLE) cuando se encuentran en otros sitios, habiendo sido ocasionalmente descriptos en esófago. Su desarrollo se ha vinculado a la infección por virus Epstein Bar, aunque en dicho órgano esta asociación sólo se confirmó en dos de los diecisiete casos reportados.

Caso clínico. Presentamos un paciente occidental de 68 años, masculino, que consulta por disfagia orofaríngea progresiva de sólidos a líquidos de cuatro meses de evolución. Se solicita seriada esofagogastroduodenal que evidencia formación estenosante en tercio superior de esófago. A continuación, una videoendoscopia digestiva alta muestra dicha lesión, infiltrante y lobulada que estenosa parcialmente la luz. Se realiza tomografía multicorte con técnica de neumatografía confirmando lesión mencionada en la endoscopia, la cual se extiende por una longitud de 85 mm. Con sospecha de cáncer epidermoide y a fin de estadificar el tumor, se solicita tomografía con emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa, describiéndose la lesión como hipermetabólica, sin lesiones a distancia.

La anatomía patológica de la biopsia endoscópica informa carcinoma poco diferenciado con estroma linfoide prominente tipo linfopitelioma y denso infiltrado linfocitario peritumoral. Hibridación in situ para Epstein Barr negativa.

El paciente realiza tratamiento radio y quimioterápico con posterior control endoscópico e histológico que no evidencia lesión residual.

Conclusión. El motivo de esta presentación es reportar un tumor esofágico extremadamente infrecuente, poco diferenciado desde el punto de vista histológico, cuyo aspecto endoscópico impresiona corresponder a un tumor agresivo. Sin embargo, ha mostrado mejor respuesta al tratamiento que otros de estirpe histológica más frecuente y misma localización.

TUBERCULOSIS PRIMARIA DE INTESTINO EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

M Ordoñez, C Molina, J Castillo, H Concetti, E Baez, J Yopez, S Massa, M Signorelli, A Curras
Hospital Fernandez, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis intestinal es una enfermedad granulomatosa causada principalmente por M. tuberculosis. Ha aumentado la prevalencia siendo las causas más probables: la inmigración, el virus VIH y la resistencia a los fármacos tuberculostáticos. La región ileocecal es el principal sitio de presentación, pero puede presentarse en cualquier otra parte del tubo digestivo. Los síntomas son inespecíficos e insidiosos, el más común es el dolor abdominal, pérdida de peso, fiebre, sudoración nocturna y diarrea. El diagnóstico se realiza a través de la histología, cultivo y eventualmente PCR de biopsia. La Rx de tórax puede ser normal en 50-70% de los casos. Dentro de los diagnósticos diferenciales se plantea la E. Crohn y el linfoma. El tratamiento con tuberculostáticos controla los síntomas a los 2 meses en un 70%. La cirugía se indica en complicaciones como: obstrucción intestinal, perforación y abscesos.

OBJETIVO: Mostrar un caso de Tuberculosis primaria de intestino con cuadro clínico y endoscópico similar a EC en un paciente inmunocompetente.

CASO CLÍNICO: Paciente femenino de 21 años, sin antecedentes de importancia. Consulta por dolor abdominal inferior, diarrea sin sangre, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso de 8kg de 2 meses de evolución. Al examen físico, presenta palidez cutánea y mucosa. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en forma difusa, sin defensa ni reacción peritoneal. Laboratorio: Hto 26%, Hb 7,8 g/dl, VCM 70 fl, GB 7500 cel/mm3, Plaquetas 547000 cel/mm3, TP 51%, KPTT 32 seg, Albúmina 1.5; Coprocultivo, parasitológico, panel celiaco y VIH negativos, PPD 0mm; VCC: Compromiso segmentario a lo largo de marco colónico con áreas de mucosa empedrada, ulcerada, mamelonada separados por áreas de mucosa normal. Válvula ileocecal comprometida. Recto normal. AP: No se observa BAAR, cultivo para Mycobacterias contaminado. TAC abdomen: engrosamiento de asas intestinales a predominio de colon derecho. Rx TID: Compromiso de ileon con ulceras, empedrado y estenosis. Yeyuno normal. Compromiso del ciego. Se inicia tratamiento con Deltisona 40mg/d con mejoría clínica inicial y persistencia de sudoración nocturna. Rx y TAC Tórax: lesión intersticial miliar probable TBC; cultivo de esputo negativo. Evolución con distensión abdominal y ascitis. Se realiza laparotomía exploratoria: se observa intestino delgado de aspecto marmóreo con múltiples perforaciones que comprometen aprox. 50cm de ID a 30cm de válvula ileocecal, se resecta segmento afectado y entero-enteroanastomosis. AP: tuberculosis intestinal. Evolución de forma desfavorable con requerimiento de inotrópicos y hemocultivos + para Cándida. La paciente fallece.

CONCLUSIONES: La TBC extrapulmonar es responsable del 20% de los casos de TBC en pts. inmunocompetentes y del 50% de los casos en pts HIV+. La TBC intestinal es la sexta forma más prevalente de TBC extrapulmonar. Raramente se presenta con malabsorción y enteropatía perdedora de proteínas. El diagnóstico diferencial con la E. Crohn tanto clínico, endoscópico e histológico constituye un difícil dilema.

GP-009**VÁRICES COLÓNICAS FAMILIARES IDIOPÁTICAS**

PJ, Dávalos L 2

1 Hospital Nacional A Posadas, Argentina. 2 Iannicillo H, Dutack A, Argentina.

INTRODUCCIÓN: Las várices colónicas familiares idiopáticas (VCFI) son malformaciones venosas (MAV) cuya etiopatogenia obedece a una enf vascular congénita muy infrecuente. En la mayoría de los casos las várices colónicas (VC) se producen en contexto de hipertensión portal (HTP), hepatopatías crónicas, trombosis portal, fistulas a-v, anomalías del drenaje sistema ácidos. La presencia de VC en ausencia de cualquiera de las etiologías mencionadas es extremadamente rara y constituye una causa infrecuente de hemorragia digestiva baja (HDB). La hemorragia digestiva recurrente es la manifestación más común, pero las VC pueden ser un hallazgo. Afecta a ambos sexos por igual, edad promedio 43 años. **OBJETIVO:** Presentación de una patología de muy baja incidencia y revisión de la literatura. **CASO CLÍNICO:** Pte masculino de 35 años derivado por cuadro anemia ferropénica y test SOMF(+). Antecedentes personales: Episodios aislados y autolimitados de proctorragia, dispepsia no ulcerosa, leucemia linfoblástica aguda diagnosticado a los 7 años (realizó QT-RT en gónadas). Antecedentes heredo-familiares: niega. Examen físico: Ginecomastia. BMI: 28 kg/m². Lab: Hto: 33%, Hb: 11.3 g/dl. Ante el antecedente de anemia y SOMF(+) se deriva para realización de estudios endoscópicos. **VEDA:** dilataciones varicosas grandes a partir de segunda duodenal. Sin várices esofago-gástricas (IMÁGENES). **VCC:** dilataciones varicosas en todo el marco colónico, algunas con signos rojos, e ileon distal (IMÁGENES). **Ecografía Abdominal (2):** normales. **Eco-Doppler abdominal:** sin evidencias de obstrucción venosa. **TAC abdomen y pelvis:** hígado; bazo y vena cava inf normales. Al reinterrogatorio dirigido se recaba el dato de una VCC del padre con várices colónicas realizado años anteriores, en contexto de screening de CCR (IMÁGENES). Actualmente el paciente se encuentra sin episodios de proctorragia. **DISCUSIÓN:** Las VC son una anomalía vascular digestiva poco frecuente con una incidencia de 1 / 14.000 individuos, en series de autopsias de 0,007%. La primera descripción fue realizada en el año 1970 por Wagner M. Se reportaron en la literatura 21 casos de VCFI desde 1967 hasta 1996, de los cuales 11 casos tienen antecedentes familiares (5 familias). Las cifras son demasiado pequeñas como para extraer conclusiones sobre posibles modos de herencia, aunque el carácter familiar es sugestivo de una afectación del tejido conectivo. **Diagnósticos:** es difícil porque raramente causan HD evidente. La VCC es de elección; las VC pueden visualizarse como dilataciones venosas tortuosas, pueden confundirse con pólipos o tumor. **Tto:** la abstención terapéutica es la regla si las várices no sangran. No se ha demostrado la eficacia de terlipresina u octreótide en la hemorragia aguda por VC sin HTP. La eficacia de la escleroterapia no está documentada. **CONCLUSIONES:** Las VCFI constituyen una entidad rara, siendo la mayoría de ellas secundarias a HTP y con afectación segmentaria del colon. La identificación en grupos familiares es aun menos frecuente, siendo el nuestro el sexto grupo de VCFI hallado luego de una revisión sistemática realizada a través de distintos buscadores

GP-011**SARCOMA DE KAPOSI GASTRICO: DESCRIPCION DE CASO**

A Barri, A Scacchi, S Caruso, H Quiroga, F Chiriano, J Villalba, R Tosti, H Copello, P Colombo

Hospital Churruca Visca, Argentina.

INTRODUCCION:

El sarcoma de Kaposi fue descrito inicialmente en la piel por M. Kaposi en 1872. Su origen está en el sistema reticulo-endotelial. Epidemiológicamente se describen cuatro grupos: esporádico, endémico, epidémico e iatrogénico. En los pacientes con Sida es la neoplasia más frecuente. Se asocia con infección por Virus Herpes Humano tipo 8. Cuando afecta a vísceras, el aparato gastrointestinal es la localización más frecuente. La afectación gastrointestinal puede preceder a las lesiones de piel o aparecer sincrónicamente, aunque en ocasiones no existe afectación cutánea. El diagnóstico diferencial debe hacerse con lesiones con células fusiformes y proliferación de vasos.

Objetivo:

Presentación de un caso de sarcoma de kaposi de tubo digestivo alto, debido a su escasa frecuencia.

Materiales y Métodos:

Se presenta el caso de un varón de 32 años de edad, con diagnóstico reciente de HIV, con lesión única en miembro inferior izquierdo, correspondiente a Sarkoma de Kaposi cutáneo, que concurre a nuestro servicio por cuadro de dispepsia y saciedad precoz. Debido a las características del paciente se decide realizar videoendoscopia digestiva alta y videocolonoscopía.

Resultados:

VCC: sin lesiones, VEDA: se observan múltiples lesiones nodulares de 1 cm aprox., rojo violáceas, con umbilicación central asociadas a máculas de similares características, distribuidas en todo el estómago a predominio antral, y escasas máculas en duodeno de iguales características. Se tomaron múltiples biopsias.

Resultado histopatológico: proliferación de células fusiformes con tendencia a la formación de canales vasculares, las que presentan núcleos ovalados, sin atipias y sin mitosis. Frecuente extravasación eritrocitaria. Lámina propia con patrón inflamatorio mixto. Las técnicas inmunohistoquímicas mostraron coexpresión de CD31, CD 34 y D2-40.

Conclusión:

Se debe considerar la asociación digestiva en todo paciente inmunocomprometidos

GP-010**CANCER GASTRICO EN PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA**

M Golub, R Gerlach, G Osorio Gonzalez, C Rfaelli, S Stupnik, P Vitúez

Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich", Argentina.

INTRODUCCIÓN: La relación entre el exceso de peso corporal y el riesgo de cáncer gástrico no ha sido aun claramente establecida; según una revisión sistemática y meta análisis de estudios de cohortes publicados la obesidad se asocia a un mayor riesgo de cáncer gástrico (principalmente de cardias) y la fuerza de asociación aumenta con el incremento del BMI. Los posibles mecanismos que relacionan a la obesidad con el riesgo de cáncer incluyen: la hiperinsulinemia crónica, el aumento de la producción de factores de crecimiento insulina-like o el aumento de la biodisponibilidad de hormonas esteroideas. Investigaciones más recientes también sugieren que las hormonas derivadas del tejido adiposo y citokinas (adipocinas) como la leptina, apolipoproteína, grelina y la inflamación pueden reflejar los mecanismos vinculados a la génesis tumoral.

OBJETIVO: Reportar un caso de Cáncer gástrico avanzado en una paciente con obesidad mórbida.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de sexo femenino de 35 años de edad consulta por epigastralgia, vómitos post-prandiales, saciedad precoz de 4 meses de evolución acompañado por pérdida de peso (20 Kg). Antecedentes: obesidad mórbida. Al examen físico: Peso: 110 Kg Talla: 155 cm BMI: 45,8 Abdomen: globoso, blando depresible doloroso a la palpación en epigastrio. RHA (+) Catarsis: de características normales. Se le realizó una Videogastroscopia: que informa una lesión mamelonada, ulcerada, friable de consistencia duro pétreo que se extiende desde la región subcardial hasta el antro

Laboratorio: Hto 32,5% Hb 9,9 g% ESD: 45 mm. Resto del estudio normal. TAC toracoabdominopelvíana con contraste oral y endovenoso, donde se evidencia: derrame pleural bilateral, ascitis leve, conglomerados de adenopatías peritoneales, ovario izquierdo aumentado de tamaño y fondo de saco de Douglas ocupado con líquido.

Anatomía patológica: adenocarcinoma difuso. Inmunohistoquímica: CD45 (-) CKAE1/AE3: (+) HER2NEU: no evaluable (fijación de la muestra). Diagnóstico: Adenocarcinoma pobremente cohesivo. Dado el estadio tumoral se realizó una interconsulta con el servicio de Oncología para comenzar tratamiento paliativo.

Evolución: La paciente intercurrió con un episodio de hemorragia digestiva alta por lo que fue internada en otro nosocomio y 12 horas posteriores a su ingreso falleció.

CONCLUSIONES: La obesidad es un importante problema de salud pública a nivel mundial, dado que conlleva un aumento del riesgo para muchas enfermedades crónicas incluidas las neoplasias; por lo que conocer los mecanismos fisiopatológicos involucrados en la génesis de los mismos contribuiría al desarrollo de medidas preventivas más eficaces.

GP-012**EPIDERMOLISIS BULLOSA SIMPLE CON COMPROMISO ESOFAGICO. PRESENTACION DE UN CASO CLINICO**

M Contreras, D Daino, A García, E Alach, G Ramuzzi, J Romé, M Carrilero, C Siri

Hospital San Roque de Gonnet, Argentina.

INTRODUCCION: La epidermolisis bullosa (EB) es una genodermatosis rara, producida por mutaciones de las proteínas de la unión dermoepidérmica. Existen 3 subtipos según el nivel afectado: EB simple (intraepidérmica), EB de la unión (lámina lúcida de la membrana basal) y EB distrófica (unión dermoepidérmica). El espectro clínico es variable dependiendo del tipo de mutación, pero lo característico es la formación de ampollas cutáneas ante traumas mínimos que resultan en la formación de cicatrices. Cambios similares pueden ocurrir en la mucosa gastrointestinal a nivel orofaríngeo, esofágico y anal. En el esófago, el trauma repetido generado por la ingesta de sólidos puede ser suficiente para desencadenar la aparición de ampollas con generación de estenosis; además la fibrosis puede producir acortamiento esofágico, favoreciendo el reflujo gastroesofágico. La EB distrófica es la que se relaciona con mayor riesgo de estenosis, siendo poco frecuente en el subtipo EB simple, en la que solo el 2% de los pacientes presentan disfagia. La terapéutica se basa en el soporte nutricional y la realización de dilataciones con balón neumático por técnica endoscópica o guía fluoroscópica. En pacientes que no responden a estos tratamientos se ha reportado la cirugía con interposición colónica.

PACIENTE Y METODOS: Se presenta el caso de una paciente de 26 años de edad, con diagnóstico histológico de EB simple a los 6 años, que 10 años más tarde consultó por disfagia para semisólidos. En el tránsito esofágico se evidenció estenosis larga y regular a nivel del tercio medio y la presencia de hernia hiatal por deslizamiento. En la videoendoscopia digestiva alta se objetivaron lesiones ampollares en hipofaringe y esófago superior, asociado a estenosis esofágica no franqueable, por lo que se procedió a dilatación endoscópica con balón neumático y se indicó tratamiento con fármacos inhibidores de la bomba de protones. La paciente evolucionó favorablemente durante el primer año postdilatación, con posteriores recaídas sintomáticas durante los embarazos que requirieron soporte nutricional. Luego de 3 años de remisión reapareció la disfagia por lo que se trató con nueva dilatación endoscópica; evolucionando con recurrencias que actualmente requieren dilataciones periódicas.

RESULTADOS: Presentamos un caso poco frecuente de estenosis esofágica recurrente asociada a EB simple con respuesta satisfactoria al tratamiento endoscópico (evaluada en términos de alivio de la disfagia) durante una media de tiempo de 12 meses.

CONCLUSIONES: La afectación esofágica en la EB plantea un reto terapéutico. No existe un tratamiento totalmente efectivo para el manejo de las estenosis debido a que incluso el trauma ejercido durante la endoscopia, asociado a las fuerzas de cizallamiento generadas durante la dilatación, pueden inducir el mecanismo patogénico de esta entidad favoreciendo la aparición de estenosis. En el presente caso, la dilatación con balón para el tratamiento de las estenosis esofágicas es un procedimiento seguro y con buenos resultados, pero no evita la recurrencia de las estenosis.

GP-013

LINFOMA T PERIFÉRICO CON COMPROMISO COLÓNICO SIMULANDO ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

C Canelada, B Majul, A Rausch, S Paz, N Kujta, V Mikolaitis, A Cabanne, S Negreira, E Mauriño
hospital Carlos Bonorino Udaondo, Argentina.

Introducción: Los linfomas gastrointestinales representan el compromiso extraganglionar más frecuente (5-20%) y 1-4% de todos los tumores malignos gastrointestinales. Los sitios más comúnmente afectados son estómago, intestino delgado y región ileocecal. Más del 90% de los linfomas gastrointestinales son de estirpe B. Los linfomas colorectales constituyen 6-12% de los linfomas gastrointestinales y 0,2% de todos los tumores malignos de colon. Se localizan más frecuentemente en ciego, colon ascendente y recto. Las manifestaciones son diversas: dolor abdominal, pérdida de peso, masa palpable y hemorragia digestiva baja; menos comunes la obstrucción y la perforación intestinal. El linfoma periférico de células T es poco frecuente en los países occidentales, además es más agresivo que otros subtipos. Endoscópicamente puede ser vegetante, ulcerado, ulcerovegetante y ulceroinfiltrante de forma focal o difusa simulando patologías como la enfermedad inflamatoria intestinal y la tuberculosis. La perforación es una característica común y tiene mal pronóstico.

Objetivo: Presentar un caso clínico de linfoma de células T con compromiso colónico que aparentaba una enfermedad inflamatoria intestinal. **Métodos:** Una paciente de 39 años que se presenta con fiebre, aumento del número de las deposiciones líquidas (8/día) y pérdida de peso de 8 meses de evolución. Al examen físico se encontraba febril con dolor centroabdominal a la palpación, edemas generalizados, BMI 18. Laboratorio: Hto 39% Gb 9100 Alb 1,9 LDH 656 HIV negativo PPD negativa. VEDA normal. VCC: Desde margen anal hasta ciego pérdida patrón vascular, úlceras profundas con vasos por transparencia en el fondo de las mismas con impresión diagnóstica de enfermedad inflamatoria intestinal. Resultados: La paciente inicia corticoterapia EV sin respuesta favorable. Evoluciona con abdomen agudo secundario a perforación cecal por lo que se realiza hemicolectomía derecha. La paciente continúa febril en el período post-operatorio por lo que se realiza TAC que evidencia conglomerado adenopático retroperitoneal con infiltración local hacia cabeza de páncreas. Derrame pleural bilateral y ascitis. Se recibe anatomía patológica de la pieza quirúrgica: Linfoma T periférico. Durante la internación evoluciona tórpidamente con múltiples intercorrientes infectológicas y coagulación intravascular diseminada sin respuesta a tratamiento por lo cual fallece. **Discusión:** El compromiso colónico por linfoma es infrecuente y, más raro aún, en el caso del subtipo de células T periférico. Se dificulta llegar a un diagnóstico temprano debido a que su presentación simula patologías de naturaleza y tratamiento muy distintos como la tuberculosis y la enfermedad inflamatoria intestinal. Por este motivo no es inusual arribar al diagnóstico por medio del estudio de la pieza quirúrgica como consecuencia de perforación intestinal, complicación habitual en el caso de los linfomas T, circunstancia favorecida en ocasiones por la corticoterapia.

GP-015

TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR

R Diaz, C Ozollo Landa, N Arancibia, C Waldbaum, J Sorda
HOSPITAL DE CLINICAS, Argentina.

La Tuberculosis (TBC) abdominal forma parte de las localizaciones extrapulmonares de la TBC; generalmente asociada a los estados de inmunosupresión primaria o adquirida. Su frecuencia es de aproximadamente del 5 % y su forma de presentación más habitual es el compromiso intestinal, seguida de la peritoneal y la linfadenitis mesentérica. Presentamos el caso de una paciente de 16 años con antecedentes de TBC pulmonar, en tratamiento durante 2 meses con rifampicina, etambutol, pirazinamida y estreptomina que consulto por hematoquezia, dolor abdominal y deterioro del estado general. En el examen físico presentó: palidez cutánea mucosa, adenopatía supraclavicular y abdomen doloroso a la palpación en la fosa iliaca derecha. Laboratorio: HTO: 28%, Hb: 9 g/dl

GB: 16900 cel/mm³ VSG: 16 mm/h, proteínas: 6,8 mg/dl, albúmina: 2,55 mg/dl, AST: 22 mg/dl, ALT: 15 mg/dl, toxina para clostridium difficile y serología para hepatitis y HIV: negativas; cultivo de esputo: positivo para BAAR.

La tomografía computada de abdomen evidenció un marcado engrosamiento de la pared íleon terminal y del ciego asociado a adenopatías, sin evidenciarse la presencia de ascitis.

En la colonoscopia se observó múltiples lesiones elevadas y úlceras profundas tanto en el íleon terminal, como en el ciego y en el colon ascendente, donde se constataron puentes mucosos y lesiones pseudopolipoides. En el recto presento una red vascular conservada, con múltiples úlceras en sacabocado, la mayor de 1 cm. En el examen anatomopatológico de las biopsias endoscópicas se constató la presencia de células de Langhans y bacilos con la técnica de Ziehl-Nielsen confirmando el diagnóstico de la TBC intestinal.

El compromiso intestinal de la TBC es infrecuente y cuando se presenta plantea desafíos diagnósticos y terapéuticos. Este caso se destacó por el curso clínico durante el tratamiento antifímico, la ausencia de un estado inmunosupresor asociado y la extensión de las lesiones intestinales

GP-014

COLITIS EOSINOFÍLICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

L Steinberg, J Jeannot, A Mangoni, M Briozzo, A Casalini, E Trela, S Etchepare
Hospital Carlos G. Durand, Argentina.

INTRODUCCION: la colitis eosinofílica es una enfermedad poco frecuente, que forma parte de la enfermedad gastrointestinal eosinofílica primaria. Se caracteriza por una infiltración de eosinófilos en el tubo digestivo, habiéndose descartado otras causas de eosinofilia.

El diagnóstico se establece mediante la presencia de síntomas, infiltración eosinofílica en colon, ausencia de eosinofilia en otros órganos y ausencia de infección parasitaria. La mayoría de los autores concuerdan en que más de 20 eosinófilos por campo de gran aumento podrían considerarse válidos para llegar al mismo. Según la capa histológica afectada varían las manifestaciones. Si la afección es mucosa se presenta con enteropatía perdedora de proteínas, malabsorción y diarrea. En la afección transmural encontramos obstrucción intestinal y engrosamiento de la pared intestinal mediante estudios por imágenes; y si la afección es serosa, la manifestación típica es una ascitis eosinofílica. La forma transmural se puede asociar a vólvulo e intususcepción.

La terapia con corticoides es efectiva en el manejo inicial pero presenta gran porcentaje de recurrencias una vez suspendida. La medicación con el antihistamínico cetotifeno ha demostrado mejorar la sintomatología.

OBJETIVO: presentar un caso de una patología poco prevalente, en un grupo etario no habitual.

PACIENTE: se presenta un paciente masculino de 65 años de edad. Al interrogatorio negaba consumo de fármacos, tóxicos o enfermedades alérgicas. En seguimiento, debido a dolor abdominal y diarrea tipo acuosa de 18 meses de evolución. Las deposiciones de escasa cantidad sin sangre, pus ni moco en número de 6 a 7 por día. Al examen físico no presentaba hallazgos de interés. Se solicitaron exámenes de materia fecal y laboratorios, cuyos resultados fueron los siguientes:

Coprocultivo y coproparasitológico negativos. Laboratorio: 1855 eosinófilos Esteatocrito y Clearance de 1 antitripsina dentro de los parámetros normales.

VEDA H hial por deslizamiento de 3 cm.

VCC a ciego sin lesiones. Se toman biopsias escalonadas.

Histología: mucosa colónica con abundante infiltrado inflamatorio crónico a predominio eosinofílico a nivel de lamina propia y submucosa (> 24 eosinófilos en campos de gran aumento) con intensa congestión vascular. Conclusión: colitis eosinofílica.

Ante el diagnóstico histopatológico de colitis eosinofílica, se realiza interconsulta con el servicio de alergia, quienes descartan causas secundarias de eosinofilia.

CONCLUSION: la colitis eosinofílica es una entidad infrecuente, poco descrita en la literatura médica.

No suele ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de las diarreas crónicas. El caso presentado corresponde a un paciente con manifestaciones clásicas de la enfermedad, pero de inicio a una edad tardía, ya que suele presentarse a edades más tempranas.

El diagnóstico fue histopatológico, observándose la infiltración eosinofílica en más de un segmento del tubo digestivo y luego de descartar causas secundarias de eosinofilia. El paciente, por el momento, permanece con tratamiento sintomático

GP-016

NEOADYUVANCIA EN GIST GÁSTRICO AVANZADO, REPORTE DE UN CASO.

A Banchoero 1, JP Santilli2, NA Pagliere1, A Bosolino 1
1 Sanatorio Municipal Dr. Julio Méndez (Unidad de Gastroenterología), Argentina. 2 Sanatorio Municipal Dr. Julio Méndez (Servicio de Anatomía Patológica), Argentina.

Introducción: Aunque son relativamente poco frecuentes, los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son las neoplasias primarias mesenquimales más comunes del tracto gastrointestinal. Presentan mayor incidencia en hombres mayores de 40 años y con origen histopatológico en las Células Intersticiales de Cajal o pluripotenciales, siendo su localización más común el estómago (60%). El diagnóstico se realiza con la histología e inmunohistoquímica, habitualmente con CD117+. Pueden presentar morfología celular fusiforme o epiteloide. La presentación clínica es polimorfa, siendo la tumoración abdominal, la hemorragia GI y el dolor abdominal las más frecuentes.

Objetivo: Presentar un caso clínico de GIST gástrico con invasión pancreática, de alto riesgo de potencial biológico con respuesta favorable a tratamiento quimioterápico con Imatinib.

Caso Clínico: Hombre, 44 años, consulta por síndrome de impregnación y anemia de 7 meses de evolución. Examen físico: masa abdominal palpable en epigastrio. Laboratorio: Hto: 26.5 Hb: 7.5 Gb: 13360 PLq: 973000 Ferremia: 15 Ferritina: 64 Transferrina: 206 %sat transferrina: 6% Albúmina: 3 PCR: 7.5 ERS: 75.

TAC abd y pelvis c/cte EV: En espacio subfrenico izquierdo y en íntimo contacto con el páncreas, lesión de densidad de partes blandas e irregular con engrosamiento parietal gástrico con áreas solidas y liquidas. Adenomegalias en epiplón gastrohepático y gastroesplénico. VEDA: Estómago: Lesión extensa vegetante, mamelonada, irregular, friable en cara posterior de techo y cuerpo proximal gástrico que se biopsia, sin otras lesiones. RM c/ reconstrucción 3D: Lesión heterogénea de origen pancreático o gástrico, por delante de la vena esplénica y en proyección de la bifurcación del tronco celiaco a nivel de la arteria gástrica y esplénica. Eje espleno-portal respetado. Anatomía patológica: infiltración mucosa por GIST, subtipo fusiforme, CD117 y cd 34+, índice mitótico mayor a 5 en 50 campos de alto aumento. Por tamaño tumoral, extensión e índice mitótico, se decide comenzar tratamiento neoadyuvante, al cual responde favorablemente en 12 meses, por clínica, laboratorio e imágenes.

Discusión: La cirugía continúa siendo la primera línea de tratamiento para GIST aunque se recomienda al Imatinib como neoadyuvancia, con un porcentaje de reseccabilidad posterior de 10 a 24%, para tumores inicialmente irresecables.

Estudios de investigación en fase II y III muestran respuesta parcial del 67% al tratamiento neoadyuvante al año, con 17% de estabilidad de enfermedad y progresión de 13%, con supervivencia global de 4,8 años.

Conclusiones: 1) La edad del paciente, clínica y la localización del GIST fueron concordantes con la bibliografía. 2) En la endoscopia, se evidenció compromiso mucoso extenso, lo cual es poco común. 3) El diagnóstico se realizó con la histología y CD117+.

4) Con el tratamiento neoadyuvante con Imatinib se obtuvo respuesta parcial (disminución > 50% del tamaño tumoral), permitiendo la intención quirúrgica curativa.

GP-017

ESOFAGO NEGRO PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

JP De Santis, ML Codoni, Y Barbaglia, F Jiménez
Servicio de Gastroenterología. Hospital José María Cullen, Santa Fe, Argentina.

Varón de 60 años, ex tabaquista y estilista de jerarquía con diagnóstico de cirrosis, ingresa al hospital con 12 horas de evolución de: dolor abdominal, hemate-mesis y depresión del sensorio. Sin antecedentes de ingesta de cáusticos u otros agentes nocivos. Presenta mal estado general, hipotensión, taquicardia, fiebre, bra-dipsiquía, desorientación, mucosas secas y pálidas, rales crepitantes en base pul-monar izquierda.

El laboratorio informa, GB:1700, Hgb:11,4, HTO:30, Urea: 0,62, Creatinina: 2,28, Na: 115, T.P: 21, K.P.T.T: 34,4, PO2: 49, saturando a 77 % aire ambiente.

La Rx tórax, presenta radiopacidad en base pulmonar izquierda. La endosco-pia muestra: esófago, desde el tercio distal al proximal una mucosa negra de aspect-to necrótico que abarca toda la circunferencia en forma difusa, con clara delimitación en la unión gastroesofágica y presencia de varices mayores. En la región córp-orofúndica, se observan erosiones aisladas con restos de hemoderina.

El paciente evoluciona desfavorablemente, con cuadro sugestivo de choque séptico de origen pulmonar y falla multiorgánica. Fallece a las 24 hs del ingreso.

ACTUALIZACION BIBLIOGRAFICA

El esófago negro o esofagitis necrotizante aguda, fue descrita endoscópica-mente por primera vez en el año 1990. Caracterizándose por pigmentación negra difusa, circunferencial a predominio distal con extensión a proximal y terminación abrupta a nivel de la unión gastroesofágica, en ausencia de ingesta de cáusticos y otros agentes lesivos.

Tiene una prevalencia de 0,01 a 0,2 %. Hasta el 2006 se reportaron 88 casos. Afecta cuatro veces más a hombres, con incidencia máxima a los 60 años. De pato-genia poco clara, como consecuencia de múltiples factores: hipoperfusión de la mu-cosa, deterioro de las barreras defensivas locales y el aumento de la afluencia del contenido gástrico. Los predisponentes serían la desnutrición, infecciones vírales, obstrucción del tracto de salida, neoplasias, shock, enfermedad hepática, cetoacido-sis diabética, enfermedad pulmonar crónica, entre otros.

Se presenta como H.D.A. en un 90% de los casos o, con síntomas inespeci-ficos. El diagnóstico es endoscópico. La biopsia se recomienda para excluir etiología-s infecciosas asociadas o una infección superpuesta, sin ser imprescindible. El dia-gnóstico diferencial es con: ingesta de cáusticos, carbón, melanosís, entre otros.

La perforación es la complicación más grave (7 %), la estenosis la más fre-cuente (más del 10 %). De pronóstico pobre, con una mortalidad del 33 al 50 %. Sin tratamiento estandarizado, se recomienda atender la enfermedad de base, importan-te hidratación, I.B.P.s en altas dosis, reposo intestinal, antibióticos ante la sospecha de perforación. Evoluciona con rápido deterioro clínico.

CONCLUSIÓN

La Esofagitis Necrotizante Aguda es una muy rara entidad, infradiagnosticada, de etiología desconocida, con hallazgos endoscópicos típicos, sin tratamiento preci-so y, alta mortalidad.

GP-019

GAS RETROPERITONEAL, COLECCIONES AGUDAS Y PANCREATITIS: SU RESOLUCIÓN CON TRATAMIENTO MÉDICO

P Berarducci, P Yoza, L Perna, S Gutierrez, M Zamboni, M Gimenez Dixon, H Puma, D Delgado
HOSPITAL ALEJANDRO POSADAS, Argentina.

Introducción: la presencia de gas retroperitoneal en pancreatitis aguda (PA) se presenta en 2% de los pacientes y es un signo radiológico sugerente de infección en el curso de la enfermedad. Objetivo: presentación de un caso clínico de PA, colecciones y gas retroperitoneal que responde favorablemente al tratamiento médico. Caso clínico: mujer de 66 años que consulta por dolor leve en hemiabdomen superior, distensión abdominal de ocho días de evolución, vómitos y fiebre (un registro) tres días previos a la consulta. Antecedentes: cáncer de mama en remisión e hipertensión arterial. Examen físico: IMC 26, compensada hemodinámicamente, afebril, abdomen blando, depresible, RHA (+). Laboratorio: Hto 34 % Leu 14500 Urea 1.88 Creat 5.1 Na 128 K 3.2 Amilasa 161 BT 0.6 ASAT 47 ALAT 44. Rx abdomen: ileo regional. Ecografía abdominal: vesícula con barro biliar, páncreas no evaluable, derrame pleural izquierdo, no líquido libre. TAC de Abdomen: edema pancreático y peripancreático, presencia de gas retropancreático, colección líquida en parietocólico izquierdo; derrame pleural izquierdo. Previo hemocultivos, se inicia tratamiento con imipenem. Evolución favorable en las primeras horas del ingreso, asintomática, tránsito intestinal conservado, resolución de la disfunción renal con expansión de cristaloides. Se adopta en conjunto con los Servicios de Clínica, Cirugía y Gastroenterología conducta expectante dada la ausencia de fallos orgánicos y signos de sepsis. Finaliza tratamiento antibiótico (14 días), hemocultivos negativos y normalización de los parámetros bioquímicos. Se alimenta vía oral con buena tolerancia. Día 10 del ingreso se repite TAC de Abdomen: colección peripancreática en relación al cuerpo y cola en contacto de fascia perirrenal anterior que muestra burbujas en su interior, con extensión cefálica al sector posterior del fundus gástrico y caudal anterior hacia el riñón izquierdo. Debido a la excelente evolución clínica se decide el alta con pautas de alarma y control por consultorio externo de Gastroenterología. TAC de Abdomen (45 días del alta): colección mínima latero-aórtica, no presencia de gas en el retroperitoneo, glándula pancreática de aspecto normal. Se realiza colestectomía laparoscópica por litiasis vesicular. Conclusión: algunos pacientes con PA, colecciones y gas retroperitoneal, en ausencia de sepsis y/o fallos orgánicos responden al tratamiento médico sin requerir cirugía. El manejo de estos casos debe ser multidisciplinario.

GP-018

TOXOCARIASIS VISCERAL CON COMPROMISO HEPÁTICO

GE D'Ottavio, D Piombino, F Bucciarelli, D Pratto, A Levin, A Wulfsberg
Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez, Rosario, Argentina.

Introducción: La toxocariasis es una zoonosis causada por el parásito *Toxocara canis* y *cati*. El hombre no es el huésped definitivo por lo que las larvas son incapaces de madurar en él; esto hace que migren erráticamente por el cuerpo causando reacciones inflamatorias con hipereosinofilia (larva migrans visceral). La enfermedad puede afectar a diversos órganos como el SNC, retina, pulmones, corazón y, principalmente, hígado.

Caso Clínico: Mujer de 41 años que consulta por hemiparesia facial derecha y disestesias en miembro superior derecho acompañado por sensación febril y astenia de 10 días evolución. LAB: Hcto: 31%; GB:20.800 (eosinófilos 55,1%); VES:35; PCR:24; GOT:127; GTP:101; FAL:665; GGT:17; BT:SA; LDH:848

Se confirma hipereosinofilia con frotis. No se observan células inmaduras.

RMI Cerebral: Múltiples hiperintensidades de disposición cortical frontal bilateral y en la sustancia blanca.

PL: Normal. Hemocultivos y urocultivo: negativos.

Serologías virales e inmunológico negativos.

Toxoplasmosis IgM (-). Parasitológico MF negativo.

Ecografía abdominal: Hígado de tamaño normal, parénquima heterogéneo sin lograr definir lesión focal neta. Vesícula y vía biliar normal.

TAC: Hígado levemente aumentado de tamaño, con parénquima heterogéneo. Bazo normal. RMI Abdomen: Múltiples alteraciones ocupantes de espacio hepáticas de diferentes formas redondeadas amorfas lineales y/o tubulares hipointensas en fase portal y que realzan postcontraste en fase tardía de equilibrio.

Toxocara canis: IgG (+) Índice de positividad: 12

Por presentar hipereosinofilia severa y compromiso neurológico, se inicia tratamiento con corticoides. Con el diagnóstico de toxocariasis se indica albendazol y se disminuyen dosis de corticoides en forma gradual.

Actualmente asintomática, normaliza laboratorio e imágenes.

Discusión: Las larvas de *Toxocara*, al migrar, pueden causar la infiltración eosinofílica con formación de granulomas o abscesos eosinofílicos en el hígado.

Clínicamente se expresa con fiebre, dolores musculares y urticaria, además de los síntomas referentes a los distintos órganos afectados.

En el laboratorio presenta leucocitosis con eosinofilia y aumento de las transaminasas si existe compromiso hepático.

La afectación hepática por TC se observa como múltiples lesiones hipodensas bien delimitadas en fase venosa portal con refuerzo periférico.

Diagnóstico: ELISA IgG anti *Toxocara*

El tratamiento de las infecciones severas con compromiso del SNC y otros órganos es el albendazol pudiendo asociarse corticoides en dosis antiinflamatorias. Las infecciones leves pueden desaparecer sin tratamiento.

Conclusiones: La toxocariasis es una causa de hipereosinofilia. En pacientes con hipereosinofilia sostenida que presentan lesiones hepáticas pequeñas, ovaladas o alargadas, que en TC son hipodensas y bien delimitadas en fase venosa portal con refuerzo periférico, la infección por *Toxocara* debe ser considerada.

GP-020

HISTOPLASMOSIS INTESTINAL COMO PRIMERA MANIFESTACION DE SIDA: A PROPOSITO DE UN CASO.

L Salas Paz, AG Palazzo, P Rodriguez, CD Lombardo, LE Martinez, MD Pérez, P Panico, G Babot Eraña, A Palazzo, E Martinez
Hospital Angel C. Padilla, Argentina.

INTRODUCCION La histoplasmosis es una infección sistémica causada por *Histoplasma capsulatum*. Este microorganismo existe en forma micelial en el suelo a temperatura ambiente y se convierte en la forma levaduriforme a temperaturas corporales (37 ° C). La infección se adquiere por inhalación y en los alvéolos pulmonares son fagocitadas por los macrófagos formando granulomas que se pueden calcificar. Generalmente causa infecciones autolimitadas en pacientes inmunocompetentes, pero puede diseminarse en pacientes con alteración de la inmunidad. Algunos factores de riesgo para la diseminación son: SIDA, medicamentos inmunosupresores (infiximab y etanercept), extremos de edad, linfocitopenia CD4 idiopática y otros desórdenes inmunológicos. La implicación gastrointestinal puede ocurrir vía hematogena o por diseminación a través de ganglios linfáticos infectados luego de exposición al hongo y es particularmente común en el íleon terminal debido al abundante tejido linfocítico localizado en las placas de Peyer. Presentamos el caso de un paciente inmunodeprimido que presentó una enfermedad oportunista con escasos reportes a nivel mundial. CASO CLINICO: Varón de 34 años de edad, que consulta por presentar desde hace 20 días astenia y adinamia, sudoración profusa, diarrea líquida de 6 días de evolución, sin moco, pus ni sangre y pérdida de 17 kg. en ese período. Antecedente de serología positiva para HIV en el año 2002 sin tratamiento. Estilista y toxicómano. Al ingreso hemodinámicamente estable, temperatura axilar 38°C, deshidratado, bajo peso y muguet. Abdomen blando levemente doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Laboratorio al ingreso normal. Parasitológico seriado: quistes de giardias. Coprocultivo: leucocitos >100. Se realiza hemocultivos y urocultivo: negativos. VEDA: Esofagitis grado III, candidiasis esofágica. Ecografía abdominal: en flanco derecho, región infraumbilical, imagen hipoecica con gas intraluminal de 45x21 mm con pared hipoecica de 9 mm que corresponde a víscera hueca. TAC Abdominal: engrosamiento difuso e irregular de las paredes del colon derecho con ligero infiltrado del tejido graso peritoneal adyacente. Se realiza colon por enema con dólido colon sigmoideo y en unión de colon sigmoideo y descendente disminución concéntrica, regular, de corta longitud y no distensible del calibre. Colonoscopia: estenosis infranqueable en unión descendente sigma con ulceraciones en dicha zona, duras y anfractuadas. Biopsia: histoplasmosis colonica. CONCLUSIONES: Paciente que presentó Histoplasmosis Colónica como primera manifestación de SIDA. La histoplasmosis diseminada o extrapulmonar es una micosis oportunista que define el estadio IV en pacientes inmunosuprimidos por el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida. Esta infección después de la candidiasis y el citomegalovirus, es la tercera infección oportunista en SIDA, aunque en algunas series ocupa el cuarto lugar después de la neurocriptococosis. Existen pocos informes de casos de histoplasmosis intestinal en la literatura mundial y puede ocurrir como manifestación única aislada.

GP-021**TUMOR NEUROENDÓCRINO: COMPLICACIÓN INFRECIENTE EN LA ENFERMEDAD CELÍACA**

M Wulfson, G Ripari, C Vicentin, M Cisera, F Bucciarelli, D Pratto, A Levin, A Wulfson

Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez, Argentina.

Introducción: Múltiples estudios han establecido la relación de enfermedad celiaca con enfermedades malignas presentándose como una complicación de esta entidad en 2 – 15 %. De los tumores de intestino delgado, los más frecuentes son el adenocarcinoma y el linfoma no hodking.

Caso clínico: Paciente de 39 años con diagnóstico de Enfermedad Celíaca hace 17 años, no adherente a tratamiento, consulta por un cuadro de 20 días de evolución, caracterizado por vómitos alimenticios, dolor abdominal y pérdida de 5 kg. de peso.

Laboratorio: Gliadina deaminada (ac. Ig A/Ig G): 80 U, Transglutaminasa Ac Ig A: 10,5 U/ml., Ig A: 332 mg/dl. U: 38 – Na 138 – K 4,5 – TGO 81 mU/ml – TGP 87 mU/ml – FAL 266 mU/ml – GGT 52 mU/ml – Prot T 6,6 g% – Alb 3,5 g% – LDH 339 mU/ml. – Ca 8,4 mg%

VEDA: Hernia hiatal. Esofagitis circunferencial, confluyente. Reflujo biliar abundante. Estómago con abundante contenido biliar, se aspiran 400 ml. de líquido biliar. Patrón gástrico en empedrado con nódulos en antro. Duodeno: pérdida de pliegues hasta 2º porción y patrón nodular. Luego se realizó una 2ª VEDA con el colonoscopio evidenciándose en yeyuno proximal, lesión estenosante, circunferencial, friable, de aspecto atípico, infranqueable. Se toman biopsias. RX DIRECTA DE ABDOMEN (post-administración de contraste a través del endoscopio): Distensión gaseosa del estómago. Stop con impedimento de pasaje del contraste, localizado a nivel del yeyuno, distal al ángulo de Treitz.

TAC abdomen C/C: Abdomen dilatado. Engrosamiento de las asas intestinales.

SEG: Falta de progresión del contraste, evidenciándose un stop a nivel del yeyuno proximal. Conducta quirúrgica: Tumor de ID a 20 cm del asa fija. Resección latero-lateral.

BIOPSIA DUODENAL: Proceso inflamatorio crónico linfoplasmocitario. Atrofia vellositaria moderada con mínima regeneración críptica y 45 LIES en 100 enterocitos. **BIOPSIA LESION YEYUNAL:** Carcinoma poco diferenciado con elevado nro. de mitosis y extensa necrosis.

INMUNOHISTOQUIMICA: CK total, +CK 7: +, CK 20: -, Enolasa: + focal, Cromogranina: +, Sinaptofisina: + focal. **Diagnóstico:** TUMOR NEUROENDOCRINO DE INTESTINO DELGADO

Discusión: El gluten en los pacientes con enfermedad celíaca podría estimular la proliferación y actividad de células enterocromafines, debido a la presencia aumentada de estas en la mucosa intestinal, acelerando el proceso de hiperplasia, displasia y cáncer.

El interrogante planteado es si la asociación de carcinoma de intestino delgado y la enfermedad celíaca es mayor que la esperada sin esta y si podría prevenirse con la DLG.

Conclusión: Se presentó un caso de una complicación sumamente infrecuente, con escasísimos reportes en la literatura, en la enfermedad celíaca no controlada. Se utilizó una metodología de estudio útil, relativamente infrecuente. Se complementó esta metodología endoscópica con un aporte radiológico a través de la inyección de contraste yodado hidrosoluble por el endoscopio, en la luz duodenal, generando un doble contraste radiológico.

GP-023**EFFECTO DE LOS PROBIOTICOS SOBRE LA ERRADICACION DEL HELICOBACTER PYLORI. UN ESTUDIO PILOTO.**

M Sarem I, R Rey I, R Amendola Z, R Corti Z

1 Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Fundación H.A. Barceló, Argentina.
2 Unidad de Esófago y Estómago - Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo, Argentina.

INTRODUCCION: La infección por el Helicobacter Pylori (*H. pylori*) afecta aproximadamente al 50% de la población mundial. Esta bacteria es considerada hoy un importante factor etiológico de la Gastritis Crónica Activa, úlcera péptica, cáncer y linfoma MALT gástrico. El Lactobacillus spp puede ejercer efecto bactericida sobre el *H. pylori* a través de la liberación de bacteriocinas e inhibir su adherencia a células epiteliales. Inhibe la ureasa del *H. pylori* y produce el H2O2, induciendo de esta manera la muerte bacteriana mediante un mecanismo de defensa antimicrobiano inespecífico. Su capacidad para colonizar epitelios también ha sido destacada y se relaciona con una alta hidrofobicidad de superficie, lo que le permite competir con el *H. pylori*. **OBJETIVOS:** Los objetivos de este ensayo son: 1- Determinar si los Lactobacillus Casei (L. Casei), por sí solos, poseen un potencial efecto de erradicación del *H. Pylori*. 2- Comparar si los L. Casei mejoran la tasa de éxito del esquema de triple terapia de erradicación y disminuye sus efectos adversos. **PACIENTES Y METODOS:** Se incluyeron 21 pacientes entre 18 y 65 años de edad, con síntomas del tubo digestivo alto e infección por *H. pylori* constatada por histología. Se establecieron 5 grupos de tratamiento: Grupo 1: amoxicilina, metronidazol y un inhibidor de la bomba de protones (IBP); grupo 2: amoxicilina, claritromicina y un IBP; Grupo 3: amoxicilina, metronidazol, IBP y una administración diaria de L. Casei; Grupo 4: amoxicilina, claritromicina, IBP y una administración diaria de L. Casei; Grupo 5: IBP y tres administraciones diarias de L. Casei. El control de erradicación se realizó por medio de test de aire espirado o histología. **RESULTADOS:** La tasa de erradicación para los grupos 1, 2, 3, 4, y 5 fue del 80%, 57%, 100%, 100% y 33% respectivamente. De los grupos de triple terapia convencional se presentaron dos efectos adversos, mientras que ningún paciente del resto de los grupos presentó algún tipo de efecto adverso. **CONCLUSIONES:** El tratamiento con L. Casei no parece ser una buena alternativa para la erradicación del *H. pylori*, su administración en conjunto con antibióticos podría aumentar la tasa de éxito de erradicación y mejorar la tolerancia y disminuir los efectos adversos. Se requiere mayor estudios para sostener estos datos.

GP-022**ENFERMEDAD CELÍACA Y TRASTORNOS AUTOINMUNES**

OR Daffra, AM Serman, A Astudillo, SM Calderón

Hospital Del Carmen Osep Mendoza, Argentina.

Introducción. La enfermedad celiaca es una enteropatía autoinmune, multisistémica provocada por la intolerancia permanente al gluten en individuos genéticamente predisuestos. Suele asociarse a otras inmunopatías, con diferentes presentaciones clínicas. **Objetivos.** Determinar la prevalencia de patologías autoinmunes en una cohorte de pacientes celíacos.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo, transversal, observacional. Sobre un total de 1017 pacientes del programa VIVIR COMO CELÍACO de OSEP, se recabaron datos de historias clínicas del servicio de gastroenterología del Hospital de adultos Nuestra Señora Del Carmen, el cual consta de 506 registros de un muestreo consecutivo, desde febrero de 2005 a Julio de 2011. Se seleccionaron aquellos pacientes que presentaban patologías autoinmunes asociadas. Se registró también el grado de lesión intestinal al momento del diagnóstico, basado en la clasificación de Marsh modificada. **Análisis estadístico:** medidas de tendencia central.

Resultados. Se incluyeron 506 pacientes con diagnóstico de enfermedad celíaca, con edades de entre los 15 y 80 años, con una media de 43 años. El 89 % fueron mujeres (n=66). Setenta y cuatro pacientes (15%) presentaban diagnóstico conjunto de inmunopatías. En cuanto a las entidades autoinmunes presentaban: Artritis Reumatoidea: 5 pacientes (6,75%); Enfermedad de Sjögren: 4 (5,40%); Diabetes Mellitus tipo 1: 3 (4,05%); Esclerodermia: 1 (1,35%); Esclerosis en placas: 1 (1,35%); Gastritis Crónica Autoinmune: 11 (14,86%); Hepatitis Autoinmune: 6 (8,10%); Lupus Eritematoso Sistémico: 3 (4,05%); Pénfigo: 1 (1,35%); Síndrome Antifosfolípido: 4 (5,40%); Sarcoidosis: 1 (1,35%); Tiroiditis autoinmune: 29 (39,18%); Vitiligo: 9 (12,16%); Patología Autoinmune Inespecífica: 12 (16,21%). En referencia al grado de lesión de mucosa intestinal al momento del diagnóstico, según la clasificación de Marsh, encontramos: Grado I: 5,3%; II: 8,80%; IIIa: 19,30%; IIIb: 10,50%; IIIc: 57,10 % .

Conclusiones. Si bien es conocida la asociación entre enfermedad celíaca y otras inmunopatías, no existen datos estadísticos en Mendoza sobre la prevalencia en este grupo de pacientes. Registramos una prevalencia del 15% de inmunopatías en nuestra población de pacientes celíacos; la tiroiditis fue el trastorno más frecuente; hallando también un mayor porcentaje de pacientes con atrofia vellositaria total en la biopsia intestinal.

Sostenemos la importancia del screening de inmunopatías en pacientes con diagnóstico de enfermedad celíaca, debido a su alta asociación.

GP-024**EVALUACIÓN DEL ESTADO HEMATOLÓGICO (EH) EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO INICIAL DE ENFERMEDAD CELÍACA (EC).**

CG Boggio Marzet, M Ballagán Lucero, MA Tilli, M Ko, C Tennina

Grupo de Trabajo en Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Gral. de Agudos "Dr. I. Pirovano". Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Las manifestaciones hematológicas son frecuentes en EC por ser un desorden multisistémico, siendo la anemia el trastorno hematológico más común en los casos nuevos de EC.

Objetivo: Valorar el EH de los pacientes al momento del diagnóstico de EC.

Material y Métodos: Muestra de 53 pacientes con diagnóstico inicial de EC que concurren a Gastroenterología Pediátrica del Hospital Pirovano durante el período 1-1-2001 al 31-12-2010. Se estimaron scores z de peso, talla e IMC según referencias de OMS adaptadas por Ministerio de Salud de la República Argentina. El EH se valoró de acuerdo al consenso del Comité Nacional de Hematología de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Resultados: 60,4% varones. Edad media 7.89 años (rango 2.11-16.76) y se dividieron en dos grupos etarios: Grupo A (GA): 2-9 años y Grupo B (GB): 9 a 16 años. La prevalencia global de anemia ferropénica al momento del diagnóstico fue del 30%, sin diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (Fisher p=0.883). La severidad de anemia en función del grupo etario demostró anemia leve (56% GA vs 12.5% GB) y moderada a severa (12.5% GA vs 19% GB) (Fisher p=0.245). La relación anemia - z-score para Peso-Edad y Talla-Edad demostró asociación estadísticamente significativa entre niños con z-score normal (9%) vs z-score por debajo de la normalidad (21%) (Fisher p=0.019).

Conclusiones: La anemia es el trastorno hematológico más frecuente al momento del diagnóstico de EC no pareciendo estar asociada la severidad de la misma con la edad. Existiría una relación entre el grado de alteración del perfil de crecimiento y la presencia de anemia que podría deberse a la falta del diagnóstico precoz.

GP-025**PANCREAS ANULAR: REPORTE DE UN CASO CON DOS DE SUS COMPLICACIONES**

S Yasuda, A Curras, G Suaya, O Aira, E Baez, R Zanolli
Hospital J.A.Fernández, Argentina.

INTRODUCCIÓN: el páncreas anular es una rara anomalía congénita que consiste en un anillo de tejido pancreático que rodea parcial o completamente la segunda porción duodenal. La incidencia estimada es de 3 en 20.000 por estudio retrospectivo de autopsias. Se diagnostica con igual frecuencia en adultos y niños, asociándose en estos últimos a otras anomalías congénitas (Síndrome de Down, mal rotación intestinal, fistula traqueo-esofágica y defectos cardíacos). En los adultos se manifiesta clínicamente en la tercera a sexta década de la vida debido a sus complicaciones como la úlcera gástrica o duodenal, obstrucción duodenal, pancreatitis y obstrucción biliar. También es mayor el riesgo de neoplasia pancreatocobiliar en adultos. El diagnóstico preoperatorio a menudo es difícil, resultando útiles los estudios de imágenes como la tomografía, resonancia y seriada esófago gastroduodenal. El tratamiento es la cirugía de derivación generalmente por una anastomosis duodeno-duodenal, duodeno-yeyunal o gastro-yeyunoanastomosis.

OBJETIVO: presentar un caso de Pancreas Anular en adulto que presenta dos de las complicaciones descritas en la literatura

CASO CLÍNICO: Paciente de sexo masculino de 66 años de edad con antecedentes de HTA, DBT tipo II, colectomía segmentaria por diverticulitis sigmoidea perforada y úlcera crónica del canal pilórico refractaria al tratamiento de 2 años de evolución. Consulta por saciedad precoz, plenitud postprandial, distensión abdominal, vómitos alimentarios, astenia, adinamia y pérdida de peso de 15 kg en los últimos 3 meses. Al examen físico: adelgazado, palidez cutánea-mucosa, abdomen distendido y doloroso a la palpación en epigastrio. Laboratorio: anemia microcítica (Hto: 26%, Hb 7,6 g/dl) resto normal. SEG: obstrucción duodenal incompleta. VEDA: Antro prepilórico deformado con úlcera sobre curvatura menor de 12 mm redonda con fondo con fibrina y bordes edematosos. Hipomotilidad de la región antro pilórica con aumento de la consistencia. Anatomía Patológica: cuadro histológico correspondiente a fondo y bordes de úlcera, con inflamación crónica inespecífica y cambio epiteliales reactivos. Ausencia de H.Pylori. TC de Abdomen: sin particularidad. Se realiza laparotomía exploradora que evidencia banda de tejido pancreático que rodea al duodeno compatible con Pancreas Anular. Se realiza gastrectomía subtotal con gastro enteroanastomosis en Y de Roux. El paciente evoluciona favorablemente.

CONCLUSIÓN: el Pancreas Anular es una de las pocas anomalías congénitas del tracto gastrointestinal que se puede manifestar tardíamente en la vida. Ante un paciente con úlcera gástrica refractaria de etiología desconocida, plenitud postprandial, distensión abdominal y vómitos debe sospecharse en esta patología debido a que la edad de aparición de los síntomas varía desde el período neonatal a la edad adulta dependiendo del grado de obstrucción duodenal.

GP-027**ENCEFALOPATÍA E HIPERMANGANESEMIA EN UN PACIENTE SIN HEPATOPATÍA CRÓNICA**

P Berarducci, P Yoza, L Perna, H Puma, S Gutierrez, N Dominguez, M Valenzuela, E Alvarez, F Leiguarda
HOSPITAL ALEJANDRO POSADAS, Argentina.

Introducción: la degeneración hepatocerebral adquirida (DHA) es un síndrome caracterizado por síntomas extrapiramidales y psiquiátricos que puede observarse en pacientes con hepatopatía crónica. El depósito de manganeso en los núcleos basales del cerebro ha sido implicado en la fisiopatología de la DHA. **Objetivo:** presentación de un paciente con síntomas de DHA sin evidencia de hepatopatía. **Caso Clínico:** varón de 52 años que consulta por discurso incoherente, inversión del sueño, bradipsiquia. **Antecedentes patológicos:** caídas a repetición, desorientación, temblor en miembros superiores y ataxia. No refiere antecedentes de ingesta de alcohol, tabaco ni consumo de drogas. **Catarsis** negativa de 72 hs de evolución. **Examen físico:** temblor cefálico, asterixis. Se descarta hemorragia intracraneana e infección por resultados negativos en el hemocultivo, urocultivo y líquido céfalo-raquídeo. **TAC de cerebro:** asimetría en el volumen de espacios subaracnoides frontales y temporales, atrofia cerebral. **RMN de cerebro:** alteración de señal en sustancia blanca de ambos hemisferios cerebelosos y globos pálidos. Dichas alteraciones son hipointensas en T1 e hiperintensas en T2. Aumento de intensidad en T1 de los núcleos lenticulares atribuible a proceso metabólico. **Laboratorio:** hepatograma normal, albúmina 3,82, Quick 72%, resto de la rutina normal. **Serología** negativa para HIV, HCV, HBV, ANA, ASMA, AMA, LKM, ANCA. **EEG:** trazado normal. **Ecografía abdominal:** hígado disminuido de tamaño a predominio de lóbulo izquierdo, heterogéneo. **Vía biliar,** vesícula, bazo sin particularidades. **Doppler espleno-portal:** vena porta y esplénica de calibre conservados con flujo anterógrado. **VEDA:** gastropatía eritematosa. **Manganeso sérico:** 0,85 microg/dl (hasta 0,05), **manganeso urinario:** 2,6 microg/g creat (< 3); **dosaje de ceruloplasmina,** cobre plasmático y urinario fueron normales. **Laparoscopia y biopsia hepática:** hígado macroscópicamente normal. **Parénquima hepático** con arquitectura conservada, discreta fibrosis portal y esteatosis mixta. **Angiotomografía:** hígado de pequeño tamaño, homogéneo, bazo y páncreas sin alteraciones. **Anomalía vascular venosa** que comunica vena renal izquierda con sistema porta. Actualmente paciente compensado clínicamente, en plan de realización de angiografía para evaluación de presiones venosas y probable tratamiento de vaso anómalo. **Conclusión:** se describe el cuadro de un paciente con síntomas e imágenes compatibles con degeneración hepatocerebral e hipermanganesemia. Si bien la hepatopatía crónica es la principal causa de esta afección, en nuestro caso, el hallazgo de la comunicación anómala porto-renal justifica la enfermedad del paciente.

GP-026**EVALUACIÓN DE PACIENTES CELÍACOS SEGÚN NUEVOS CRITERIOS REVISADOS DE ESPGHAN(*): ESTUDIO PILOTO**

CG Boggio Marzet, MA Tili, V Schuster, N Litwin, V Plante, MT Basaldúa
Grupo de Trabajo en Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Gral. de Agudos "Dr. I.Pirovano". Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La Enfermedad Celíaca (EC) es una enteropatía autoinmune desencadenada por ingesta de prolaminas tóxicas. El diagnóstico de certeza (ESPGHAN) se basa en positividad de anticuerpos y biopsia intestinal. La revisión en el año 2010 plantea posibilidad de evitar biopsia en casos seleccionados.

Objetivo: Evaluar en grupo seleccionado de pacientes presencia de EC mediante criterios revisados de ESPGHAN.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, de correlación y retrospectivo. **Población:** 18 pacientes con sospecha clínica y bioquímica de EC que concurren a Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. **Período:** 1-1-09 al 31-12-10. **Variables consideradas:** sexo, edad, fecha de consulta basal y 12 meses luego del diagnóstico, z-score de peso, talla/longitud e IMC y presencia de anticuerpos antitransglutaminasa tisular IgA (AttGIgA) > 100 UI/l en basal y 12 meses y estudio genético positivo (HLA DQ2 y/o DQ8).

Resultados: Edad x: 4,46 (rango 1,32-8,96). Sexo: Femenino: 66,6%. Las x de z-score de peso, talla/longitud e IMC fueron -0,21, -0,48 y 0,31 en basal y 0,14, -0,11 y 0,33 a los 12 meses respectivamente. AttGIgA x: 115,7 UI/l basal y x: 8,70 UI/l a los 12 meses. El 72,2% presentó genético HLA-DQ2 y 27,7% HLA-DQ8.

Conclusiones: En un grupo de pacientes seleccionados la presencia de anticuerpos y estudio genético positivos reemplazó la biopsia intestinal, demostrando mejoría bioquímica con AttGIgA < 10 UI/l y clínica-antropométrica con valores de z-score peso, talla/longitud e IMC tendientes a cero. Los criterios revisados de ESPGHAN resultan una herramienta alternativa segura para el diagnóstico y seguimiento de pacientes pediátricos con EC.

(*European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition

GP-028**NEOPLASIA DE INTESTINO DELGADO**

C Maglione, V Benitez, C Bonini, M Bulos, S Ferretti, G Girolami, M Steiner, R Vignoli
Hospital SAMCO Villa Constitución, Argentina.

El adenocarcinoma de intestino delgado es un tumor poco frecuente y se estima que constituye entre 1 a 2,4 % de todos los procesos gastrointestinales malignos. En sujetos expuestos al uso de asbesto, amianto, o derivados, se describe la asociación con tumor mesotelial. El objetivo del presente caso, es asociar el uso de dichos elementos en el espacio laboral, con la aparición de ambos tipos de tumores. Resulta ser un paciente de sexo masculino, de 55 años de edad, que ingresa descompensado hemodinámicamente, con deshidratación, vómitos e intolerancia a todo tipo de alimentos, mal estado general, pérdida de peso, anemia de jerarquía, episodio de hematemesis auto limitada, y antecedente de mesotelioma pleural izquierdo de 9 meses de evolución en tratamiento con quimioterapia. Una vez compensado hemodinámicamente, se realizan estudios. **Análisis:** anemia moderada a severa; insuficiencia renal pre-renal; Rx directa de abdomen con escasos niveles, endoscopia alta con úlcera duodenal Forrest II B; Video cápsula hasta íleon distal con lesiones inespecíficas; y TAC con presencia de niveles en delgado. Se realiza laparoscopia exploradora donde se constatan 6 tumores en yeyuno proximal y se resecan 80 cm. **Anatomía patológica:** adenocarcinomas (seis) vegetantes e infiltrantes de mucosa yeyunal con permeación vascular linfática de células neoplásicas con compromiso de la pared hasta la serosa. El paciente pasa a UTI con tubo endotraqueal, para recuperación y bajo efectos de sedantes. Se complica con neumotórax izquierdo. Se coloca tubo de tórax. Permanece hipotenso, vigil, ubicado en tiempo y espacio. Obita cuatro días después por paro cardio-respiratorio sin recuperación luego de maniobras realizadas según protocolo.

Conclusión: Los tumores malignos de intestino delgado son infrecuentes. El adenocarcinoma es la variedad más observada. Estos tumores prevalecen en trabajadores con fuerte exposición al amianto o derivados, aunque sin poder descartar la posibilidad causal de otros factores. El mesotelioma es una neoplasia también poco frecuente, siendo la pleura la localización más habitual. Su presentación refleja la posibilidad de exposición ambiental y ocupacional al amianto o sus derivados. La incidencia de mesotelioma está aumentando en Europa, donde se cree que otros factores, como virus o anomalías cromosómicas estarían relacionados. La asociación entre ambos tumores en el caso que nos ocupa, puede relacionarse con la exposición al amianto o sus derivados.

GP-029

HERNIA PARAESOFAGICA Y SEMIVOLVULO GASTRICO ANTRAL INTRA-TORACICO. UN TIPO INFRECUENTE Y SUS FORMAS CLINICAS DE PRESENTACION.

GR Serpa, O Gadea, J Romero, G Moran Faienzo, J Galan, S Cardelli
Hospital Interzonal General de Agudos Oscar Alende Mar del Plata, Argentina.

INTRODUCCION: hernia hiatal es la herniación de parte del estómago en el tórax a través de un defecto diafragmático; potencialmente mortal por estrangulación y perforación de hernias paraesofágicas, una forma severa de la hernia hiatal. Se clasifican en tipo I, mas común, o por deslizamiento. Tipo II o paraesofágica con unión de posición normal y hiato ensanchado permitiendo la herniación muy raro y Mixtas (tipo III) un poco más comunes que la tipo II, con dislocación ascendente de la unión y por protrusión del fundus gástrico en el tórax.

PACIENTE: Varón 63 años, en agosto 2007 disnea y astenia. Enero 2012 SICA con cambios en el ECG y Troponinas negativas. Marzo 2012 diagnóstico de TEP y TVP, alta con anticoagulación. Además intolerancia alimentaria, llenura precoz y náuseas de larga data. Por antecedentes, TVP, anemia y síntomas digestivos se realiza ECO y VEDA. Se indica domperidona. Seguimiento por Reumatología y Hematología. Se presenta a cirugía para resolución quirúrgica.

EXAMEN FISICO: Normal. Exámenes auxiliares: Rx Tx y Espiro normales, anemia leve normo normocrómica, ERS 140. Ecocardiograma HTP leve. ECO abdominal normal. Centellografía alta probabilidad de TEP. marcadores tumorales, autoinmunes y serologías negativas. VEDA imposibilidad para progresar, resistencia con fenómeno de resorte que desvía el equipo hacia el techo. Hernia hiatal grande y vólvulo gástrico. SEG D: Esófago adecuado pasaje y distensión. Hernia paraesofágica organoaxial mediastinal. Cardias intraabdominal. Estómago: mucosografía normal. Bulbo y Duodeno normal, divertículo en 2da porción. TACTORACO ABDOMINAL: Hernia Paraesofágica de cámara gástrica. En parénquima pulmonar enfisema paraseptal.

DISCUSION: Los tipos de hernias II y III son poco frecuentes (2-5% de las hernias hiatales) pueden acompañarse de vólvulos gástrico en 20% de ellas (los ligamentos gastrocólico y gastroesplénico son muy laxos y la curva mayor rota alrededor del eje órgano o mesentérico axial; por ello mucho más peligrosos que las hernias de tipo I: 25% de los pacientes con estos dos tipos de hernia pueden desarrollar encarceramiento y estrangulación con alta mortalidad. La detección temprana y resolución quirúrgica de la HPE (tanto de tipo II y III) es la clave para evitar complicaciones fatales. HPE es una enfermedad rara. Se sospecha que se asocia con otras enfermedades del colágeno. Cursa con clínica inespecífica y variada (asintomática, ERGE, dispepsias, dolor torácico, alteraciones electrocardiográficas, deglución con síncope, taquicardia ventricular postprandial no sostenida que mejora después de la cirugía, TEP y síntomas respiratorios) producidos por efecto mecánico compresivo sobre estructuras mediastinales en relación al tipo de hernia, tamaño y disposición dentro del tórax. Además; síntomas de las complicaciones. Los pacientes con hernias paraesofágicas tipo II y III deben ser operados por esta posibilidad. El diagnóstico es de sospecha. Rx de tórax puede aproximar al diagnóstico, VEDA es sugestiva y la SEG D es más sensible y específica para definir tipo. El tratamiento es quirúrgico.

GP-031

UNA INFRECUENTE CAUSA DE ÍLEO

SE Elena, M Arco, L Sindich, J Conosciuto, F Tonn, M Basile, J Laborda Molteni, J Zoppi, MA Statti, E Ricci
Hospital Privado de Comunidad, Argentina.

Introducción: el osteosarcoma extraesquelético es una neoplasia infrecuente. Representa el 1-2% de los sarcomas de tejidos blandos y su incidencia se estima en 1 a 2 casos/año por millón de habitantes. La edad media de presentación es de 50 años. Estos tumores producen material osteoide, condroide y óseo. Se manifiesta con síntomas o signos inespecíficos. Las pruebas de laboratorio específicas son normales, la Fosfatasa Alcalina es normal, sólo aumenta en presencia de metástasis.

Caso clínico: paciente de sexo femenino de 77 años que consultó por vómitos postprandiales intermitentes de 6 meses de evolución y pérdida de 10kg de peso en ese lapso. Colectomía (2011). La VEDA hasta D2 halló una gastropatía por reflujo enterogástrico. La TAC abdominal mostró dilatación gástrica y duodenal y una imagen cálcica de 3x2,7 a nivel del ángulo de Treitz. La posterior video enteroscopia corroboró la existencia de una estenosis circunferencial, anular y franqueable con mucosa de aspecto normal descartándose la existencia de un cuerpo extraño. La biopsia endoscópica: inflamación crónica activa moderada. Mediante laparoscopia se comprobó un segmento duodenal a nivel del Treitz engrosado e indurado que favoreció la conversión laparotómica identificándose una estructura tumoral dura de 7cm fija a nivel de D3-D4 con compromiso del ángulo de Treitz. Se practicó duodenectomía segmentaria con gastroenteroanastomosis. Anatomía patológica: osteosarcoma extraesquelético de 5x4x4cm que invade la pared intestinal hasta la submucosa a la cual compromete (duodeno, yeyuno y meso).

Comentario: estos tumores producen material osteoide, condroide y óseo, sin unión directa con el hueso o periostio. La forma de presentación es una masa de tejido blando, localizada en muslo (46% extremidad inferior), MMSS (20,5%) y retroperitoneo (17%). Representa el 4% de todos los osteosarcomas y el 1.2% de los sarcomas de tejidos blandos. Con los métodos de imágenes se evidencia la calcificación. Los diagnósticos diferenciales son hematomas crónicos, adenopatías granulomatosas calcificadas, miomatosis osificante mesentérica y cuerpos extraños.

Conclusiones: el osteosarcoma extraesquelético debe ser sospechado en todos los pacientes adultos con masas osificadas abdominales y con vómitos recurrentes y pérdida de peso.

GP-030

SINDROME DEL COMPAS AORTO – MESENTÉRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

A Mangoni, D Lubieniecky, L Padin, I Caldo, S Quiñones, J Del Negro, J Gonzalez
Hospital Carlos G. Durand, Argentina.

INTRODUCCION: el síndrome del compás aorto-mesentérico o síndrome de Wilkie es un cuadro infrecuente (0.2% de la población aproximadamente), que aparece entre la segunda y cuarta década de la vida, con predominio en el sexo masculino. Se debe a una compresión intermitente de la tercera porción duodenal, debido al nacimiento anómalo de la arteria mesentérica superior. Dicha compresión genera un cuadro caracterizado por epigastralgia, vómitos y pérdida de peso.

El tratamiento médico consiste en hacer que el paciente mejore su peso corporal para incrementar la grasa retroperitoneal y mejorar la angulación del duodeno. Los síntomas mejoran con el uso de alimentación parenteral y cambios de decúbito lateral izquierdo y prono post ingestas; aunque la mayoría de las veces el cuadro es de resolución quirúrgica. **OBJETIVO:** presentar un cuadro clínico infrecuente, con una resolución conservadora.

PACIENTE: paciente sexo femenino, de 26 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, de hábito longilíneo, consulta por dolor, distensión abdominal y vómitos posprandiales de 24 meses de evolución. Presentaba una ecografía abdominal normal, una VEDA que informaba dilatación a nivel de la segunda porción duodenal, sin lesiones mucosas y una SEG D que describía una dilatación duodenal con estenosis a nivel de la flexura duodeno-yeyunal. Ante la sospecha de síndrome de Wilkie, se solicitó angiorenoscopia, la cual informó disminución del ángulo correspondiente al compás aorto-mesentérico.

Ante la sospecha de síndrome de Wilkie, se inicia dieta fraccionada, proquinéticos, e interconsulta con nutrición. La paciente evoluciona favorablemente con ganancia de peso y remisión de la sintomatología.

CONCLUSIÓN: dada la sintomatología inespecífica y la baja frecuencia del síndrome, resulta dificultoso arribar al diagnóstico de este cuadro. Es preciso tener en cuenta la posibilidad del mismo ante la presencia de distensión de las primeras porciones del duodeno y la ausencia de patología intraluminal y/o compresión extrínseca de otra causa. En esta oportunidad, motiva la presentación del caso, la baja frecuencia del mismo y la resolución conservadora, sin necesidad de recurrir a la cirugía.

GP-032

EFFECTO DE LA CIRUGÍA ANTIREFLUJO LAPAROSCÓPICA SOBRE EL ESÓFAGO DE BARRETT, ANALIZANDO PACIENTES CON MAS DE 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO.

MF Loviscek, E Wassenaar, D Bushyhead, BK Oelschlager, CA Pellegrini
The Center of Videoendoscopic Surgery, Division of General Surgery, University of Washington, Estados Unidos.

Introducción

Se denomina esófago de Barrett (EB) al esófago inferior recubierto con metaplasia intestinal (MI). Este cambio histológico se genera como consecuencia de una exposición crónica al reflujo gastroesofágico (RGE) y es considerado el principal causante del adenocarcinoma de esófago. La cirugía antireflujo laparoscópica (LARS) es el único tratamiento capaz de bloquear la causa subyacente: el RGE.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es evaluar los efectos de LARS sobre el control de los síntomas del reflujo, el esfínter esofágico inferior (EEI) y la historia natural del epitelio del Barrett.

Materiales y Métodos

Se revisaron los datos recogidos de forma retrospectiva sobre historias clínicas y base de datos de la Universidad de Washington. Se contactaron a todos aquellos pacientes con diagnóstico de EB que habían sido tratados con una cirugía antireflujo laparoscópica y con un seguimiento de más de tres años. Se analizaron los resultados sintomáticos, endoscópicos, histológicos, manométricos y de las pH metría. Se definió regresión a la desaparición de MI y reemplazo por mucosa esofágica normal o a la transición de la displasia hacia MI sin signos de displasia. La progresión del EB se definió como el desarrollo de displasia de Bajo grado (LGD) o de displasia de alto grado (HGD) y/o Adenocarcinoma.

Resultados

Se incluyeron 82 pacientes con una mediana de seguimiento de 8 años (3-16 años). El 87% de los pacientes refirieron una franca mejoría de la pirosis y las regurgitaciones. El valor promedio de satisfacción global con respecto a la cirugía fue de 8 (utilizando una escala de 0-10). 36 (44%) fueron estudiados con una pH metría pre y postoperatoria a los 8 meses, promedio (2-12 meses). La mediana del Score de DeMeester descendió de 54 a 9, observándose un score normal en el 80% luego de la cirugía. A 38 (46%) se les realizó una manometría de alta resolución a los 8 meses promedio luego de la cirugía (2-12 meses). La mediana de la presión del EEI se elevó luego de la cirugía de 8.5 mmHg a 16.5 mmHg. Regresión histológica a largo plazo se observó en 19 pacientes (23%), 15/82 con EB presentaron regresión completa hacia una mucosa normal y 4/82 con LGD presentaron regresión hacia MI. De los 15 pacientes con regresión completa, 14 presentaban esófago de Barrett de segmento corto (SSBE < 3cm) y 1 paciente esófago de Barrett de segmento largo (LSBE > 3 cm). De los 19 pacientes con regresión, 16 presentaron normalización del score de DeMeester luego de la cirugía. Progresión histológica fue detectada en 5/82 pacientes. 4 presentaban LSBE.

Conclusiones

La Cirugía antireflujo laparoscópica se asocia a un excelente control sintomático del reflujo y a la normalización del pH ácido expuesto a la mucosa esofágica en la mayoría de los pacientes. Regresión histológica se observó en un 25% de los pacientes de esta serie con EB. La normalización del reflujo ácido y el SSBE parecerían ser los factores pronóstico para la regresión del EB luego de una cirugía antireflujo efectiva.

JÓVENES CON CÁNCER GÁSTRICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO

L Catalá1, M Antelo1, D Milito1, M Carballido1, G Mendez1, A Aguiló1, J O'Connor1, 2, E Roca1

1 Hospital de Gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo" del C.A.B.A., Argentina. 2 Instituto de Oncología "Alexander Fleming", Argentina.

Introducción: El cáncer (C) gástrico (G) es la cuarta causa de cáncer en el mundo. La clasificación de Lauren (CL) describe 2 tipos de adenocarcinoma G: intestinal (I) y difuso (D). El CGD es más frecuente en jóvenes, tiene peor pronóstico y menor supervivencia. Hay antecedentes familiares (AF) de CG en el 10% de los casos; el CGD hereditario (CGDH) representa 1-3%, se asocia a mutaciones germinales del E-cadherina en el 40% de los casos, y se define clínicamente por la presencia de dos pacientes (pac) con CGD en familiares de 1° o 2°, uno de ellos con CG \leq 50^a; 3 o más familiares de 1° o 2° con CGD a cualquier edad; ó un pac con CGD \leq 40^a.

Objetivos: Revisar las historias clínicas (HC) de pac con CG asistidos en la sección de Oncología de un Hospital público. Describir las características clínicas, histológicas y familiares de pac con CG \leq 50^a.

Materiales: se revisaron 250 HC de pac con CG asistidos entre mayo '06 y mayo '12. Se evaluó la supervivencia, las diferencias entre CGD y CGI, la historia familiar de CG (HFCCG), y la presencia de criterios clínicos para CGDH en los pac con CG \leq 50^a. Se utilizó chi cuadrado para comparar las variables cualitativas y el test de Student o el de Mann-Whitney para las cuantitativas; la supervivencia se analizó con las curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: 54/250 (22%) pac eran \leq 50^a, con una edad promedio de 41 (23-50). En 40/54 (74%) de las HC constaba el interrogatorio sobre AF, y 6/40 (15%) pac tenían HFCCG. 25/54 (46%) pac tenían CG proximales; 11 (20%) se localizaban en cuerpo G, 16 (30%) en región distal, y 2 (4%) presentaron linitis plástica. Según la CL, 21 (39%) pac eran CGI y 33 (61%) pac eran CGD con células en anillo de sello. Al diagnóstico, por tomografía computada, 22/54 (40.5%) pac tenían CG limitado al estómago (CGLE), 14 (26.5%) localmente avanzado (CGLAV), y 15 (27.5%) CG metastáticos. 36 pac (CGLE+CGLAV) fueron a cirugía; 21/36 (58%) se resecaron. Con un tiempo medio de seguimiento de 15 meses (6.5-72), 31 (58%) pac han muerto, 14 (26%) viven, y 9 (16%) se han perdido en seguimiento. La supervivencia global (SVG) fue 11.7 meses y la SVG a 2 años de 23%. Con respecto a los CGI, los CGD presentaron estadio más avanzado (estadio IV: 57.5% vs. 52%, p 0.90) y menor SV (7.2 vs. 17.6 meses, p 0.53) aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. 12/33 (36%) CGD eran \leq 40^a, cumpliendo criterios para CGDH. 2/6 (33%) pac con HFCCG eran CGD, pero solo 1 cumplía criterios para CGDH. Por lo tanto, 13/33 (39%) pac con CGD y 13/54 (24%) pac CG \leq 50^a cumplieron criterios clínicos de sospecha para CGDH.

Conclusión: Hubo un porcentaje considerable de CG \leq 50^a. Prevalcieron los CGD. La resecabilidad fue baja. Los CGD tuvieron peor estadio y SV aunque sin significación estadística, probablemente por bajo número de pacientes. Fue alta la pérdida en el seguimiento. Un gran porcentaje cumplió criterios de CGDH, y esta importante población debería ser sometida a un estudio genético. Esta complejidad hace imprescindible un abordaje interdisciplinario.

EVALUACIÓN DE UNA PRUEBA RÁPIDA DE LA UREASA DE PREPARACIÓN CASERA PARA LA DETECCIÓN DE HELICOBACTER PYLORI. ESTUDIO PRELIMINAR.

J La Vía1, R Pinasco1, M Donatelli1, O Torricio Paz1, N Quijano1, M Cea1, C Garbaiz2, S Marina3, M Jaroslavyky3, S Regnaso1, E Saá1

1 Unidad de Gastroenterología - Hospital I. Pirovano, Argentina. 2 Sección Microbiología - Hospital I. Pirovano, Argentina. 3 División Anatomía Patológica - Hospital I. Pirovano, Argentina.

Introducción:

El *Helicobacter pylori* (HP) es un bacilo Gram negativo que coloniza la mucosa gástrica del hombre, causando gastritis crónica, úlcera gástrica y duodenal; se lo asocia con carcinoma gástrico y linfoma gástrico tipo MALT, y otras condiciones clínicas extragastrointestinales. Existen diferentes métodos diagnósticos para detectar la infección por HP. Uno de los más utilizados es la Prueba Rápida de la Ureasa (PRU), que se puede realizar en la misma unidad de endoscopia.

Objetivo:

El propósito del presente estudio fue evaluar la utilidad práctica de una PRU casera preparada en el Laboratorio de Análisis Clínicos de nuestro hospital.

Material y métodos:

Se seleccionaron 20 pacientes (pac) consecutivos que concurren durante 2012 al Hospital a realizarse videoesoscopia por síntomas dispépticos (excluyéndose aquellos que se hallaran recibiendo inhibidores de la bomba de protones, bloqueantes H₂, simeticona y/o terapia antibiótica en las seis semanas previas a la endoscopia). El material utilizado para el test (Agar Urea de Christensen, compuesto por Tripteína, Glucosa, Cloruro de sodio, Fosfato monopotásico, Rojo de fenol, Agar y Solución de urea al 40%, se preparó en la Sección Microbiología. En cada pac se obtuvieron dos biopsias endoscópicas de antro gástrico; una fijada en formol al 10% y remitida a Anatomía Patológica para examen histológico mediante inclusión en parafina, corte y coloración con Hematoxilina - Eosina y Giemsa; y otra colocada en el tubo conteniendo el medio de cultivo, observándose a los 30 minutos si existía viraje de color del medio del amarillo original a fucsia, que indicaría positividad (+). Luego se remitió el tubo a Microbiología para estudio de desarrollo de gérmenes y la respectiva tipificación ulterior. Se tabularon los datos comparándolos con los resultados de la pesquisa histológica de HP.

Resultados:

El examen histológico reveló HP en 8 casos (40%). La PRU resultó (+) en 9 casos (45%); de estos, 5 (62.5%) fueron (+) y 27.5% negativos (-) para HP en la histología. 6 cultivos desarrollaron HP, mientras que en tres casos se observó desarrollo de otras bacterias (sin gastritis ni HP por histología). En tres paciente se diagnosticó HP en la histología con PRU (-). En un caso se observó PRU (+) con histología negativa.

CONCLUSIÓN:

La PRU resultó (+) en 62.5% de los pac con presencia de HP en el examen histológico, pero también en 27.5% de los pacientes (-) para HP en la histología, de los cuales finalmente 3 casos cultivaron otros gérmenes (que sin la realización del cultivo posterior hubieran contado como falsos positivos). Asimismo, el método resultó (-) en 37.5% de los pacientes con presencia de HP en el examen histológico. Merece analizarse si la lectura repetida a diferentes intervalos hasta 48 hs después de realizado podrían "positivizar" dichos casos. Tanto en el control post-tratamiento como en los casos en los que no se halla HP por histología, esta prueba puede incrementar las posibilidades de éxito en detectar la infección en pacientes sometidos a este estudio invasivo.

PESQUISA DE CA DE COLON EN PACIENTES DE BAJO RIESGO

F Giangreco1, E Promenzio2

1 Policlínica Privada Paz. Tandil, Argentina. 2 Hospital El Cruce., Argentina.

Introducción:

La pesquisa del CCR en la población general ha sido señalada por grupos de expertos y diversos consensos como una recomendación grado A, debido a que permite la detección y resección de adenomas o carcinomas tempranos, y así disminuir la incidencia y la mortalidad de la enfermedad. A pesar de estos datos, la realización de estudios de screening no es algo suficientemente difundido ni entre los médicos, ni la población general.

Objetivo:

Determinar y evaluar el grado de difusión del screening entre los gastroenterólogos y colegas de otras especialidades, así como en los medios de comunicación.

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo y observacional de VCC realizadas en un centro privado entre mayo de 2008 y mayo de 2012.

Fueron criterios de exclusión: VCC de screening en pacientes con riesgo medio o alto de CCR.

Se registraron variables demográficas (edad y sexo), motivo de la solicitud de la videocolonoscopía y en caso de screening de cáncer colorrectal si fue solicitada por médico, la especialidad de dicho profesional o por que otro medio se enteró del screening. También se analizaron los hallazgos endoscópicos.

Resultados:

Se evaluaron 766 VCC, realizadas en 455 mujeres (59,4%) y 311 varones (40,6%). La edad media fue de 56,24 años. Los motivos de solicitud de las mismas fueron: proctorragia 271 pacientes (35,37%), dolor abdominal 241 pacientes (31,46%) cambio de hábito evacuatorio 109 pacientes (14,22%), screening de CCR de pacientes con bajo riesgo 82 pacientes (10,7%) y otras indicaciones (anemia, MTS hepáticas) 63 pacientes (8,22%).

De los 82 pacientes a quienes se le realizó la pesquisa, 40 fueron de sexo femenino (48,8 %) y 42 de sexo masculino (51,2%). La edad media fue de 47,61 años. El screening fue solicitado en 68 pacientes (83 %) por un médico. El resto refieren que se informaron por otros pacientes (4,9 %) o medios de comunicación (diario, radio, TV, internet) (12,1%). De los 68 indicados por médicos, 24 fueron solicitados por Gastroenterólogos (35,29%), 18 por Clínicos (26,47%), 16 por Generalistas (17%), 8 por Cirujanos (11%), 4 por Ginecólogos (5,88%) y 3 por Cardiólogos (4,41 %).

De los pacientes a los que se les efectuó el screening, 20 (24,3%) presentaron adenomas.

En 56 pacientes, de los que se les realizó la pesquisa (68,29 %), existían antecedentes familiares (AF) /47 con antecedentes de CCR y 9 con antecedentes de adenomas. En este grupo, 15 pacientes presentaron pólipos adenomatosos (26,8 %) y ninguno CCR. Un paciente presentó una poliposis (en estudio).

De los 26 pacientes sin AF (3,39% del total) que se realizaron el screening, 5 presentaron adenomas (19,2%) y ninguno CCR.

En los 684 pacientes sintomáticos, 137 presentaron adenomas (20,02 %) y en 50 se diagnosticó CCR (7,3 %).

Conclusiones

Un bajo porcentaje de pacientes a quienes se le efectuó la VCC fue solicitado por screening de CCR en grupo de bajo riesgo, por lo que se debe profundizar la difusión de la pesquisa en la población, a través de los gastroenterólogos y colegas de otras especialidades, así como en los medios de comunicación.

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LA DIETA LIBRE DE GLUTEN EN PACIENTES CELÍACOS CON MÁS DE 2 AÑOS DE DIAGNÓSTICO

A Baistrocchi, G Ferrari, S de Barrio, F Monden, L Sliwinski, M Caniggia, G La Motta, M Viola, E Maffei, D Gotti, A Crivelli

Unidad de Soporte Nutricional y Enfermedades Malabsortidas. H.I.G.A San Martín de La Plata, Argentina.

Introducción: Hasta la fecha el único tratamiento para la enfermedad celíaca (EC) es la dieta libre de gluten (DLG), sin embargo su cumplimiento no siempre es estricto y se reporta una adherencia cercana al 50%. Esto es debido, en parte, a la ingesta inadvertida de gluten por falta de información de los pacientes sobre productos aptos y errores en la identificación de los mismos, aunque el mayor inconveniente es debido a las transgresiones voluntarias que tiene múltiples causas: limitado número de productos libres de gluten en el mercado, costo excesivo y desconocimiento por parte de los pacientes de las consecuencias de no adherir a la DLG. También se ha reportado que el cumplimiento de la DLG es más bajo en pacientes adultos asintomáticos o con síntomas leves.

Objetivo: evaluar el cumplimiento de la DLG en pacientes (ptes) con más de 2 años de diagnóstico.

Material y métodos: Se incorporaron al azar 50 ptes a los que se les realizó una encuesta al momento de la consulta para realización de serología de control.

Resultados: 82% de mujeres, edad media 41.2 \pm 16.7 años. Promedio de diagnóstico 5.5 años. Treinta y tres ptes (66%) refirieron cumplir estrictamente la DLG (60% con forma de presentación clásica y 40% monosintomática o silente)

Sin embargo, cuando se contrastó con la serología solo 21 (42%) presentaba serología negativa (38% silente o asintomática y 62% forma clásica). En dos de estos pacientes se identificó la ingesta inadvertida de gluten (medicamentos, comidas fuera del hogar).

Un 64% refirió la dieta como muy costosa, 18% de sabor desagradable, 36% como difícil de conseguir, 24% como poco práctica y 6% falta de información.

25 ptes (50%) concurren a alguna asociación de pacientes de manera rutinaria (48%) o esporádicamente (52%).

Conclusiones:

- El 66% de los pacientes refirieron cumplir estrictamente con la DLG, pero solo en el 42% si se lo relaciona con la serología. Este es un indicador de la necesidad de control serológico de los pacientes celíacos, aunque la mejor combinación de pruebas y el intervalo de re-evaluación no están claramente determinados.

- El costo de los alimentos aptos para celíacos y su poca disponibilidad fueron las dos variables más importantes en la percepción de los pacientes. Debido al pequeño tamaño de la muestra no se pudo establecer si alguna de ellas se relacionó directamente con la falta de cumplimiento.
- En la mayoría de los pacientes, la DLG resuelve los síntomas en pocas semanas, aunque la recuperación histológica puede tomar meses o años, especialmente en adultos en los que la recuperación de la mucosa puede ser incompleta.

- La intervención de una nutricionista especializada en el tema, en términos de educación nutricional y evaluación de posibles déficits, y la participación en sociedades de pacientes son herramientas que promueven la adherencia, ya que el cumplimiento de la DLG parece reducir el riesgo de complicaciones.

GP-037**CORRELACIÓN DE IMAGENES ENDOSCÓPICAS DUODENALES CON LOS HALLAZGOS HISTOLÓGICOS EN NIÑOS CON ENFERMEDAD CELIACA**

G Messere, R Reynoso, J Vidal, G Ortiz, R Bigliardi, M Toca, P Caglio, A Varela
Hospital Nacional A. Posadas, Servicio de Pediatría, Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición, Argentina.

Objetivo: Determinar la concordancia entre patentes endoscópicas duodenales y hallazgos histológicos en niños con Enfermedad Celíaca (E.C.) confirmada.

Material y métodos: Entre enero 2009 a Diciembre 2011 se compararon las imágenes endoscópicas de pacientes celíacos con hallazgos histológicos de biopsias I y II porción duodenal (seis en total). Las patentes endoscópicas fueron definidas: mucosa en mosaico, pliegues festoneados, parches y aspecto normal.

Resultados: Se estudiaron 99 pacientes, edad media 71.8m (14 m a 201m), Fem 57 % Ocho de los 99 presentaron endoscopia normal. El patrón patológico en los 91 pacientes restantes fue mucosa en mosaico y pliegues festoneados.

De los 8 pacientes con imagen endoscópica normal tanto en bulbo como en 2da duodenal, 2/8 pacientes presentaron histología normal (1 de bulbo y 1 de 2da duodenal), con atrofia vellositaria severa en el resto de las muestras. En 6/8 con endoscopia normal se encontró atrofia vellositaria. Todos tuvieron clínica clásica.

La endoscopia fue patológica en ambas localizaciones en 80/91. La histología mostró en 3 hiperplasia críptica (Marsh II) y en 77/80 atrofia vellositaria (Marsh III).

En 11/91 las imágenes fueron en parches con histología Marsh III.

Conclusiones: Los patrones endoscópicos predominantes en nuestra población fueron mucosa en mosaico y pliegues festoneados concordantes con los hallazgos histológicos de atrofia vellositaria. No hubo coincidencia histológica en 11/11 que presentaron lesiones endoscópicas en parches, y en 6/8 con endoscopia normal.

El patrón patológico en la endoscopia permite dirigir la toma de biopsias. La imagen endoscópica normal no descarta la alteración histológica.

GP-039**TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO MALIGNO DE ESTOMAGO**

R De Anton, L Durand, M Caracoché, O Laudano, M Gimenez, P Ferraina
HOSPITAL DE CLINICAS "JOSE DE SAN MARTIN", Argentina.

ANTECEDENTES: El tumor miofibroblástico inflamatorio es una entidad infrecuente, se caracteriza por tener infiltrados inflamatorios con infiltrados de fibroblastos en un estroma de colágeno fibrovascular mixoide en tejido muscular, generalmente de comportamiento benigno, su presentación más habitual es en el Pulmón siendo poco común en el tracto gastrointestinal y habitualmente se presenta en niños y adultos jóvenes.

OBJETIVO: Comunicar dos casos de tumor miofibroblástico maligno de Estómago en pacientes adultos.

LUGAR DE APLICACION: Hospital universitario.

DISEÑO: Retrospectivo.

POBLACION: 2 pacientes en 5 años. (2007-2012)

METODO: caso 1 Varón de 55 años, cónsulito por dolor escapular izquierdo, astenia y pérdida de peso de un año de evolución. Endoscopia: Lesión submucosa de 3 cm. en techo gástrico. Seriada Esofagoscópica: Lesión submucosa en techo gástrico.

TAC tumor gástrico de 12 cm con aumento progresivo de tamaño. Ecoendoscopia : Lesión submucosa de 3 cm. con adenopatías.

Se opera: Gastrectomía total + Esplenectomía + Pancreatectomía distal + resección de medallón diafragmático por extensión directa del tumor, y reconstrucción con Esofago-yeyunoanastomosis en "Y" de Roux. Hallazgo: Gran tumor submucoso de techo gástrico de 15cm de diámetro que invade bazo, páncreas distal y hemidiafragma izquierdo adenomegalias.

Caso 2 Mujer de 73 años, consulta por disfagia progresiva. Endoscopia: Lesión submucosa en cardias, Seriada Esofagoscópica: lesión submucosa de cardias, Tac: Tumor de cardias de 4 cm de diámetro con nódulo en pared abdominal de 4 cm. Ecoendoscopia: Lesión hipocóica de 4 cm en capa muscular a nivel cardial.

Se opera: Esofaguetomía distal con gastrectomía proximal, reconstrucción con esófago-yeyunoanastomosis en "Y" de Roux y gastro-yeyunoanastomosis latero-terminal, y resección de lesión de pared abdominal.

Hallazgo: Tumor de 4 cm submucoso en región cardial, y nódulo de 4 cm en región de pared abdominal.

RESULTADOS: Caso 1 Anatomía patológica: tumor miofibroblástico inflamatorio Inmunoquimicamente las células tumorales fueron positivas con actina y vimentina y negativas con ALK-1, CD-117, CD-34 y proteína S-100., Ganglios linfáticos de curvatura menor: metástasis de tumor miofibroblástico en uno de los ganglios del vaciamiento linfático.

Caso 2 Anatomía patológica: tumor miofibroblástico inflamatorio Inmunoquimicamente las células tumorales fueron positivas con actina y vimentina y negativas con ALK-1, CD-117, CD-34 y proteína S-100. Tumor de pared abdominal: metástasis de tumor miofibroblástico.

CONCLUSIONES: El tumor miofibroblástico inflamatorio es una rara entidad, se presenta como tumor submucoso que amerita el diagnóstico diferencial con otras entidades, se dispone de poca bibliografía siendo la mayoría reporte de casos en niños, se realizó tratamiento quirúrgico, y el análisis de la pieza de patología confirmó que se trataba de tumores malignos con capacidad metastásica.

GP-038**ANTIBIOTICO DE USO FRECUENTE Y HEPATOXICIDAD PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.**

JF Ordano, Y Barbaglia, F Jimenez
Hospital J. M. Cullen, Argentina.

Mujer de 44 años, sin hábitos tóxicos, ingresa por cuadro de 6 días de evolución con ictericia, acolia, coluria, náuseas e intenso prurito, refiere tratamiento durante 20 días con amoxicilina-acido clavulánico por rinosinusitis, finalizado 10 días previo al inicio de los síntomas.

Examen físico: TA 120/70, FC: 80, FR: 18, T: 36°. Ictericia mucocutánea, abdomen globuloso, blando, depresible, indoloro, sin visceromegalias.

Laboratorio: FAL: 336; Bilirrubina total: 17 gr/dl; Bilirrubina directa: 11 gr/dl, Serologías para VHB-C, HIV, VEB negativos. FAN, Ac AML y Ac antimitocondrial no reactivos.

ECO abdominal y Colangio RMN: normales.

La histopatología de la PBH, asociada a la clínica, corresponde a una hepatitis colestática, muy probablemente vinculada al antecedente descrito.

Inicia tratamiento con acido ursodesoxicólico 15 mg/kg/día respondiendo favorablemente al prurito. La paciente evoluciona con aumento de los valores de bilirrubina total y posterior descenso progresivo por lo que se otorga alta hospitalaria con controles ambulatorios, normalizando hepatograma luego de 3 meses de suspensión del antibiótico.

Actualización bibliográfica

Los antibióticos son los fármacos más frecuentemente implicados en reacciones hepatotóxicas, con riesgo potencial bajo, dado su uso. Entre las penicilinas, amoxicilina-acido clavulánico es la causa más habitual, responsable del 13% al 23% y hepatotoxicidad calculada en 10/100.000 prescripciones.

Con presentación clínica variada, puede cursar con náuseas, vómitos, dolor abdominal, fiebre, prurito e ictericia, está influenciada por la edad, predominando el patrón hepatocelular en jóvenes y, el colestático/mixto en pacientes mayores. El mecanismo es habitualmente idiosincrásico.

Debido a que la hepatotoxicidad imita otras enfermedades, el diagnóstico es por exclusión y se basa en una alta sospecha clínica.

El periodo de latencia entre el cese de la administración del fármaco y la aparición de los síntomas, es de 14 a 18 días.

El riesgo de desarrollar daño hepático agudo se incrementa en más de 3 veces tras 2 o más ciclos de prescripciones consecutivas, que sumado a edad mayor a 65 años, aumenta a 1 en 1.000 sujetos expuestos.

La resolución es la norma, aunque se describió un 7% de probabilidad de evolución desfavorable, definido como muerte, trasplante o persistencia del daño hepático.

Se ha identificado una asociación significativa de haplotipos HLA clase II, con la susceptibilidad a la toxicidad hepática, sin embargo, dada su escasa frecuencia y, la prevalencia de estos haplotipos en controles sanos (12%), otros factores deben relacionarse.

Conclusión

Amoxi clavulánico es un antibiótico, si bien con baja hepatotoxicidad (9,91 por cada 100.000 prescripciones), su uso difundido en la práctica clínica, nos obliga a estar alerta ante la aparición de síntomas como los descriptos.

GP-040**HEMORRAGIA DIGESTIVA POR VÁRICES ECTÓPICAS DE CIEGO**

C Canelada, B Majul, L Catalá, S Paz, D Levi, R Abecasis, E Mauriño
Hospital de Gastroenterología "Carlos Bonorino Udaondo", Argentina.

Introducción: La hipertensión portal (HTP) es la consecuencia más temprana y de mayor importancia de la cirrosis. Resulta del incremento de la resistencia intrahepática y del aumento del flujo sanguíneo portal. La hemorragia variceal es la complicación más grave de la HTP y la principal causa de muerte en cirróticos. Si bien las várices esófago-gástricas constituyen la localización más frecuente, existen várices ectópicas, definidas como dilataciones de colaterales porto-sistémicas en cualquier parte del tracto gastrointestinal que representan el 1% a 5%. Se localizan en duodeno, yeyuno- ileon, colon, recto, y vía biliar; siendo el estómago y recto los sitios más comunes. El sangrado originado en ellas es poco frecuente, de difícil diagnóstico y se asocia a elevada morbimortalidad.

Objetivo: Reportar un paciente cirrótico que presentó hemorragia digestiva por várices de ciego.

Métodos: Paciente de 53 años cirrótico enólico que ingresó con hemoquezia sin descompensación hemodinámica. Laboratorio: Hto 23% Hb 6.3 gr/dl. Se realizó VEDA que evidenció várices grandes sin signos de sangrado y VCC donde se progresó hasta ciego evidenciándose allí rodete de cordones varicosos con punto rojo que no colapsa, con restos hemáticos y coágulos adyacentes al mismo. Se realizó angioTAC que informó hígado disminuido de tamaño, esplenomegalia, líquido libre y engrosamiento parietal de colon ascendente y ciego rodeado de estructuras vasculares dilatadas compatibles con dilataciones varicosas.

Resultados: El paciente recibió medidas de sostén hemodinámico, transfusiones y terlipresina con cese espontáneo del sangrado en primera instancia. Ante la repetición de episodios similares durante la internación se planificó la colocación de un dispositivo intrahepático de derivación porto-sistémica por vía transyugular (TIPS). El paciente repitió hemoquezia con descompensación hemodinámica por lo cual se decidió colectomía derecha con mala evolución y posterior óbito.

Discusión: Las várices ectópicas de colon son una causa poco frecuente de hemorragia digestiva baja. En el caso expuesto son producidas como consecuencia de la HTP secundaria a cirrosis. El reconocimiento de esta condición es importante ya que puede ser una causa de hemorragia digestiva recurrente y hasta el 30% de las hemorragias variceales pueden originarse en sitios extraesofágicos. Los tratamientos utilizados han sido adoptados de la experiencia en las várices esófago-gástricas, ya que debido a su baja frecuencia no existen estudios controlados que evalúen su utilidad. Varias terapéuticas, incluyendo tratamiento farmacológico con drogas vasoactivas, endoscópicos, TIPS e incluso cirugía han sido descriptos. En nuestro caso se utilizó terlipresina con respuesta inicial y se planificó el TIPS. Por falta de disponibilidad y la urgencia del caso se realizó el tratamiento quirúrgico, si bien probablemente el hecho de ser un paciente de alto riesgo debido a su patología de base determinó la muerte del mismo.

GP-041

METASTASIS DE MELANOMA COMO CAUSA DE SUBOCLUSIÓN INTESTINAL

ED Piccolo Ramos, S Martorell, F Esmerado, A Tón, I Herrero
Hospital Gral de Agudos D Velez Sarsfield, Argentina.

Introducción

Los sitios más frecuentes de metástasis a distancia del melanoma son hígado, pulmón y cerebro. Sin embargo, el melanoma cutáneo es el tumor primario que con mayor frecuencia produce metástasis en intestino delgado. Su presentación clínica es variada, incluyendo alteraciones del tránsito intestinal, intususcepción, sangrado digestivo, perforación, dolor abdominal crónico, pérdida de peso, y anemia ferropénica.

Objetivo

Presentar un caso de suboclusión intestinal producida por metástasis de melanoma cutáneo en intestino delgado.

Paciente y Métodos

Se describe el caso de un paciente masculino de 48 años de edad, que ingresa a guardia por dolor abdominal generalizado, vómitos y falta de eliminación de gases y materia fecal de 3 días de evolución. Como antecedentes de relevancia presenta, hace 15 días, internación por suboclusión intestinal que resolvió con tratamiento clínico y resección de melanoma plantar izquierdo hace 3 años. Luego de la internación previa el paciente se realizó videocolonoscopia que como único dato positivo informa hemorroides internas. También adjunta ecografía abdominal en la cual se observan dos imágenes nodulares hepáticas en seguimiento por oncología. Al examen físico presenta abdomen levemente distendido, depresible, doloroso sobre región umbilical, sin defensa ni dolor a la descompresión. Se realizó laparotomía exploratoria hallándose intususcepción de asa ileal a 5 cm de la válvula ileocecal por tumor de intestino delgado por lo cual se realiza hemicolectomía derecha con resección amplia de intestino delgado con ileotransversoanastomosis laterolateral. El paciente presentó buena evolución posoperatoria y fue dado de alta. El informe diferido anatomopatológico de la pieza quirúrgica concluye metástasis de melanoma. El paciente actualmente continúa sus controles en el Servicio de Oncología.

Resultados

El paciente que se presenta, refiere síntomas gastrointestinales compatibles con suboclusión intestinal. La resección del tumor intestinal fue completa, con márgenes quirúrgicos libres y mayores a 15 centímetros, lo cual mejoró el cuadro suboclusivo del paciente.

Conclusiones

La presencia de síntomas gastrointestinales en un paciente con antecedente de melanoma debe sembrar la sospecha de metástasis intestinal. La resección completa del tumor intestinal ofrece alivio sintomático al paciente en forma inmediata y en algunos casos aumento de la sobrevida.

GP-043

DIARREA POR ROTAVIRUS EN RECEPTORES PEDIÁTRICOS DE TRASPLANTE DE INTESTINO

V Busoni, J Marco del Pont, P Lobos, R Sanchez Claria, S Christiansen, D D'Agostino, D D'Agostino
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

La diarrea en el paciente con trasplante de intestino (TI) requiere realizar diagnóstico diferencial entre rechazo del injerto intestinal y distintas causas infecciosas. La infección por rotavirus es una causa importante de diarrea prolongada con morbilidad significativa y que a menudo requiere hospitalización.

Objetivo: Reportar la evolución de infección por rotavirus en 2 pacientes con TI.

Pacientes: Se describen 2 casos: un varón de 5 años de edad, que luego de 1,3 años post trasplante hepatointestinal, en tratamiento de mantenimiento con tacrolimus y corticoides, comienza con hipertransaminasemia (ALAT x 4, ASAT x2, GGT x 4.5). Cuatro días más tarde comienza con pérdidas severas por materia fecal (≥ 100 ml/kg/d) y se detecta Rotavirus + en materia fecal con resto de cultivos negativos. Se suspende la alimentación enteral y se administra nutrición parenteral (NP) durante 10 días. La biopsia hepática fue normal y la biopsia del injerto intestinal mostró leve acortamiento de vellosidades, cuerpos apoptóticos en epitelio superficial, infiltrado polimorfonuclear leve superficial (no en base de criptas) sin criterios de rechazo agudo. La eliminación del virus por materia fecal persistió durante 17 días. Las transaminasas se normalizaron 20 días posteriores al inicio del cuadro. El segundo paciente era una niña de 3 años de edad que, 55 días post TI aislado, bajo tratamiento con tacrolimus y esteroides presenta transaminasas elevadas (ALAT x 3, ASAT x 3, GGT x 2). 48 horas más tarde comienza con diarrea y requiere retomar NP durante 9 días, sin embargo las pérdidas fecales no fueron severas. Los hallazgos histológicos fueron similares al caso anterior. El rotavirus fue detectado durante 18 días y las enzimas hepáticas normalizaron 33 días después. La infección fue autolimitada en ambos pacientes pero requirieron internación prolongada, reposición endovenosa de fluidos/electrolitos y ajustes en la dosis de la inmunosupresión. La infección fue adquirida en la comunidad en el primer caso e intrahospitalaria en el segundo caso.

Conclusión: Las transaminasas elevadas pueden predecir la diarrea en pacientes trasplantados de intestino con infección por rotavirus, y podría alertar acerca de esta posibilidad. El rotavirus se elimina durante largos períodos de tiempo en pacientes inmunosuprimidos y puede incluso requerir la necesidad de retomar la NP transitoriamente.

GP-042

DIVERTICULO DE MECKEL COMO CAUSA POCO FRECUENTE Y DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO EN EL ADULTO.

S Badenas1, J Narmona2, A Buscaglia1, C Godoy2, M Di Marco1, A Lopez2, M Fainberg1, G Ferreyra2, G Romero1, A Scarponi1, F Tuffare1, N Chopita1, V Gonzalez1, V Grillo1

1 H.I.G.A. Gral San Martin (CETUS) - La Plata (Buenos Aires), Argentina. 2 Hospital Gobernador Centeno General Pico (La Pampa), Argentina.

INTRODUCCIÓN: El Divertículo de Meckel (DM) es un vestigio embrionario del conducto onfalomesentérico.

Su incidencia es de 1-2% de la población general con una relación varón:mujer de 4,3:1. Se trata de un divertículo verdadero compuesto por 4 capas, revestido por mucosa de tipo ileal, gástrica, duodenal, endometrial o pancreatobiliar. Se lo suele encontrar en ileon, a una distancia variable de la válvula ileocecal (VIC) hasta unos 80 cm de la misma. Sólo presenta síntomas si sufre alguna complicación como diverticulitis, obstrucción, intususcepción, anemia o hemorragia gastrointestinal (HGI), manifestada como enterorragia profusa e intermitente, en la mayoría de los casos en población pediátrica menor de 8 años. El principal mecanismo determinante del sangrado es la secreción ácida de la mucosa ectópica. En adultos es una causa muy infrecuente de HGI y el Centellograma con tecnecio99 (CT-99) tiene baja sensibilidad diagnóstica, a diferencia de la población pediátrica.

OBJETIVOS: Mostrar 2 casos de una patología infrecuente, de difícil diagnóstico en adultos como causa de Hemorragia Digestiva de Origen Oculito (HDOO), teniendo en cuenta que la HGI es la causa más importante que motiva la consulta de las emergencias gastroenterológicas. CASO 1: Paciente de 16 años, sexo femenino con antecedentes de retraso mental leve. Ingreso con melena y hematoquezia de 48 hs de evolución y descompensación hemodinámica (DH). Presentó durante su internación reiterados sangrados con DH e importante requerimiento transfusional (15 U de sedimento globular en 72hs). Se realizó VEDA, RSC, VCC con ileoscopia, arteriografía superselectiva del tronco celíaco y AMS intrasangrado, TAC de abdomen y pelvis, CT-99 ante la sospecha de DM sangrante, todos negativos. A las 36 hs presentó nueva DH. Se realizó laparotomía exploradora con hallazgo de DM sangrante a 100 cm de la VIC y exéresis del mismo.

CASO 2: Paciente de 19 años, sexo masculino, con antecedentes de apendicectomía y HDOO a los 17 años según las Sistemáticas Diagnósticas actuales. Ingresó con hematoquezia de 5 días de evolución y DH con requerimiento transfusional. SNG con débito bilioso. Evolucionó con sangrados intermitentes. Al sexto día de internación presentó dolor en hipogastro, fosa ilíaca derecha con peritonismo y fiebre. La radiografía de torax y abdomen mostraron niveles hidroaéreos, ecografía, la TAC de abdomen y pelvis evidenciaron asas delgadas distendidas. Se practicó laparotomía exploradora. Hallazgo: DM vulvulado e isquémico a 40 cm de la VIC. Se realizó resección y anastomosis entero-entérica de ileon.

CONCLUSIÓN: El DM es la anomalía congénita más común del tracto gastrointestinal. Las manifestaciones clínicas surgen de sus complicaciones y son más frecuentes en menores de 8 años. Debido a la baja incidencia de esta entidad como causa de HGI en adultos y a los escasos hallazgos diagnósticos preoperatorios produce gran desconcierto. El diagnóstico preoperatorio constituye un gran desafío para los profesionales actuantes por lo cual es generalmente intraoperatorio y su resolución quirúrgica.

GP-044

HEPATOTOXICIDAD ASOCIADA A INGESTA DE SUNITINIB

D La Salvia, J Oliver, A Torres, R Victoria, M Cabrera, A Pascual, L Koll, C Viñuela, J Adi, S Salomone, C Milutin
Hospital Luis C. Lagomaggiore, Mendoza, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La hepatotoxicidad por drogas es una complicación infrecuente pero potencialmente mortal. Sunitinib es un inhibidor de múltiples receptores tirosina quinasa implicados en el crecimiento tumoral, angiogénesis y progresión a metástasis del cáncer.

CASO: Describimos un paciente masculino de 62 años que en el año 2006 es intervenido por cáncer renal de células claras. Inicia posteriormente tratamiento con Sunitinib 25 mg, ciclos de 28 días por 14 de descanso. Es ingresado a nuestro nosocomio por presentar ictericia luego de 12 ciclos de tratamiento con Sunitinib. El laboratorio de ingreso informa: AST 652 UI/L, ALT 549 UI/L, FAL 500 UI/L, GT 460 UI/L, BT 221.79 mg/L, BD 152.55 mg/L, TP 45%, TTPK 55.8 seg. Se realizó serología HAV, HBV, HCV, HSV, EBV, CMV resultando negativa. FAN 1/640; AMA, Antimitocondrial y LKM-1 negativos. Proteinograma por electroforesis: aumento policlonal de gammaglobulinas. No presentaba antecedentes de ingesta alcohólica, fármacos y/o tóxicos. Se realiza biopsia hepática que informa hepatopatía tóxica y esteatohepatitis. Luego de 12 días de tratamiento con esteroides es dado de alta. El paciente evolucionó de forma favorable desapareciendo la ictericia y normalizándose las enzimas hepáticas y el TP.

CONCLUSIÓN: Luego de una exhaustiva búsqueda, éste es el segundo caso de insuficiencia hepática relacionada a Sunitinib, reportado posterior a la comercialización del fármaco. La suspensión de la droga asociada a terapia con esteroides llevó a la resolución del cuadro en el plazo de un mes. Es necesario el reporte de nuevos casos para cuantificar con precisión el riesgo de hepatotoxicidad relacionada a Sunitinib.

ABDOMEN EN CAPULLO PRESENTACIÓN DE CASO Y ACTUALIZACIÓN DE LITERATURA

ML Codoni, JP De Santis, Y Barbaglia, F Jiménez
Servicio de Gastroenterología. Hospital J. M. Cullen, Santa Fe, Argentina.

Paciente de 24 años portador de insuficiencia renal crónica, con deficiente desarrollo post-natal, en diálisis peritoneal durante 10 años, presentando en su evolución vómitos reiterados, fiebre, diarrea, acompañado de peritonismo, de-cidiéndose comenzar con hemodiálisis. En enero 2012 consulta a nuestro servicio por saciedad precoz, vómitos ite-rativos. Ante la presunción de síndrome pilórico, se realiza VEDA que informa: Esófago con bandas anchas de mucosa de aspecto cilíndrico que se biopsian. Es-tómago con abundante restos (>1000ml), en región antral, reducción persistente de la luz que impresiona compresión extrínseca, con mucosa de aspecto normal que dificulta el paso del endoscopio, con píloro permeable.

La ecografía abdominal revela múltiples y, difusas calcificaciones peritonea-les. La TAC de abdomen, confirma los hallazgos ecográficos en ambas hojas peri-toneales. La histopatología de la punción biopsia indicada informa: capa intersti-cial fibrosada con abundantes fibroblastos aumentados de tamaños, depósito de fibrina, angiogénesis capilar y, depósito de colágeno.

ACTUALIZACION BIBLIOGRAFICA

La estabilidad de la membrana peritoneal es esencial para realizar diálisis por esta vía, siendo primordial mantenerla indemne. Las células mesoteliales son las de mayor impacto en estas prácticas y, les exige una regeneración contante.

La esclerosis peritoneal encapsulante o abdomen en capullo, es una com-plicación muy poco frecuente y, desbastadora de la diálisis peritoneal, con una incidencia de 0.5 a 3.3%. Se caracteriza por la inflamación del peritoneo seguido de fibrosis progresiva y encapsulación intestinal. De etiología incierta y factores predisponentes sugeridos como: tiempo prolongado de diálisis (> 4 años), edad de comienzo (<50 años), reiteradas peritonitis y cirugías abdominales. De inicio insi-dioso, puede presentarse con: fiebre, ascitis, náuseas, vómitos, cambio del ritmo evacuatorio, distensión abdominal, pérdida de peso, anorexia llegando inclusive a cuadros de obstrucción intestinal.

La TAC de abdomen evidencia engrosamiento extenso del peritoneo parie-tal y visceral, con imágenes calcícas, dilatación de asas y niveles hidroaéreos. La histología es el gold estándar diagnóstico, que demuestra pérdida completa del mesotelio acompañado de engrosamiento intersticial y neovascularización.

El tratamiento en los casos primarios, se intenta la inmunosupresión con es-teroides solos o combinados con inmunosupresores. Otras opciones incluyen nu-trición parenteral y torxi-feno. La cirugía se reserva para las obstrucciones intes-tinales, pero con alta tasa de morbi-mortalidad.

CONCLUSION

La reducción de la luz del antro, en nuestro paciente, se interpreta como compresión extrínseca, consecuencia del estadio evolutivo de esta patología tan infrecuente, de muy difícil solución, tanto, médica como quirúrgica.

COMPARACION DE TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS ALIMENTARIOS PARA LA DETERMINACION DEL CONSUMO DE ALIMENTOS LIBRES DE GLUTEN EN NIÑOS CELIACOS

F Pirán Arce1, M Forneris2, C Devia2, V Garro1, A Navarro3

1 Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Católica de Cuyo, Argentina. 2 Cursos Bioquímica Clínica y Bioestadística, Universidad Nacional de San Luis, Argentina. 3 Doctorado en Ciencias de la Salud-FCM- Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Las encuestas alimentarias intentan detectar conductas incorrectas en la alimentación, que implicarían la presencia de factores de riesgo nutricional con consecuencias en la salud. Dentro de las técnicas habituales para recolectar información primaria en investigaciones en salud, se utilizan las encuestas que tienen en cuenta el estudio de las variables y sus indicadores, constituyendo un instrumento cuantificable.

El uso de una encuesta estructurada sirve para poder detectar características de consumo que podrían traducirse en transgresiones alimentarias. Existe poca bibliografía relacionada a la adherencia de la dieta a partir de datos resultantes solo de encuestas. Es importante comparar la validez de un modelo de encuesta versus un método conocido, ya que aportaría cierta validez al instrumento nuevo utilizado y un medio sencillo y práctico para evaluar consumo.

El objetivo del presente trabajo es comparar los resultados obtenidos de dos encuestas, una relacionada con el consumo habitual (inédita) y la otra con el método recordatorio de consumo de 24 hs.

El estudio es observacional, analítico de corte transversal. En 2011 se estudiaron 44 niños con enfermedad celíaca (26 niñas y 18 varones), entre 6 y 10 años de edad, atendidos en Hospitales públicos y Centros privados de la ciudad de San Luis. Todos fueron diagnosticados por determinación de anticuerpos antiendomiso (Ac EMA), antitransglutaminasa (Ac ATG) y biopsia intestinal, y estaban con dieta de mantenimiento (con un mínimo de antigüedad en el diagnóstico de 6 meses). La encuesta fue diseñada específicamente para el estudio, a partir del conocimiento científico de la problemática alimentaria que sufre el paciente celíaco. Se visitó a las familias donde se realizó una encuesta estructurada al niño y al responsable de su alimentación. En posteriores visitas domiciliarias se aplicó el Método de Recordatorio de 24 horas incluyendo marcas de productos industrializados. Las visitas se realizaron 1 vez por semana durante más de 1 mes (total de cinco visitas). Ambas encuestas arrojaron la misma información sobre el consumo de alimentos permitidos (libre de gluten). Los datos estadísticos se analizaron según el Coeficiente de Correlación de Spearman. En la encuesta estructurada se observó que el 53 % de los niños consumían alimentos adecuadamente (consumo del 95 a 100%), el 17% medianamente adecuado (consumo del 60 al 95%) y el 4% inadecuadamente (consumo < al 60). Con un porcentaje de error del 5%. Según el método recordatorio de 24 hs horas, 64 % de los niños poseían una dieta libre de gluten, el 16% cometían algunas transgresiones alimentarias y el 20 % no se adherían al tratamiento. De la comparación de los métodos utilizados para recolección de datos alimentarios se muestra una correlación altamente significativa para la adherencia al consumo de alimentos libres de gluten (p= 0,000). La encuesta propuesta aporta información válida para el estudio de la adherencia al tratamiento.

POLIPOSIS HAMARTOMATOSA JUVENIL

N Romagnoli1, R Pinasco1, J La Vía1, G Nardi1, P Farina2, A Llontop3, S Marina3, M Jaroslavsky3, S Regnasco1, E Saá1

1 Unidad de Gastroenterología - Hospital I. Pirovano, Argentina. 2 Sector Coloproctología - División Cirugía - Hospital I. Pirovano, Argentina. 3 División Anatomía Patológica - Hospital I. Pirovano, Argentina.

Introducción:

Los pólipos hamartomatosos se definen como un crecimiento excesivo de células y tejidos propios de la localización anatómica en la que se producen. Están formados por células epiteliales y estroma. Los hamartomas pueden ser solitarios o formar parte de un síndrome, como el Síndrome de poliposis juvenil, Síndrome de Peutz Jagers, Síndrome de Cowden, Síndrome de Bannayan Riley-Ruvalcaba y el Síndrome de Cronkhite Canada. La incidencia de los pólipos hamartomatosos es menos del 1% de la incidencia anual de cáncer colorrectal en los Estados Unidos y Canadá.

Objetivo:

Presentar una patología de baja frecuencia, destacando que a partir del diagnóstico anatomopatológico de una lesión benigna se describe un paciente en una categoría de riesgo muy elevado para patología maligna.

Material y métodos:

Paciente masculino de 19 años, oriundo de San Martín, provincia de Buenos Aires. Motivo de consulta: proctorragia de dos años de evolución.

Resultados:

Videocolonoscopia: desde el margen anal y en una extensión aproximada de 7 cm, formación irregular, mamelonada, que compromete más de un cuarto de la circunferencia. Desde los 7 cm. hacia proximal, lesión que compromete paredes opuestas. Se toman múltiples biopsias. Se progresa hasta ciego no visualizándose otras alteraciones.

Anatomía Patológica: Todos los fragmentos estaban constituidos por mucosa colónica con criptas irregulares, algunas dilatadas revestidas por células típicas. Negativo para lesión adenomatosa.

Otros estudios: Tomografía Computada Multislice de abdomen con contraste: En recto, engrosamiento parietal circunferencial con imágenes de aspecto vegetante. Resto normal. Ecoendoscopia: Tis T1 NO.

Resección transrectal: Se progresa anoscopio visualizándose 3 lesiones elevadas de Recto, la mayor ubicada a 5 cm. del margen anal en hora III, que ocupa el 50 % de la circunferencia; otra en hora IX que ocupa 1/4 de la misma y otro ubicada a 8 cm. del margen anal en hora XI, de 2 cm.

Anatomía patológica de la pieza quirúrgica: Las secciones histológicas muestran pared rectal con múltiples formaciones polipoides sésiles y pediculadas constituidas por ejes fibrovasculares con gruesos haces musculares revestidos con mucosa rectal con criptas largas, en sectores irregulares, algunas dilatadas y bifurcadas, tapizadas por células típicas con abundantes células calcificiformes. Los hallazgos son compatibles con múltiples pólipos hamartomatosos.

Conclusión:

La poliposis juvenil se define como cualquier número de pólipos hamartomatosos en un paciente con antecedentes familiares, $n \geq 3$ pólipos, sin antecedentes familiares. Es una patología de baja frecuencia (diez veces menos frecuente que la Poliposis Adenomatosa Familiar). Presenta un riesgo de carcinoma colorrectal del 30 - 40 %, y de carcinoma de tracto digestivo superior de 10 - 15 %, la mayoría de los casos en pacientes que nunca han sido sometidos a endoscopia o examen radiológico. La presencia de proctorragia siempre debe ser estudiada; en un paciente joven, la misma puede vincularse a patología benigna con potencial maligno.

TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL INTESTINAL, CON COMPROMISO DE EPIPLÓN, COMO CAUSA DE TUMOR PALPABLE DE ABDOMEN.

M Soria, M Iriarte, P Bazan, E Batagelj, A Vijnovich, N Aldabe

Hospital Militar Central, Argentina.

INTRODUCCIÓN: Los tumores del estroma gastrointestinal (GISTs) son neoplasias relativamente raras, que pueden ubicarse en cualquier área del tubo digestivo, y raramente en epiplón y otros sitios extraintestinales, que provienen de las células intersticiales de Cajal, cuyo pico de presentación es a los 50 años, sin distinción de sexo.

OBJETIVO: Presentar un caso de Gist de intestino delgado con compromiso de sigmoides y epiplón mayor, como causa de tumor palpable abdominal.

CASO CLINICO: Paciente de sexo masculino, 48 años de edad, con antecedentes de vitíligo e hipotiroidismo tratado, apendicectomizado y colestectomizado, que presentó alteración del ritmo evacuatorio, masa abdominal palpable y proctorragia intermitente de 4 meses de evolución. Como positivo al examen físico: masa redondeada de 7cm de diámetro, móvil con bordes bien definidos en zona paraumbilical izquierda, dolorosa a la palpación profunda. Laboratorio sin alteraciones.

Se le realizó ecografía abdominal: Formación nodular sólida paraumbilical inferior izquierda heterogénea (52 x 57 x 54 mm), que al doppler presentaba flujo en su interior.

Tomografía contrastada de abdomen y pelvis: Masa de densidad de partes blandas homogénea en íntimo contacto con asas yeyunales y colon descendente 6 x 7 x 6.2 cm 1-ap-t, con realce ante la administración de contraste endovenoso.

VEDA: Gastropatía erosiva.

VCC: Diverticulosis de colon descendente, hemorroides internas congestivas.

En ateneo se decide laparotomía exploradora evidenciándose tumor de aspecto altamente vascularizado de 8 cm aproximadamente que compromete intestino delgado, epiplón mayor y colon sigmoides. Se realiza omentectomía parcial, resección segmentaria de intestino delgado (40 cm) con anastomosis t-t, resección segmentaria de colon sigmoides con anastomosis primaria t-t.

El informe anatomopatológico arroja: Tumor mesenquimático de 7 cm de diámetro mayor, adherido a serosa colónica y epiplón; constituido por una proliferación fusocelular de disposición fasciculada, con bajo índice mitótico (menos de 5 mitosis por campo de alto poder) y la inmunohistoquímica CD117 (+), CD43 (+), DESMINA (-), AML (-), confirmando el diagnóstico de GIST.

CONCLUSIONES: Estas neoplasias representan al menos el 3% de los tumores del tracto gastrointestinal, tienen un espectro clínico que van desde ser asintomáticos hasta producir masas palpables abdominales como fue el caso presentado, las técnicas de diagnóstico incluyen ecografía, tomografía computada, resonancia magnética y tomografía con emisión de positrones. La inmunohistoquímica expresa CD117 y CD 34 positivo en la mayoría de casos, variablemente positivo para actina y usualmente negativo para S100. El manejo es multidisciplinario, el tratamiento gold estándar en los casos localizados es la resección quirúrgica, seguida de imatinib de acuerdo al riesgo de recurrencia y en los casos irresecables o metastásicos imatinib.

GP-049**HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA DE CAUSA INFRECUENTE. METASTASIS DE MELANOMA.**

J Gonzales Flores, D Serrano, G Dowbley, A Proske, J Pigliacampo
Sanatorio Británico, Rosario, Argentina.

INTRODUCCIÓN: LA INCIDENCIA DEL MELANOMA MALIGNO HA AUMENTADO EN FORMA CONSTANTE EN LAS ÚLTIMAS DECADAS. REPRESENTA ACTUALMENTE EL 5% DE TODOS LOS CÁNCERES EN HOMBRES Y EL 4% EN MUJERES.

EL COMPROMISO DEL TRACTO GASTROINTESTINAL PUEDE SER PRIMARIO O SECUNDARIO A ENFERMEDAD METASTÁSICA, SIENDO ESTO ÚLTIMO LO MÁS FRECUENTE.

EN AUTOPSIAS DE PACIENTES CON MELANOMA AVANZADO SE ENCUENTRAN METÁSTASIS EN EL TRACTO GASTROINTESTINAL EN EL 60% DE LOS CASOS, SIENDO EL INTESTINO DELGADO EL AFECTADO CON MAYOR FRECUENCIA, SEGUIDO POR EL ESTÓMAGO Y EL COLON. SÓLO EL 4% DE ÉSTOS PACIENTES DESARROLLAN SÍNTOMAS.

OBJETIVO: COMUNICAR EL CASO CLÍNICO DE UN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE MELANOMA DE REGIÓN PERIANAL AVANZADO QUE DESARROLLA UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA SECUNDARIA A METÁSTASIS QUE INVOLUCRA COLON TRANSVERSO.

MATERIALES Y MÉTODOS: PACIENTE INTERNADO EN UNA INSTITUCIÓN PRIVADA DE ALTA COMPLEJIDAD.

CASO CLÍNICO: PACIENTE DE 71 AÑOS CON ANTECEDENTE DE MELANOMA CUTÁNEO PERIANAL RESECADO CON AMPLIACIÓN DE MÁRGENES Y VACIAMIENTO GANGLIONAR INGUINAL EN 2010.

INGRESA POR ENTERORRAGIA. VEGD: SIN LESIONES. VIDEOCOLONOSCOPIA: DIVERTICULOSIS UNIVERSAL SIN SANGRADO ACTIVO, Y UNA LESIÓN SANGRANTE EXOFÍTICA DE COLON NEGRUZZA CON CENTRO ULCERADO SOBRE COLON TRANSVERSO EN LA VEJICADA DEL ÁNGULO ESPLÉNICO. TAC ABDOMINOPÉLVICA: LESIÓN SÓLIDA EN ÍNTIMA RELACIÓN CON EL COLON TRANSVERSO Y EL POLO INFERIOR DEL BAZO DE 10 x 9 CENTÍMETROS. OTRA EN CONTACTO CON LA CURVATURA MAYOR DEL ESTÓMAGO, LA COLA DEL PANCREAS, Y EL POLO SUPERIOR DEL BAZO, DE LÍMITES NETOS Y CONTENIDO LÍQUIDO, DE 10 x 8 CM. LESIÓN OSTEOLÍTICA EN SEGUNDA VÉRTEBRA LUMBAR DE 12MM. RESTO DE LAS ESTRUCTURAS NORMALES.

BIOPSIA ENDOSCÓPICA DEL COLON: METÁSTASIS DE MELANOMA MALIGNO CON PATRÓN EPITELOIDE.

SE REALIZA LAPAROTOMÍA CON PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL, ESPLENECTOMÍA, OMENTECTOMÍA PARCIAL Y HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA CON RESECCIÓN DE UNA GRAN MASA SÓLIDA IRREGULAR DE COLOR NEGRUZZO.

INFORME HISTOPATOLÓGICO DE LA PIEZA QUIRÚRGICA: VOLUMINOSA METÁSTASIS DE MELANOMA MALIGNO, DE PATRÓN SARCOMATOIDE Y ALTO GRADO NUCLEAR CON TRANSFORMACIÓN QUIÍSTICA. IMPRESIÓN ORIGINARSE EN CUERPO PANCREÁTICO. EN COLON: LESIÓN NODULAR PROMINENTE DE 5 CM. DE DIÁMETRO COMPUESTA POR TEJIDO NEOPLÁSICO COLOR MARRÓN-NEGRUZZO QUE APLANA LA MUCOSA ADYACENTE, CENTRALMENTE ULCERADA. METÁSTASIS MICROSCÓPICA EN BAZO. 4 ESTRUCTURAS GANGLIONARES PERIPANCREÁTICAS CON COMPROMISO METASTÁSICO FOCAL DE MELANOMA MELANOCÍTICO. INTENSA MELANOSIS SIN CÉLULAS NEOPLÁSICAS EN EPIPLÓN, GANGLIOS LINFÁTICOS Y TEJIDO GRASO VISCERAL Y RETROPERITONAL.

CONCLUSIÓN: EL COMPROMISO METASTÁSICO DE UN MELANOMA EN EL TRACTO GASTROINTESTINAL ES UNA CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA. EL CASO AUMENTA EL INTERÉS YA QUE EL PACIENTE PRESENTABA UNA EXTENSA LESIÓN METASTÁSICA PROVENIENTE DEL CUERPO PANCREÁTICO QUE DESPLAZABA ESTRUCTURAS VECINAS, E HIZO COMPLEJO DETERMINAR SI EL COMPROMISO PARIETAL DEL COLON TRANSVERSO ERA SECUNDARIO A INVASIÓN DE ÉSTA ÚLTIMA O SI SE TRATABA DE UNA LESIÓN ORIGINADA EN LA PARED COLÓNICA.

GP-051**PANCREATITIS RECURRENTE: FORMA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA DE FIBROSIS QUIÍSTICA**

N Lucero, A Uhlir, E Corfield, K Devigo, V Bernedo, L Guzmán, G Leidi, S Miculan, N Balcarce, G Nanfito, R Ben, C Zubiri, E Cueto Rúa
Hospital de Niños Superiora Sor María Ludovica, Argentina.

Introducción

La pancreatitis recurrente en los niños suele ser producida por fibrosis quística (FQ), anomalías anatómicas congénitas biliopancreáticas, hereditarias, hiperlipemias, hiperparatiroidismo, ascaridiasis.

Objetivo:

Mostrar una forma de presentación atípica de FQ.

Caso clínico.

Paciente femenino de 5 años de edad derivada por presentar pancreatitis recurrente.

Sin antecedentes familiares. Múltiples internaciones desde los 4 años por episodios de pancreatitis que resolvieron con tratamiento médico.

Curva pondoestatural y examen físico normales.

Amilazas y lipasas elevadas, calcio, fósforo, función renal, hepática, perfil lipídico, normales.

Serologías de hepatitis B, HIV, VEB negativo.

Elastasa fecal 1, Van de Kamer, esteatocrito y coproparasitológico normal.

Test del sudor x 2: negativos.

ECO, TAC, Colangiorensonancia: revelaron páncreas con bordes irregulares sin anomalías de la desembocadura de conductos pancreáticos.

Descartadas las principales causas de pancreatitis recurrente se solicitó estudio genético para fibrosis quística.

Mutación genética G542 X/Alelo 5T

Madre Heterocigota G542X.

Actualmente la paciente tiene 12 años de edad, no requirió internación desde los 9 años con buen progreso pondoestatural.

Función pulmonar y estudios de malabsorción normal.

Conclusión.

La pancreatitis recurrente representa un desafío diagnóstico y la fibrosis quística debe ser considerada aún con test del sudor normal o dudoso.

El 85% de los pacientes con FQ tienen insuficiencia pancreática y de los restantes, el 18% presentan pancreatitis.

GP-050**ABDOMEN AGUDO DE ETIOLOGÍA INFRECUENTE**

MV Toledo, G Afarian, C Casco, M Gastaminza, S Lettieri, F Robledo, HW Rubio
Servicio de Gastroenterología Hospital Interzonal de Agudos Dr. Diego Paroissien, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La actinomicosis es una enfermedad granulomatosa crónica causada por el Actinomicetes, bacteria anaeróbica, Gram positiva que forma parte de la flora normal de la orofaringe, tracto gastrointestinal y genitourinario. Se convierte en patógena cuando se produce un daño tisular.

Se presenta en tres principales síndromes: el cervicofacial (50% de los casos), el abdominopélvico (20%) y el torácico (15-20%). Sitios menos frecuentes son hígado, hueso y sistema nervioso.

El abdominopélvico se presenta en cuadros de apendicitis aguda, diverticulitis, perforación visceral, en neoplasias y en cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal o genitourinario como el uso de DIU.

El diagnóstico es difícil de establecer y su confirmación depende del aislamiento del organismo en una muestra tisular

OBJETIVOS: Informar dos casos clínicos de actinomicosis abdominopélvica que es una causa poco frecuente de abdomen agudo.

MATERIALES Y METODOS:

Caso Clínico N° 1: Paciente mujer de 53 años que ingresa a la guardia del Hospital presentando dolor abdominal difuso de 15 días de evolución, que empeora en las últimas 48 horas localizándose en abdomen inferior, con diarrea y vómitos. Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia. Radiografía de abdomen simple: múltiples niveles hidroaéreos en hemiabdomen inferior.

Se realizó laparotomía exploradora constatándose formación duro pétreo que afectaba colon sigmoide. Se efectuó resección colónica segmentaria. El resultado de anatomía patológica de la pieza de resección informa: pared con infiltrado inflamatorio de leucocitos polimorfonucleares, células gigantes de tipo cuerpo extraño, marcada fibrosis y material compatible con microorganismos vinculable a actinomicetes.

Caso clínico N° 2: Paciente mujer de 54 años, portadora de DIU hace más de 10 años que ingresa al Hospital con dolor abdominal intenso de instalación brusca localizado en hipogastrio, acompañado de vómitos y fiebre de 38°C. Se efectuó laparotomía exploradora que informa el hallazgo de tumoración indurada en colon sigmoide. Se realiza resección segmentaria de colon sigmoide. El diagnóstico anatomopatológico informa la pared infiltrada con leucocitos polimorfonucleares y material compatible con actinomicetes.

CONCLUSIÓN: Se debe tener presente a la actinomicosis abdominopélvica en el diagnóstico diferencial de los cuadros de abdomen agudo. Es difícil llegar al diagnóstico si no se tiene una elevada sospecha clínica. Es una patología subdiagnosticada y de fácil tratamiento.

GP-052**UNA CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POCO HABITUAL**

SE Elena, M Arco, L Sindich, J Conosciuto, M Basile, F Tonn, J Laborda Molteni, M Guagnini, A Vazquez, E Gimenez, C Quinzio, S Martino
Hospital Privado de Comunidad, Argentina.

Introducción: el carcinoma epidermoide es el principal cáncer de cabeza y cuello originándose en la mucosa aerodigestiva alta (95%) y en las glándulas salivales (5%). Representa el 4% de todos los cánceres. La incidencia es mayor entre los 55-65 años y más frecuente en hombres. Son los factores de riesgo el tabaquismo, consumo de alcohol y el virus de papiloma humano.

Caso Clínico: Paciente de 63 años que consulta por episodio de hematemesis, melena y lipotimia. Antecedentes de tabaquismo, consumo de alcohol (40gr/día) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Examen físico: inestabilidad hemodinámica, SNG con débito hemático. Hematocrito 33% hemoglobina 10,7gr%, tiempo de protrombina 72%. Para su estabilización inicial se emplearon expansores de volumen con cristaloides. Durante la VEDA se constató sangrado activo en hipofaringe y lesión ulcerada en amígdala lingual. Evaluado luego de manera multidisciplinaria (ORL y Cirugía General) se acordó realización de RMI cervical que halló en receso glosopiglotico izquierdo, imagen de intensidad de partes blandas de 2x3x4cm sugerente de proceso infiltrativo. La misma se extiende a base de lengua y atraviesa la línea media ocupando el receso glosopiglotico contralateral. Imagen ganglionar de 1,4 cm en la cadena yugulocarotía. El estudio anatomopatológico de la base de lengua correspondió a carcinoma escamoso moderadamente diferenciado. La histología de la mencionada adenopatía resultó positiva para células neoplásicas.

Comentario: las manifestaciones clínicas del carcinoma epidermoide habitualmente son: dolor local, otalgia referida, sensación de globo, movimiento lingual limitado y/o disfonía siendo la hemorragia severa como la padecida por nuestro paciente una forma de presentación infrecuente. Por lo general son pacientes asintomáticos con lesiones sólidas o quísticas de gran tamaño.

Conclusion: esta inusual forma de presentación clínica de un cáncer de lengua (hemorragia digestiva alta aguda severa), puede confundir al médico asistente favoreciendo un subdiagnóstico durante la evaluación endoscópica y requiriendo reexámenes. El pormenorizado interrogatorio y examen físico exhaustivo junto al manejo multidisciplinario favorecen su oportuno e infrecuente diagnóstico.

GP-053

TOXICIDAD HEPÁTICA POR ALFA-METILDOPA: COMUNICACIÓN DE 2 CASOS

C Siri, R Adrover, D Cocozzella, D Daino, M Carrilero, A García, M Contreras, J Romé
HIGA San Roque, Gonnet, Argentina.

Introducción: La alfa-metildopa se utiliza frecuentemente para el tratamiento de hipertensión arterial en el embarazo ya que no atraviesa la barrera placentaria, su hepatotoxicidad fue descrita por Elkington en 1969. Provoca hipertransaminasemia asintomática en el 5% de los casos y lesión hepática en menos del 1%.

Objetivo: reportar 2 casos de toxicidad por alfa-metildopa en el embarazo.

Pacientes y Método: Caso 1: mujer de 29 años que cursa 3º embarazo (22 sem); 12 días previos a la consulta comenzó con coluria, prurito generalizado y astenia. Presentó dolor abdominal acompañado de náuseas y vómitos. Cuatro días antes presenta ictericia, registro febril de 39°C y rash cutáneo, eritematopruriginoso. Refiere hipertensión arterial tratada con enalapril, reemplazado a las 8 semanas de gestación por alfa-metildopa. Además se encuentra bajo tratamiento con cabergolina por adenoma hipofisario desde 2010; ácido fólico y suplemento vitamínico desde el diagnóstico de embarazo.

Al examen: vigil, orientada, sin alteración del sueño, sin asterixis e ictericia generalizada. Monitorio obstétrico normal. Laboratorio: plaquetas 290.000; protrombina 72%; Hg 11,6; BT 21 mg%; TGP 515; TGO 618; FAL 273; albúmina 3,1. Serología: HBsAg, IgM antiHBe, antiVHC, antiVHE, IgM antiVHA, IgM VHS no reactivos. FAN y ASMA negativos. Ecografía abdominal hígado de características normales y bazo normal; ausencia de ascitis. Se suspende alfa-metildopa 5 días posteriores a la aparición de ictericia. A las 48 hs de internación se evidencia descenso de la concentración de protrombina a 35%; 2 días después presenta encefalopatía hepática grado II y se deriva a centro de trasplante hepático con diagnóstico de hepatitis aguda fulminante. La paciente fue trasplantada con buena evolución postrasplante.

Caso 2: mujer de 37 años que cursa 18 semanas del tercer embarazo, con antecedente de hipertensión arterial medicada con losartán y un aborto espontáneo. Consultó por ictericia e hipertransaminasemia mayor 10 VN. Recibe alfa-metildopa desde la 8va semana de embarazo. Al examen presenta ictericia como único hallazgo. Laboratorio: plaquetas 210.000, protrombina 58%; BT 8,1 mg%; TGP 942; TGO 856; HBsAg, IgM antiHBe, antiVHC, antiVHE, IgM antiVHA e IgM VHS no reactivos. FAN 1:320 y ASMA negativo. Ecografía de abdomen normal.

Se suspende alfa-metildopa 48 hs posterior a la aparición de ictericia, presenta mejoría de la función hepatocelular con aumento de protrombina y normalización de las transaminasas en 6 semanas.

Discusión: se comunican 2 casos de hepatotoxicidad por alfa-metildopa, ambos con signos de disfunción hepatocelular evolucionando uno de ellos a la FHF. Cabe destacar que la paciente que tuvo peor evolución, fue en la que la suspensión de la alfa-metildopa se retrasó por más de 48 hs desde la aparición de ictericia. Queremos acentuar la trascendencia de monitorizar periódicamente el hepatograma de las pacientes bajo tratamiento con alfa-metildopa y concientizar sobre la importancia de la pronta derivación para trasplante ante una hepatitis aguda fulminante.

GP-055

EXPERIENCIA INICIAL EN EL USO DE UN DISPOSITIVO DE NEUROESTIMULACION CUTÁNEO (VOCASTIM) EN LA REHABILITACIÓN DE PACIENTES CON DISFAGIA

J Dr Alach1, S Gallego.,1, F Robledo2, H Larrea2

1 Hospital San Roque de Gonnet La Plata Sección Motilidad Digestiva Servicio Gastroenterología, Argentina. 2 CEDISFO, Argentina.

Introducción

Aproximadamente el 20% de los pacientes en rehabilitación tienen trastornos deglutorios.

La actual terapia convencional para disfagia generalmente emplea técnicas de estrategia compensatoria (cambios de dieta, cabeza posicionamiento o modificar tamaño bolo) y técnicas específicas destinadas a mejorar la coordinación y la fuerza de los músculos tragando (estimulación térmica, biofeedback, maniobra de Mendelsohn o elevación supraglótica)

La Electroestimulación con VocaSTIM se utiliza no sólo para eliminar trastornos del habla y voz, sino que también se aplica para la corrección de la disfagia.

Por medio del uso de Electroestimulación, dependiendo del tipo de los parámetros actuales y elegidos, es posible mejorar la circulación sanguínea, estimular la nutrición de los músculos en caso de atrofia, estimular el tejido neural en casos de parálisis periférica o central, o realizar anestesia y electroforesis para transferir productos médicos en tejidos.

Objetivo: Evaluar la efectividad de la neuroelectroestimulación cutánea con el uso de VocaSTIM en la eliminación o corrección de los trastornos de la deglución.

Material y métodos

Desde marzo del 2011 hasta mayo del 2012 se realizaron 15 tratamientos, Solo 12 completaron la totalidad del tratamiento (los tres restantes abandonaron o no completaron por razones socio/familiares)

Se incluyeron 12 pacientes (7 varones 5 mujeres) edad promedio entre 32 a 78 años.

En su gran parte disfagia por secuelas neurológicas (ACV, Parálisis de recurrente, Secuelas postquirúrgicas neurológicas :Meningiomas etc.) otra causas fueron (globos esofágico, espasmo cricofaríngeo.) Se realizaron promedio entre 8-10 sesiones de 20 minutos promedio 2 veces a la semana, a Todos se le realizó VDG inicial y de control además de un Electrodiagnóstico de inicio para valorar objetivamente grado de denervación en algunos casos manometría esofágica y videoesofagogoscopia y Fibroendoscopia nasal(FEES)

La respuesta fue valorada según grado de evolución clínica y escala de la disfagia además del electrodiagnóstico correspondiente.

Esta técnica combina el intento de efectuar una contracción voluntaria con el disparo manual de la electroestimulación por medio de un pulsador

Se observó disparidad entre la evolución clínica y la video deglución.

El electrodiagnóstico acompañaba generalmente la respuesta clínica.

Conclusiones:

La Electroestimulación con VocaSTIM (electroestimulación en los denominados ejercicios intencionales) es un tratamiento nuevo y eficaz para trastornos de la deglución.

El tratamiento tradicional de rehabilitación de la deglución y los métodos utilizados en Logoterapia para aplazar o demorar el tratamiento invasivo de la disfagia(sondas, una sonda de gastrostomía) se suman a este tratamiento dentro del algoritmo terapéutico y no se excluyen de ningún modo sino que son sumatorias.

El uso del dispositivo VocaStim es posible adosarlo a los métodos clásicos y permite llegar a positivos resultados en períodos más cortos de rehabilitación.

GP-054

POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR: REPORTE DE UN CASO

M Arco, L Sindich, S Elena, J Conosciuto, N Capponi, E Tonn, M Basile, J Laborda
Hospital Privado de Comunidad (Mar del Plata), Argentina.

INTRODUCCIÓN: La Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF) es un desorden autosómico dominante causado por una mutación en la línea germinal en el gen APC. Se caracteriza por la presencia de más de 100 pólipos a lo largo del colon y la asociación de alteraciones extra intestinales.

CASO CLINICO: Se presenta un varón de 47 años con antecedentes de síndrome metabólico y esteatosis hepática. Consulta por alteración del ritmo evacuatorio y dolor abdominal de 2-3 meses de evolución. Pérdida de 1-2 Kg. Examen físico normal. Laboratorio normal. Ecografía abdominal: esteatosis hepática. TAC abdominal: engrosamiento irregular con efecto de masa en pared colónica a nivel de la unión ceco-ascendente. La Videocolonoscopía mostró desde el recto

hasta fondo cecal múltiples pólipos de aspecto adenomatoso en número mayor a 100, de diferentes tamaños. En fondo cecal lesión elevada, friable, semicircunferencial, polilobulada, de 4 cm. La histología informó adenoma túbulo-velloso con displasia de bajo grado en todas las muestras y displasia de alto grado en la cecal. VEDA: Esófago y estómago sin lesiones mucosas.

Duodeno: en segunda porción duodenal a nivel de la papila lesión elevada, sécil, friable de 2 cm de diámetro.

TAC DE CRANEO-MACIZO FACIAL: Osteoma mandibular de 5mm en seno maxilar izquierdo.

COLANGIO RESONANCIA: Litiasis vesicular. Vía biliar principal de 1cm con imágenes hipo intensas en su interior.

En 2º porción duodenal imagen elevada. Dilatación del conducto de Wirsung.

TRANSITO DE INTESTINO DELGADO: A nivel de la 2ª porción de duodeno imagen de 2 cm x 2 cm de diámetro, sugerente de pólipo.

Dudosa imagen de aspecto elevado en proyección de yeyuno a nivel peri umbilical.

EVALUACION OFTALMOLOGIA: Fondo de ojo: máculas hiperpigmentadas en retina. Se realizó proctocolectomía con anastomosis ileo-anal. Pouch ileal e ileostomía de seguridad. Cierre de la ileostomía 2 meses después. La ecoendoscopia mostró solamente compromiso mucoso. Se realizó una ampulectomía endoscópica y colocación de stent pancreático de 5F por 5cm.

CONCLUSIÓN: Los pacientes con PAF tiene un riesgo a lo largo de toda su vida entre el 50-100% de desarrollar adenomas ampulares. Los tumores ampulares ocupan el 5% de las neoplasias gastrointestinales. Debido a que la secuencia adenoma-carcinoma que se observa en colon también ocurre en duodeno, se recomienda la resección profiláctica. El riesgo de desarrollo de adenomas duodenales es casi del 100%. Los pacientes con PAF tiene un riesgo 100-333 veces mayor que la población general para el desarrollo de un carcinoma duodenal.

GP-056

TUMORACIÓN RECTAL EN PACIENTE DE 19 AÑOS

J Vallejos, C Alvarez, C Capuñay, E Salas, P Carrascosa

Diagnóstico Maipú, Argentina.

Presentación clínica: Paciente masculino de 19 años que consulta por proctorragia y mucorra asociados a prolapso rectal de 1 año de evolución. El informe de laboratorio no presenta alteraciones significativas.

Hallazgos imagenológicos: En ecografía endorectal se observa una formación ovoidea extramucosa con centro hipocóico. La resonancia magnética muestra a nivel del recto dos nódulos submucosos, con imágenes microquísticas en su interior. En la videocolonoscopía se observa lesión móvil extramucosa del recto, con mucosa congestiva a dicho nivel. Se toma biopsia de la lesión, hallándose glándulas reactivas hiperplásicas en un estroma fibroso vinculable a prolapso o úlcera solitaria.

Discusión: Si bien el diagnóstico definitivo de la colitis quística profunda es histológico, es necesaria una interpretación adecuada de los hallazgos clínicos, endoscópicos e imagenológicos en su conjunto, teniendo en cuenta que esta entidad puede simular un proceso maligno, por lo que el diagnóstico diferencial es clave para evitar una cirugía radical innecesaria.

Conclusión: La colitis quística profunda es una enfermedad infrecuente y benigna, que puede simular una patología maligna en su presentación.

GP-057**PANCREATITIS AUTOINMUNE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CÁNCER DE PÁNCREAS.**

R Victoria, O Jorge, A Torres, D La Salvia, M Cabrera, A Pascual, L Koll, C Viñuela, J Adi, S Salomone, C Milutin
HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE, Argentina.

Introducción

La Pancreatitis Autoinmune es una causa poco frecuente de Pancreatitis Crónica que afecta con mayor frecuencia al sexo masculino en la edad media de la vida y se presenta con ictericia obstructiva, acompañada de pérdida de peso, siendo por ello el cáncer de páncreas uno de sus diagnósticos diferenciales. Los criterios diagnósticos de esta entidad son controvertidos, basados en la histología, imagenología y serología principalmente, por lo que representa un desafío para el profesional que se enfrenta a él. Por su rápida progresión a Pancreatitis Crónica requiere la instauración temprana del tratamiento glucocorticoide para detener su curso natural.

Caso Clínico

Paciente, sexo masculino, 72 años de edad, con antecedente de HTA y Diabetes Mellitus Tipo 2, es derivado a nuestro Hospital por ictericia de 5 meses de evolución, acompañada por pérdida de peso de 10 kg, prurito y coluria, sin dolor abdominal ni fiebre. Analítica: hematocrito 37.5%, leucocitos 9260/mm³, plaquetas normales, creatinina 1,20 mg/L, TP 67%, GOT 92 UI/mL, GPT 213 UI/mL, GGT 1123 UI/mL, FAL 611 UI/mL, Bilirrubina Total 19 mg/dL, Bilirrubina Directa 12 mg/dL, CA 19-9 93 UI/mL; Ecografía: dilatación de la vía biliar intrahepática y extrahepática, imagen sugerente de lesión orgánica en colédoco distal cercano a su desembocadura, vesícula biliar levemente distendida, Wirsung levemente dilatado; CRMN: leve dilatación de vía biliar intrahepática y vía biliar extrahepática; CPRE: papilomatosis, vía biliar intrahepática y extrahepática dilatada, estenosis de vía biliar distal que impresiona por compresión extrínseca, compatible con lesión orgánica pancreática, se coloca stent de vía biliar; TAC Multicorte: ausencia de imágenes focales a nivel hepático y pancreático, con leve dilatación del Wirsung; Inmunología: niveles de subclases de Inmunoglobulina G: IgG4 > 200 mg/dL y Ecoendoscopia: glándula pancreática aumentada de volumen, de aspecto hipocóico, heterogéneo, con focos estriados hiperecóicos, de aspecto engrosado en sus bordes, conducto pancreático de calibre conservado, hallazgos compatibles con Pancreatitis Autoinmune. Por lo que se decide instaurar rápidamente la terapia con glucocorticoides. Actualmente, el paciente se encuentra en buena evolución en seguimiento ambulatorio por nuestro servicio, bajo tratamiento con glucocorticoides en dosis de descenso.

Conclusión

El paciente que presentamos fue diagnosticado inicialmente de cáncer de Páncreas, debido al cuadro clínico, analítica y hallazgos imagenológicos. Sin embargo, en TAC y Eco Endoscopia realizadas en nuestro servicio no se observó imagen nodular en páncreas. Esto sumado a las características de la glándula pancreática en la Ecoendoscopia (compatibles con Pancreatitis Autoinmune) y por los niveles significativamente elevados de IgG4 (>135 mg/dL), se llegó al diagnóstico de Pancreatitis Autoinmune. A esto se agrega la buena evolución del paciente con la instauración de los glucocorticoides. Creemos que la Pancreatitis Autoinmune debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de cáncer de páncreas.

GP-059**PIODERMA GANGRENOSO Y HEPATITIS C**

S Ferrero, G Camus, M Ferre, M Solanes, J Isaguirre
HOSPITAL ESPAÑOL DE MENDOZA, Argentina.

Paciente de sexo femenino, de 82 años que consulta por: Dolor, edema y úlceras con secreción caseosa en miembro inferior izquierdo, la cual refiere haber comenzado una semana previa al ingreso. Presenta como antecedente Hepatitis A virus C diagnosticado hace 4 años, en ocasión de realizarse estudios prequirúrgicos para artroplastia de rodilla izquierda, también refiere múltiples antecedentes quirúrgicos y transfusiones. Al examen físico se observan 3 lesiones ulceradas en región pretibial de pierna izquierda con supuración de dicha zona con secreción caseosa abundante y bordes necróticos, se constata fenómeno de patergia (agravamiento de las lesiones ante mínimos traumatismos), no fiebre. Resto de examen físico sin alteraciones.

Exámenes complementarios: Hto: 35 %, gb: 9.900, formula conservada, plaquetas: 250.000, GOT: 70, GPT:80, FAL: 271, Bil: normal, gGT: 56, TP: 80%, Proteinograma X EF: Normal, Cultivo de secreción de úlceras: Pseudomona Sp, Ziehl Nelsen: negativo, cultivo para micobacterias atípicas negativo. Doppler arteriovenoso de miembros inferiores: normal. Biopsia de piel: dermatitis inespecífica, descarta vasculitis. Ecografía Abdominal: hígado homogéneo de tamaño disminuido, no esplenomegalia, doppler esplenoportal normal.

Se inicia tratamiento con antibioticoterapia con piperacilina /tazobactam para Pseudomona Sp, tras lo cual presenta mala evolución, exacerbándose las lesiones ulceradas y apareciendo en forma concomitante lesiones en el miembro inferior contralateral, por lo que se comenzó con tratamiento con corticosteroides por la sospecha clínica de Pioderma Gangrenoso, tras lo cual mejora rápidamente.

Motiva la presentación de este caso el hecho de que el Pioderma Gangrenoso es una enfermedad cutánea inflamatoria infrecuente, que se manifiesta asociada a otras patologías, entre ellas hepatitis crónica a virus C, la cual puede sugerir anomalía inmunológica subyacente.

GP-058**UTILIDAD DE LA HEMODINAMIA HEPÁTICA Y DEL TIPS PARA EL CONTROL DE UNA HEMORRAGIA POR VÁRICES GÁSTRICAS. EXPERIENCIA INICIAL DE UN CENTRO EN EL INTERIOR DEL PAÍS.**

R Romo1, J Silva1, A Castro1, M Dolan2, R Clavijo1
1 CIMAC San Juan, Argentina. 2 Centro de Estudios Digestivos. Mar del Plata, Argentina.

Introducción: La hipertensión portal es la responsable de las más graves manifestaciones clínicas de los pacientes cirróticos y la hemodinamia hepática representa la forma más objetiva para la evaluación de la misma. Aporta información pronóstica de gran importancia y permite prevenir las complicaciones más letales fundamentalmente en lo que respecta al sangrado variceal.

Objetivo: Presentar el caso clínico de una paciente con hemorragia digestiva por várices gástricas cuyo tratamiento se definió en base a la hemodinamia hepática.

Paciente y Métodos: Se presenta el caso de una mujer de 53 años de edad con hepatitis crónica C en estadio cirrótico (CHILD B) sin antecedentes de ascitis, encefalopatía, trombosis espleno-portal ni hepatomas. Antecedentes de múltiples episodios de hemorragia digestiva por várices esófago-gástricas desde el año 2008. Recibió tratamiento médico con propranolol y ligadura endoscópica (banding) de las várices esofágicas continuando con episodios de sangrado por várices gástricas (GOV 2) por lo que se le realizó un shunt quirúrgico (Warren) en el año 2010. En Enero del 2011 es derivada a nuestro centro por nuevo episodio de sangrado por várices gástricas (GOV 2), se le realizó tratamiento endoscópico precoz y tratamiento médico con Terlipresina, Ciprofloxacina y Lactulón. Se objetivó en ecografía doppler ausencia de flujo en shunt quirúrgico que se confirmó con angio-RNM. A las 72 hs intercurrió con re-sangrado variceal, descompensación hemodinámica, fallo multi-orgánico, requerimiento de inotrópicos y asistencia respiratoria mecánica. Se decide la realización de una hemodinamia hepática constatándose un gradiente de presiones venoso-hepático (GPVH) de 21 mmHg por lo que se decide la colocación de una derivación transyugular intrahepática porto-sistémica (TIPS) logrando la reducción de las presiones a 9 mmHg. La paciente evolucionó favorablemente, se la externó y cumplió controles ambulatorios en excelente estado general por 6 meses y posteriormente fue derivada a centro de trasplante para evaluación y seguimiento.

Discusión: El reconocimiento de cifras mayores a 20 mmHg de GPVH durante un episodio de sangrado variceal agudo en curso permite reconocer a pacientes que tendrán peor evolución en términos de fallo del control del sangrado, como así también mayor riesgo de resangrado temprano y muerte. En este grupo de pacientes los shunts quirúrgicos y los TIPS son efectivos prefiriendo estos últimos en pacientes con enfermedad hepática avanzada (CHILD B ó C) como puente al trasplante.

Conclusiones: La hemodinamia hepática es una herramienta muy útil para la evaluación de la hipertensión portal ocupando un lugar cada vez más importante en el estudio de la misma. La utilización de esta práctica como así también el empleo de terapéuticas alternativas como el TIPS pueden realizarse en centros del interior del país prescindiendo de la necesidad de derivaciones urgentes a instituciones de referencia.

GP-060**TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) COMO CAUSA INFRECUENTE DE ANEMIA FERROPÉNICA EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

ME Keller, SI Scarafoni, MP Hidalgo, GA Ramacciotti, S Dos Santos
Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Don Victorio Tetamanti" de Mar del Plata, Argentina.

Introducción

La anemia ferropénica es frecuente en pediatría con una incidencia del 15% en Argentina. El alto requerimiento asociado al crecimiento y las dietas pobres en hierro son las causas más frecuentes.

El tumor GIST es una neoplasia mesenquimal específica del tubo gastrointestinal que muestra diferenciación hacia las células intersticiales de Cajal o a sus precursores; generalmente expresan el receptor KIT (CD117) y presentan mutaciones en los genes KIT o PDGFRA. Por lo general se presentan en pacientes mayores de 40 años y alcanzan su máxima incidencia en la quinta y séptima décadas de la vida. Son poco comunes en adolescentes y extremadamente raros en los niños. Afectan con mayor frecuencia a las mujeres adolescentes. El 60 a 70 % de los tumores estromales ocurre en el estómago y 20 a 30 % en el intestino delgado. Clínicamente pueden presentarse con anemia, dolor abdominal, disfagia o hemorragia digestiva (hematemesis o melena). Metastatiza por vía linfática y hemática, tiene un crecimiento lento que lo hace insensible a la quimioterapia. La mutación en el gen KIT hace que responda a inhibidores de tirosina kinasa.

Caso clínico

Niña de once años sin antecedentes que consulta por lipotimia y palidez constatándose un síndrome anémico agudo (Hb 5 g%) que requirió transfusión de glóbulos rojos, no surgiendo síntomas gastrointestinales como dolor abdominal, hematemesis o melena. El resto del examen físico era normal, con un crecimiento acorde a la edad.

La anemia fue caracterizada como ferropénica, con una respuesta parcial al aporte oral, y posterior reagudización por lo cual se decide realizar una endoscopia digestiva alta. Durante la misma se observa en antro hacia cara anterior entre la incisión angular y el piloro lesión elevada, submucosa, de aproximadamente 3 centímetros de diámetro con ulceración central sangrante al tacto y espontáneamente, dura al tacto instrumental. Diagnóstico endoscópico de tumor GIST.

Se realizó tomografía abdominal con contraste oral y endovenoso donde se visualizaron ganglios en la raíz de mesenterio de un diámetro máximo de 6 milímetros.

Se realiza cirugía durante la cual se reseca la lesión tumoral con márgenes macroscópicamente amplios, se palpan nódulos indurados no conectados al tumor primario, pero cercanos a éste que también se resecan y se envían a anatomía patológica.

El informe de la biopsia informa tumor del estroma gastrointestinal de histología epitelioide, con bajo índice mitótico, KIT positivo, GIST de bajo riesgo. Los márgenes del tumor primario estaban libres de tumor. La estadificación se completo con tomografía de tórax y gammagrafía ósea corporal total que fueron normales, por lo cual se descartó enfermedad metastásica. La paciente continúa bajo control clínico con PET TC cada tres meses para valorar progresión.

Conclusión

Los tumores del tracto gastrointestinal sangrantes son una causa poco habitual de anemia ferropénica en pediatría, es importante descartarlos ante la falta de respuesta al tratamiento.

GP-061

ESTUDIO COMPARATIVO DE COSTO MENSUAL ENTRE UNA DIETA BALANCEADA PARA CELÍACOS Y UNA BALANCEADA PARA NO CELÍACOS.

G Ferrari, A Baistrocchi, S de Barrio, M Viola, G La Motta, E Maffei, M Caniggia, A Crivelli

Unidad de Soporte Nutricional y Enfermedades Malabsortivas. H.I.G.A San Martín de La Plata, Argentina.

La enfermedad celíaca es una enteropatía autoinmune que se presenta en sujetos genéticamente susceptibles.

El único tratamiento es el cumplimiento estricto y permanente de una dieta libre de gluten (DLG), ya que ingestas mínimas pueden desencadenar la respuesta autoinmune.

Considerando el frecuente uso del gluten en la formulación de alimentos en general, éstos deben ser analizados, certificados e inscriptos en el Código Alimentario Argentino como aptos para celíacos Sin gluten – Sin TACC.

Esto genera un incremento en el costo de ciertos productos para una DLG. Además debe tenerse en cuenta que siendo ésta la base del tratamiento, no solamente debe excluirse de ella el gluten sino también debe ser variada, completa y equilibrada.

Objetivos:

- Estimar y comparar el costo mensual entre una DLG y una dieta general balanceada.
- Estimar y comparar el costo mensual de productos industrializados que figuran en listados para celíacos con iguales productos industrializados para no celíaco.

Metodología:

- Se diseñó un menú completo y equilibrado de 10 días para una persona no celíaca en base a las recomendaciones actuales.
- Se diseñó un menú para una persona celíaca con iguales características reemplazando los productos permitidos, tomando como base el listado de la asociación de celíacos.
- Se desglosó cada menú y se determinó el costo de cada uno de los ingredientes, de ambos menús. Para el menú de la persona no celíaca, por tener mayor libertad de elección entre marcas, se buscó un promedio entre los diferentes productos alimenticios ofrecidos en góndola.

Resultado

Dieta Balanceada	Mensual	Productos Industrializados	Mensual
No Celíaca	\$ 621	No Celíaca	\$ 293.1
DLG	\$ 842,3	DLG	\$ 511
Incremento del Valor	35%	Incremento del Valor	75%

- El costo mensual de una DLG balanceada es 35% mayor al de una dieta balanceada para no celíaco.
- El costo mensual de productos industrializados que figuran en listados para celíacos es 75% mayor a igual producto industrializado para no celíaco.

Conclusión:

- Los productos industrializados aptos para celíacos, deben llevar el logo para poder ser utilizados en una DLG, lo que conlleva a un encarecimiento en el total de su alimentación. A mayor uso de los mismos, mayor costo.
- Es imprescindible educar al paciente, promocionando y difundiendo una alimentación balanceada, remarcando el mayor consumo de alimentos naturales que no contienen gluten siendo éstos más saludables y de menor costo.

GP-063

PANCREATITIS IDIOPÁTICA RECURRENTE: UN DESAFÍO

S Salim, J Bai, S Basso, C Canelada, R Garcés, C Grela, A Irigoyen, E Mauriño
Hospital Bonorino Udaondo, Argentina.

INTRODUCCION

En la pancreatitis idiopática recurrente se producen más de un episodio de pancreatitis aguda sin detección del factor causal. Representa una situación frustrante para el paciente y un desafío en la gastroenterología para el diagnóstico y terapéutica.

CASO CLINICO

Presentamos dos pacientes de sexo femenino con episodios recurrentes de pancreatitis aguda en el lapso de un año. Antecedentes: Caso 1 artritis reumatoidea y enfermedad celíaca; caso 2 colecistectomía. Sin hallazgos concluyentes en los estudios diagnósticos (laboratorio, ecografía, TC y colangiopancreatografía), excepto dilatación del Wirsung. No pudo efectuarse dosaje de IgG4.

Uno de los casos presentó necrosis, seudoquistes e infarto esplénico. En ambos la evolución fue tórpida con deterioro clínico.

Se realizó CPRE: caso 1: esfinterotomía biliar y pancreática, estenosis franqueable en cabeza y dilatación del Wirsung distal, se coloca stent; caso 2: esfinterotomía dual, lesión quística en cabeza de páncreas con Wirsung dilatado y arrosariado, se coloca stent plástico.

Ambos pacientes presentaron buena evolución clínica con remisión del dolor, de los episodios de pancreatitis y de las complicaciones.

CONCLUSION

En los pacientes con pancreatitis idiopática recurrente, los estudios iniciales generalmente no aportan datos concluyentes para el diagnóstico.

La CPRE y la ecoendoscopia son el siguiente paso, pero implican cierta morbilidad. No obstante, la realización de procedimientos endoscópicos diagnósticos y terapéuticos en el Wirsung deberían ser tenidos en cuenta en el estudio de los pacientes con pancreatitis recurrente idiopática.

GP-062

LINFOMA T PERIFÉRICO PRIMARIO EN ESTÓMAGO

NJ Villalba, RA Tosti, G Rainero, A Scacchi, A Barri, S Caruso, R Quiroga, F Chiriano, H Copello, P Colombo
Hospital Churrucá - Visca, Argentina.

INTRODUCCIÓN

El linfoma primario del estómago representa un 3% de las neoplasias gástricas y un 10% de los linfomas del adulto. Más del 90% corresponde a dos subtipos: el linfoma de células B extranodal tipo MALT y el linfoma difuso de células B grandes. Los linfomas T primarios son poco frecuentes y de ellos el linfoma T periférico posee una incidencia de sólo 1.5 a 4%. Es una neoplasia muy agresiva, de mal pronóstico, escasa respuesta al tratamiento, alta tasa de recaídas y

promedio diagnóstico a los 60 años.

OBJETIVOS

Analizar una patología infrecuente a través de la presentación de una paciente a quien se le diagnosticó gastritis crónica mediante dos videoendoscopias digestivas altas tres años antes, sin otros hallazgos relevantes.

MÉTODOS

Estudio descriptivo de un caso.

RESULTADOS

Paciente de 67 años sexo femenino, hipotiroidea. Consultó el 23/04/2012 por dolor epigástrico, náuseas, vómitos y escasa tolerancia a los alimentos de 24 hs de evolución. En el año 2009 se le había diagnosticado gastritis crónica helicobacter pylori (+) mediante dos videoendoscopias digestivas altas. Los controles posteriores, mediante nueva videoendoscopia digestiva y biopsia demostraron una erradicación exitosa.

Al examen físico presentaba dolor a la palpación profunda a nivel epigástrico, sin defensa ni reacción peritoneal; con una ecografía abdominal normal. Se indicó tratamiento sintomático y control ambulatorio. Concurrió a las 48 hs por persistir sintomática. El nuevo laboratorio no evidenció alteraciones de relevancia. La TAC de abdomen y pelvis - sin contraste - mostró un marcado engrosamiento parietal del estómago e imágenes compatibles con adenomegalias adyacentes.

La nueva VEDA con sedación evidenció candidiasis esofágica grado III y mucosa gástrica con marcado engrosamiento de los pliegues en toda su extensión, congestiva e indurada a la toma de biopsias. Debido a la intolerancia oral y a los hallazgos encontrados se decidió su internación.

Como datos patológicos: leucocitosis (14000/mm3), serologías para enfermedad celíaca negativas, histología de las biopsias gástricas negativa para H. Pylori y un perfil inmunofenotípico compatible con linfoma T periférico: CD 3 (Marcador Pan "T") positivo; CD 5 (Marcador "T") positivo intenso; CD 43 positivo. La paciente evolucionó con shock séptico y falleció el 18/05/2012.

CONCLUSIONES

Se expone el presente caso clínico como forma de presentación poco frecuente de esta patología, de difícil diagnóstico y escasas posibilidades terapéuticas.

GP-064

COMPROMISO ESOFÁGICO DEL SARCOMA DE EWING.

JJ Trakál, RC Gorordo Ipiña, E Trakál, F Zárate, A Butti, L Armando
Clínica Universitaria Reina Fabiola, Argentina.

Paciente masculino de 32 años que presenta disfagia progresiva secundaria a tumor infiltrante esofágico. El paciente tenía diagnóstico de sarcoma de Ewing ínter escapular, que invadió pulmón, mediastino y finalmente el esófago dando los síntomas descriptos. La disfagia fue progresiva de 20 días de evolución para sólidos, con progresión del cuadro y reagudización 8 días previos a la intervención del Servicio de Gastroenterología cuando se realiza control tomográfico que evidencia dos importantes imágenes nodulares a nivel de mediastino, una de 2 cm que comprime y desplaza el esófago hacia izquierda y la tráquea hacia anterior y otra de 1.8 cm. Se programa la colocación de un stent esofágico de nitinol como medida paliativa. La endoscopia digestiva muestra a nivel esofágico desde los 31 cm a los 23 cm una masa polilobulada, rojo vinoso, friable de aspecto sañoso e infiltrante; se decide colocar un stent de 150 mm de largo, recubierto de litinol (el procedimiento se realiza sin complicaciones). Nueve días más tarde el paciente reingresa con disfagia súbita tras la ingesta de alimentos, se realiza un endoscopia digestiva donde se observa obstrucción esofágica por alimentos la cual se resuelve endoscópicamente. Diez días más tarde el paciente presenta una insuficiencia ventilatoria irreversible y obita.

Lo interesante de este caso es la rara infiltración esofágica del Sarcoma de Ewing, la importancia de una medida paliativa oportuna y conocer los beneficios y posibles eventos adversos de los stent esofágicos largos.

PÓLIPO DE PEUTZ JEGHERS: CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

N Romagnoli1, R Pinasco1, G Nardi1, J La Vía1, A Sánchez Andía2, G Raffo Magnasco2, M Mezmezian3, A Llontop3, M Jaroslavsky3, S Regnasco1, E Saa1
1 Unidad de Gastroenterología - Hospital Ignacio Pirovano, Argentina. 2 División cirugía - Hospital Ignacio Pirovano, Argentina. 3 División Anatomía Patológica - Hospital Ignacio Pirovano, Argentina.

Introducción:

Los pólipos de Peutz Jeghers son lesiones hamartomatosas polipoides del tubo digestivo, que pueden presentarse en forma esporádica o sindrómica. Aunque son lesiones benignas, pueden implicar un riesgo aumentado para carcinoma del tracto gastrointestinal o fuera de este.

Objetivo:

Presentar un caso de hemorragia digestiva de origen infrecuente.

Material y métodos:

Paciente masculino de 41 años, que consulta por melena de diez días de evolución y síndrome anémico con descompensación hemodinámica.

Resultados:

Laboratorio: Hematocrito: 13%, Hb: 4.1, resto normal. Videoescofopia digestiva alta: Hernia hiatal, esofagitis A (Los Angeles), gastropatía erosiva. Videocolonoscopia: Normal hasta fleon terminal. Arteriografía mesentérica y tronco celiaco: Sin signos de malformaciones vasculares o sangrado activo. Tomografía Computada Multislice (TC) de abdomen y pelvis con y sin contraste: Formación nodular de 43 por 25 mm. en flanco izquierdo, en la pared de un asa de intestino delgado (yeyuno), con crecimiento endoluminal; resto normal. Intervención quirúrgica: (resección intestinal con entero-entero anastomosis). A nivel del intestino delgado, a un metro del asa fija, tumor de aproximadamente 30 por 30 mm., con intususcepción del mismo. Se procede a la reducción del intestino invaginado, observándose a nivel de la serosa depresión correspondiente a pedículo tumoral. Anatomía Patológica: Formación polipoide conformada por epitelio cilíndrico con células calciformes, núcleos elongados, en sectores ovoides. Se disponen tapizando vellosidades y glándulas que en focos se agrupan y muestran una extensión a través de la muscular de la mucosa a modo de pseudoinvación, con lagos de mucina y focos de microcalcificación. Se visualizan bandas de músculo liso en disposición arborizada, que divide los elementos glandulares en lóbulos. En un foco las células muestran leve pleomorfismo nuclear, con núcleos en habano y pseudoestratificación. Siete ganglios linfáticos con adenitis reactiva. Diagnóstico: Pólipo hamartomatoso tipo Peutz-Jeghers, con foco de displasia adenomatosa de bajo grado.

Conclusión:

Los pólipos de Peutz Jeghers, per se benignos pero con potencial maligno, son una causa infrecuente de hemorragia digestiva. La ausencia de signos asociados hace aun más difícil su sospecha diagnóstica. La TC de abdomen fue un método complementario útil para el diagnóstico y tratamiento. Su reconocimiento permite ubicar al paciente en un grupo de riesgo, y el screening subsecuente favorece la prevención o la detección temprana de lesiones malignas asociadas.

NO TODO ES SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE...

J Conosciuto, M Arco, S Elena, L Sindich, E Tonn, L Basile, M Flores, J Laborda Molteni
Hospital Privado de Comunidad, Argentina.

INTRODUCCION: Los tumores carcinoides constituyen un desafío en la practica clinica dada su infrecuencia, variabilidad en la localizacion y amplio espectro de sintomas según sean o no productores de biominas.

75% de estos tumores se localizan en el tracto digestivo mientras que el resto lo hace en el sistema broncopulmonar.

El síndrome carcinóide es una presentación inusual de los tumores carcinoides.

CASO CLINICO

Paciente de 41 años, sin antecedentes relevantes, que presentó episodios de dolor abdominal inespecifico, trastorno del hábito evacuatorio a predominio diarrea, enrojecimiento en cara y torax superior asociado a registros aislados de hipotension.

Se solicito TAC de abdomen con contraste: multiples imagenes hepaticas redondeadas e hipodensas, que realzan en anillo, de hasta 3 cm e imagen en mesenterio a nivel umbilical de 24 x 28 mm con alteracion de la densidad grasa adyacente en forma radiada. Con sospecha de síndrome carcinóide, se realizó dosaje de ácido 5-hidro indolacético en orina que resultado elevado. Se efectuó punción biopsia hepatica bajo TAC que informo presencia de celulas tumorales cromogranina positiva.

Inicio tratamiento con octreotide con evolucion clinica favorable.

COMENTARIO

La sintomatologia clasica de los tumores carcinoides incluye: sofocos, dolor abdominal inespecifico, diarrea, broncoespasmo e insuficiencia cardiaca congestiva.

En la mayoría de los casos, el síndrome carcinóide se relaciona con la presencia de metastasis hepaticas. El hallazgo en estudio por imágenes de una lesion con patron característico en "rayo de rueda" es sugestivo de la reaccion desmoplásica que genera el tumor primario.

Pocos pacientes con síndrome carcinóide secundario a enfermedad metastasica son candidatos a tratamiento quirurgico curativo.

La terapia con analogos de la somatostatina es el tratamiento paliativo mas efectivo

CONCLUSIONES

Debido a la rareza de los tumores carcinoides, y mas aún del síndrome provocado por estos, es fundamental un exhaustivo interrogatorio con especial atención en los sintomas cardinales de dicha patologia. La presencia de hallazgos característicos en estudios por imágenes abdominales sugieren fuertemente el diagnostico.

¿ENDOSCOPÍA O ESPERO EL PARTO? CCR Y EMBARAZO

G Carnevale, F Bucciarelli, G D'ottavio, A Wulfson, M Wulfson, A Levin, N Saccani, G Ripari, R Gumpel, C Fernández
Servicio de Gastroenterología, H.E.C.A, Rosario, Santa Fe., Argentina.

INTRODUCCION: El diagnóstico de cáncer durante el embarazo puede ser una situación devastadora con serias implicancias físicas y emocionales para la mujer, el niño y su familia. La enfermedad neoplásica asociada al embarazo es una entidad infrecuente. El cáncer colorrectal es uno de las neoplasias mas comunes en la mujer, pero durante el embarazo es raro, con una incidencia de 0.002% y 275 casos reportados en la literatura. Es probable que en la actualidad exista un aumento del riesgo a esta entidad debido a la tendencia de las mujeres a postergar el embarazo a edades más avanzadas de la vida. Convirtiéndose el cáncer colorrectal durante el embarazo en un desafío diagnóstico, debido a que sus síntomas son a menudo atribuidos a las manifestaciones habituales del embarazo, y terapéutico, dado que no hay guías ampliamente aceptadas que aclaren como manejar esta entidad en una situación donde se debe tener en cuenta no solo a la enferma sino también a niño sano por nacer.

OBJETIVO: Presentar el caso clínico de una paciente con diagnóstico de cáncer colorrectal durante el tercer trimestre de embarazo, situación infrecuente, que pone en riesgo tanto a la madre como al niño por nacer y que el médico debe tener presente para poder llevar a cabo un diagnóstico precoz e instaurar medidas diagnósticas y terapéuticas adecuadas.

CASO CLÍNICO: Se presenta a una paciente de 37 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de jerarquía, cursando embarazo de 32 semanas por FUM que consulta por cuadro de 48hs de evolución caracterizado por dolor abdominal, difuso, intensidad 7/10, continuo, localizado en hemiabdomen superior y falta de eliminación de gases. Se realizan Rx de Abdomen que muestra importante distensión del colon transverso y sigmoides, y posteriormente Videocolonoscopia donde se visualiza en la unión recto-sigmoides lesión vegetante infiltrante de aspecto necrótico que ocupa la luz en su totalidad compatible con proceso neoplásico. A las 34 semanas de embarazo se indica Cesárea y Cirugía Laparoscópica con resección no oncológica de neoplasia infiltrante localizada en recto - sigma.

CONCLUSIÓN: La coexistencia de embarazo y cáncer colorrectal constituye una situación infrecuente y un desafío diagnóstico. La comunidad médica debería ser capaz de diagnosticar un cáncer colorrectal temprano en una embarazada en pos de mejorar el pronóstico materno y reducir los riesgos fetales. En tal sentido solo la sospecha clínica permite realizar un adecuado diagnóstico en etapas tempranas. El médico de atención primaria o el obstetra, deberían referir a la paciente embarazada con signos y síntomas al gastroenterólogo para su evaluación, y éste debería estar preparado para realizar una rectosigmoidoscopia, preferentemente sin la utilización de medicación anestésica para evitar poner en riesgo al feto y de confirmarse el diagnóstico de ésta asociación, abordar el problema de forma multidisciplinaria para aplicar un adecuado tratamiento teniendo en consideración cuidados especiales para salvaguardar al feto.

ENFERMEDAD CELÍACA Y HEPATITIS C

G Camus, J Adi
Centro Aparato Digestivo (CAD), San Martín, Mendoza, Argentina.

Introducción: la enfermedad celíaca (EC) se puede presentar con elevación de las transaminasas en sangre y se asocia a hepatopatías autoinmunes. A su vez la hepatitis por virus C (HCV) puede iniciar procesos autoinmunes. No está descripta una asociación causal entre la EC y HCV. Por el contrario, sí pueden ocurrir juntas o se ha visto que la EC puede manifestarse luego del tratamiento antiviral con interferón (INF).

Objetivo: mostrar en nuestro paciente las relaciones que existen entre estas dos enfermedades.

Paciente: femenino de 59 años que consulta en el año 2009 a nuestro instituto por distensión abdominal. Tiene antecedentes de hipotiroidismo y transfusiones hace muchos años por anemia (miomas uterinos). En el año 2005 se realiza colecistectomía laparoscópica donde se observa cirrosis hepática por virus C (biopsia mostró cirrosis temprana). Se realizó tratamiento con Peg-Interferón y Ribavirina siendo suspendido a los 2 meses por leucopenia severa. En el año 2008 fue evaluada pretransplante. Al momento de la consulta (2009) tenía transaminasas elevadas por 4 veces el valor normal (VN) y alfa feto proteína (αFP) elevada 6 veces el VN. Se le realiza video endoscopia digestiva alta por la distensión abdominal y evaluación de hipertensión portal. Se observan signos endoscópicos de atrofia vellositaria y la biopsia muestra atrofia vellositaria completa III C de Marsh. Anticuerpos para EC: antiendomiso y anti transglutaminasa IgA francamente positivos.

Resultado y conclusiones: luego de comenzar dieta libre de gluten (DLG) mejoran las transaminasas (2 veces VN) y la αFP (1 vez VN). En algunos reportes previos se describió la asociación de HCV y EC. Esta asociación puede ser causal o coincidental. El HCV puede tener aumento de la prevalencia de EC por que el virus causa procesos autoinmunes secundarios en otras partes del cuerpo en individuos susceptibles. El tratamiento con INF a sido asociado con el comienzo de la EC siendo esta droga un gatillo para precipitar el desarrollo de la celiaquía. Los médicos deberíamos estar atentos y saber que al ser la EC una patología autoinmune puede hacerse evidente luego de recibir INF. En nuestra paciente se podrían presumir dos eventos relacionados entre las 2 patologías; una eventual causalidad del HCV para la EC y la manifestación de la EC luego del tratamiento antiviral con Peg-INF. Además es de destacar la mejoría analítica (no completa) luego de la DLG, incluso de la αFP.

GP-069**TUMOR CARCINOIDE DE LOCALIZACIÓN INFRECIENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO**

M Briozzo, J Jeannot, L Steinberg, A Casalini, P Amarante, S Menendez, C Curvale
Hospital Carlos G. Durand, Argentina.

INTRODUCCION: Los tumores carcinoides son sarcomas que derivan de las células neuroendócrinas, argentafines del conocido antiguamente como sistema APUD. Estas células, conocidas también, como células de Kultschitzky, son muchas veces productoras de sustancias vasoactivas, de las cuales la serotonina suele ser la más frecuente. Puede originar síntomas "por el tumor en sí" (obstrucción, dolor, sangrado, etc) o por las sustancias vasoactiva que habitualmente fabrica produciendo el conocido "síndrome carcinóide". Su localización habitual suele ser en el tracto gastrointestinal (TGI) o en el aparato respiratorio menos frecuentemente, aunque existen reportes de casos en otros sitios. Dentro del TGI, la localización más frecuente es a nivel de íleon terminal, seguido de apéndice cecal, estómago y duodeno. La localización rectal es infrecuente y suele carecer de gránulos argentafines en la microscopía, con diferencia de los carcinoides de otros sitios, a excepción de los gástricos.

OBJETIVO: presentar un caso de tumor carcinóide, de localización poco frecuente.
PACIENTE: Se trata de una paciente sexo femenino, de 54 años de edad, colecistectomizada, que concurre a la consulta por síntomas de dispepsia. Se realiza VCC para screening de cáncer colorrectal. Durante la misma, se evidencia la presencia de pólipo en recto de 1,5cm (tipo 0-Isp de acuerdo a la clasificación de Paris), que se extirpa con ansa caliente. La anatomía patológica informa: a nivel submucoso proliferación de células redondas que adoptan patrón ductal, compatible con tumor carcinóide. Se realiza inmunohistoquímica resultando Cromogranina positivo. Sinaptofisina positivo, Ki67 < 5%, con un índice mitótico < 2 (compatible con carcinoma neuroendocrino bien diferenciado). Se realizó tomografía corporal total sin evidencia de metástasis y RMN rectal, la cual no mostró particularidades. Se le solicitó cromogranina A sérica resultando negativa. Se realizó interconsulta con servicio de oncología para posterior seguimiento.

CONCLUSIONES: el tumor carcinóide es un tumor infrecuente, clasificado como tumor neuroendocrino extrapancreático por la OMS. Los carcinoides rectales tienen la peculiaridad de carecer, en su mayoría, de gránulos argentafines, característica que los distingue de los carcinoides de otras localizaciones. Esta característica, sumada a su infrecuente localización, motivó su presentación como caso reporte.

GP-071**DIAGNOSTICO Y OPCIONES TERAPEUTICAS EN PACIENTES CON DISFAGIA CERVICAL**

R De Anton, L Durand, M Caracoche, M Gimenez, P Ferraina
HOSPITAL DE CLINICAS "JOSE DE SAN MARTIN", Argentina.

INTRODUCCIÓN: La disfagia cervical obliga un estudio exhaustivo, ya que las opciones de tratamiento varían drásticamente desde uno médico a procedimientos endoscópicos mínimamente invasivos, o a cirugía abierta.

El estudio más utilizado para evaluar la anatomía y funcionalidad del proceso deglutorio es la Videodeglución.

OBJETIVO: Comunicar los diferentes diagnósticos y tratamiento efectuados en una serie consecutiva de pacientes con disfagia cervical(DF)

DISEÑO: Retrospectivo.

POBLACIÓN: 23 pacientes 2008-2010.

METODOS : En base a esto se clasificó a los enfermos en tres grupos diferentes:

Grupo 1: 8 casos (Disglusia) , tratamiento rehabilitación kinésica-fonoaudiológica.

Grupo 2: 5 pacientes(Barra Cricofaríngea) : Tratamiento miotomía del cricofaríngeo.

Grupo 3: Divertículo de Zenker: Se prefiere la diverticulectomía con miotomía del cricofaríngeo (7 casos), en 3 pacientes mayores a 75 años y riesgo quirúrgico elevado y tamaño del divertículo mayor a 4 cm. se realizó la Septostomía con Stapler por Esofagoscopia Rígida, en un caso se completó con electrocauterio flexible.

Todos los casos fueron evaluados sistemáticamente luego del tratamiento en forma sistemática y con videodeglución al año.

RESULTADOS: Grupo 1: Se consiguió el alivio de la DF en 8 de los casos.

Grupo 2: En 4 alivio de DF, un caso había sido tratado previamente por dilatación con balón, Un caso requirió re-miotomía.

Grupo 3: Se consiguió el alivio total de DF en los 7 casos operados complicaciones: hematoma leve y una fístula cervical de bajo débito.

Se consiguió alivio total de la DF en los 3 casos tratados por endoscopia. se registro como complicación microperforación que resolvió con tratamiento conservador.

CONCLUSIÓN: La disfagia cervical es un síntoma que puede ser tratado en forma múltiple. La videodeglucon permite clasificar la mejor opción terapeutica, el tratamiento quirúrgico se puede realizar con adecuada respuesta y bajo índice de complicaciones.

GP-070**FALLO HEPÁTICO AGUDO COMO DEBUT DE ENFERMEDAD CELIACA.**

A Guglielmino, E Mavromatopulos, V Aliboni, V Cirincione, P Malagrino, V Chowowski
Hospital de Niños Ricardo Gutierrez, Argentina.

INTRODUCCION: Se presenta un paciente de 14 años con cuadro de deterioro agudo de la función hepática que ingresa para evaluación pre-trasplante.

OBJETIVO: Reportar la enfermedad celiaca como causal de fallo hepático agudo.

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA: Paciente que ingresa para evaluación pre-trasplante por fallo hepático agudo.

Laboratorio pre-trasplante: PPD 0mm, CEA normal, anticuerpos Antiperoxidasa normal, THS T3 y T4 normal, factor V 31%, alfa-1-antitripsina y Ceruloplasmina normal, proteinograma normal, Pseudocolinesterasa normal, serologías virales negativas, auto anticuerpos (AMA, ASMA, LKM) negativos, anticuerpos Antiendomio y Anti-transglutaminasa pendientes.

Ingresa a terapia intensiva; al suspender alimentación vía oral revierte fallo hepático. Se reciben resultados de los anticuerpos para enfermedad celiaca positivos. No se realiza biopsia duodenal debido al compromiso del estado general.

Esta se realiza al mejorar su condición clínica presentando en bulbo y 2ª porción duodenal patrón en mosaico y peinado con histología Marsh III.

RESULTADOS: Debut de Enfermedad Celiaca como síndrome ascítico edematoso secundario a insuficiencia hepática aguda en plan de trasplante. Se realiza diagnóstico serológico y endoscópico presentando resolución clínica de los parámetros hepáticos con dieta libre de gluten.

CONCLUSION: remarcar la necesidad de descartar Enfermedad Celiaca en todo fallo hepático agudo de causa desconocida.

GP-072**EFFECTO DEL TRATAMIENTO CON ALVERINA/SIMETICONA EN LA SINTOMATOLOGÍA Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE.**

HF del Valle, LF Collia, P Marino
Departamento Médico e Investigación., Argentina.

Introducción: el síndrome de intestino irritable (SII) es una afección prevalente cuya fisiopatogenia no es completamente conocida. Diversas guías terapéuticas hacen recomendaciones en relación al adecuado manejo de la sintomatología con miras a mejorar la calidad de vida de los pacientes. Algunas publicaciones sugieren la utilización de antiespasmódicos para el manejo sintomático pero existe controversia respecto de la respuesta terapéutica o el potencial beneficio del uso de combinaciones antiespasmódico/simeticona. Un trabajo publicado recientemente sugiere que la combinación alverina/simeticona podría ser de utilidad para el alivio sintomático en los pacientes con SII. **Objetivo:** Determinar el potencial beneficio de la combinación alverina/simeticona sobre la sintomatología y la calidad de vida en pacientes con SII. **Materiales y Métodos:** se realizó una encuesta en 100 pacientes que cumplían con criterios para SII. Se utilizó una escala Likert para el análisis de magnitud de la sintomatología [dolor abdominal (DA), distensión abdominal (DiA) y evacuación intestinal (EV)] y la alteración de la calidad de vida (CV). Cada sujeto fue considerado su propio control. Las escalas de valoración se tomaron antes del tratamiento con alverina/simeticona, al mes, dos meses y tres meses de tratamiento. A menor puntuación de Likert mayor beneficio. **Resultados:**

	DA	DiA	EI	CV	Likert Global
Control	243	264	187	212	906†† f
Mes 1	102	121	94	127	444†
Mes 2	50	62	64	58	234†
Mes 3	21	26	29	25	101

Estadística No Paramétrica:

Mann Whitney:	†† Control vs Mes 1	p < 0.0001	z=9.85	U= 8631
	f Control vs Mes 2	p < 0.001	z= 10.3	U= 7485
	† Mes 1 vs Mes 2	p < 0.001	z= 4.68	U= 5302

X Cuadrado: p < 0.0001 Control vs 1 Mes y Mes 2 phi= -0.9

Estadística Paramétrica:

Control:	Media= 9.14 ± SD= 2.3	††	IC 95% (8.7 y 9.6)
Mes 1:	Media= 4.7 ± SD= 2.3†		IC 95% (4.1 y 5.1)
Mes 2:	Media= 2.96 ± SD= 2.6		IC 95% (2.4 y 3.5)
Mes 3:	Media= 1.3 ± SD= 2.6		IC 95% (1.1 y 1.5)

ANOVA seguido de Test de Tukey: p < 0.00001 Dif. Entre grupos y †† p < 0.001 Control vs Mes 1 y Mes 2, y † p < 0.001 entre Mes 1 y Mes 2.

Conclusiones: el tratamiento con alverina/simeticona resulta de utilidad para el manejo terapéutico de los pacientes con SII. El efecto se observa al mes y se mantiene a los 2 y 3 meses. Los resultados concuerdan con publicaciones que destacan el beneficio de la combinación antiespasmódico/simeticona vs antiespasmódico solo para el manejo del SII. Hay en este trabajo limitaciones metodológicas y es necesario realizar estudios posteriores controlados y aleatorizados para confirmar la eficacia terapéutica de la combinación.

GP-073**ADENOCARCINOMA DUODENAL: PRESENTACIÓN ATÍPICA.**

RC Gorordo Ipiña, JJ Trakál, E Trakál, A Butti, F Zárate, L Armando, M Ramirez
Clínica Universitaria Reina Fabiola, Argentina.

Paciente que 15 días previos a la consulta comienza con vómitos post prandiales alimenticios luego de la ingesta (3 - 4 horas), estos se presentaron frente a la ingesta de sólidos teniendo buena tolerancia a líquidos. Se acompañaron de pérdida de peso de 5 kg en 14 días y alternancia en el ritmo evacuatorio. Al llegar al Servicio se decide realizar una endoscopia digestiva alta que demuestra a nivel de la tercera porción duodenal una estenosis infranqueable mamelonada, friable con obstrucción central por un fito bezoar. Se decide internación en sala común, realizar una TC con contraste oral y EV para estaficarlo (compromiso hepático y local), se comienza con soporte nutricional y se inter consulta al Servicio de Cirugía General. La biopsia arroja como resultado un adenocarcinoma moderado a bien diferenciado, por lo que se decide realizar cirugía paliativa. Al realizarse la cirugía se le practica una duodenopancreatocetomía cefálica con anastomosis pancreático yeyunal término lateral y anastomosis término lateral hepatoyeyunal. Tras 5 días el paciente obita secundario a fallo multiorgánico. Lo interesante de este caso radica en que la presentación del adenocarcinoma duodenal no es una patología frecuente, pero menos aun si se presenta como una complicación secundaria, el fito bezoar.

GP-075**ADENOCARCINOMA YEYUNAL: A PROPOSITO DE UN CASO**

EE Martínez1, LE Martínez1, ME Cappelli1, J Usandivaras2, M Ortiz Mayor3
1 Servicio de Gastroenterología-Hospital A .C Padilla, Argentina. 2 Servicio de Cirugía-Hospital A .C Padilla, Argentina. 3 Servicio de Anatomía Patológica-Hospital A .C Padilla, Argentina.

Introducción: Los tumores primarios de yeyuno son poco frecuentes: 1% al 6 % de los tumores GI malignos. Edad de presentación entre 40-80 años con una relación varón/mujer:1.4/1. Suelen ser asintomáticos hasta etapas avanzadas siendo su diagnóstico tardío; cuando dan síntomas, estos son inespecíficos: dolor abdominal, pérdida de peso, náuseas, vómitos, diarrea, hemorragia digestiva, anemia, oclusión intestinal.

Objetivo: Presentar el caso de una paciente con anemia crónica de difícil diagnóstico etiológico.

Historia clínica: Mujer de 55 años en tránsito por S.M de Tucumán (domiciliada en Bs As.). Consulta en septiembre de 2011 por cefalea, náuseas, palidez cutáneo-mucosa generalizada, posible melena y astenia. Antecedentes de TVP en año 2001. Se diagnosticó DBT en el 2011. Se trata con hierro vía oral y metformina. Se realiza: LAB: Hcto 30 %, Hb 8, VSG 51, SOMF (+). VEDA Y COLONOSCOPIA: normales.

Marzo 2012: nueva VEDA con pliegues de 2da. porción duodenal ligeramente aplanados. Biopsia: duodenitis crónica.

SEG D: En 4ta. porción duodenal, defecto de relleno con bordes lobulados; engrosamiento de pliegues de yeyuno con nodularidad en los mismos. Íleo normal.

TAC ABDOMINO-PELVICA: Engrosamiento circunferencial de pared duodenoyeyunal con disminución del calibre de la luz; contornos netos sin modificación del tejido graso.

Mayo 2012: Se efectúa exéresis de un tumor ubicado en región proximal de yeyuno con entero-entero anastomosis término-terminal.

Biopsia: adenocarcinoma moderadamente diferenciado, vegetante e infiltrante de intestino delgado, compromiso transmural hasta tejido adiposo; sin invasión vascular. Márgenes de resección libres.

Paciente con buena evolución dada de alta con indicación de control ambulatorio.

Conclusiones: los tumores de intestino delgado son poco frecuentes y de difícil diagnóstico por su sintomatología tardía por lo que siempre hay que tenerlos presente ante hemorragias digestivas de origen oscuro.

En pacientes con anemia crónica y SOMF (+) por inmunología, con VEDA y colonoscopia sin hallazgos que la justifiquen, deben agotarse los recursos diagnósticos para evaluar intestino delgado. En nuestro medio no contamos con enteroscopia pero sí con videocápsula en el medio privado.

GP-074**OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR SALVADO DE TRIGO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

R Mingroni, R Neumann Cafferata
Centro Médico Rivadavia, Argentina.

Introducción: La obstrucción intestinal es una patología común y representa una de las principales causas de abdomen agudo.

El diagnóstico de obstrucción intestinal se basa en los síntomas clínicos, historia del paciente y signos radiológicos.

La radiología convencional es el método de imagen inicial en la evaluación de pacientes con sospecha de obstrucción intestinal.

Sin embargo la TAC mejora la resolución de las imágenes y proporciona una información precisa para el posterior planteamiento quirúrgico.

Material y Métodos: Paciente de sexo femenino de 81 años de edad, hipertensa, con antecedentes de diverticulosis colónica, hernia hiatal en terapia con inhibidores de bomba, consumo de 7 cucharadas de salvado de trigo 36 horas antes del ingreso.

Ingresó con cuadro de dolor abdominal, intenso, localizado en región periumbilical, y flanco, fosa ilíaca derecha, defensa, rha disminuidos.

Laboratorio: 38ht 12.300 gblancos.PCR 48Ggr/dl

Rx directa de abdomen: Niveles hidroaéreos

Tomografía Axial Computada:Dilatación moderada y generalizada de asas de intestino delgado con predominio ileal en donde se observa contenido heterogéneo abigarrado con densidad puntiforme.

Resultado: Se realizó cirugía de urgencia con enterotomía eliminando la masa de salvado que provocaba obstrucción completa de intestino delgado

Conclusión Informar una causa poco frecuente de obstrucción del intestino delgado, pero con consecuencias cada vez más importantes en la sociedad con conciencia de dieta a base de fibras

GP-076**TUMOR DE CÉLULAS GRANULOSAS. TUMOR DE ABRIKOSSOFF**

D Coppola, L Cuda, S Ferman, LG Jacobino, JC Fracchia, C Falbo, M Ladux, L Fugazza, C Gonzalez Morandera
HIGA P. Fiorito, Argentina.

Introducción

El Tumor de células granulosas es raro. En un 2% de los casos puede presentar metástasis. Presentamos dos casos de tumor de células granulosas o de Abrikossoff diagnosticados en nuestro servicio.

Objetivos: Recordar la existencia de este raro tumor. Consejar la biopsia de lesiones pequeñas que aparenten xantomas. Recordar que a pesar de ser una entidad benigna, en el 2% de los casos puede metastatizar.

Material y Métodos.

1º caso: mujer de 37 años que consultó en el año 1986 por dolores cólicos abdominales Se le realizó VEDA

detectando a 25 cm. de ADS, una lesión elevada sésil de 2x 1,5 cm con eritema en ápice. Se realizó extracción

por polipectomía endoscópica sin complicaciones. Histopatológico: mioblastoma granular o T. de Abrikossoff.

La paciente no volvió al control.

2º caso: masculino, de 53 años, en marzo 2011 consulta por disfagia intermitente y de reciente aparición y síntomas de reflujo. Fumador; no consumía alcohol. VEDA: placa blanco-amarillenta, de 0,7cm, apenas elevada, en hora 4, a 37cm de ADS. Mucosectomía: colgajos de tejido pavimentoso con proliferación subyacente de células poligonales de citoplasma granular con núcleos centrales, dispuestas en fascículos. Los hallazgos son vinculables a Tumor de Células Granulosas, siendo necesarias técnicas de inmunohistoquímica para su diagnóstico definitivo: 1) Anticuerpo monoclonal antivimentina V9 que resultó +, 2) Anticuerpo monoclonal anti proteína S100 que resultó + y 3-4) anticitoqueratina AE1/AE3 y antiactina muscular específica que resultaron negativos. Estos resultados son compatibles con T. de Células Granulosas. VEDA control sin lesiones. Las Rx SEG D, y TAC fueron s/p. El paciente actualmente se encuentra asintomático y en buen estado general, y con controles endoscópicos y tomográficos normales.

Conclusión:

El Tumor de células granulosas (TCG) es poco frecuente. Descrito por Abrikossoff en 1926. Puede localizarse en cualquier parte del cuerpo pero un 50 % se localiza en cabeza y cuello. Aprox. 5-11 % de los TCG se originan en el aparato digestivo y un 1/3 aparecen en el esófago.

Afecta más a mujeres. Rango de edad de 15 a 60 años.

La mayoría son tumores solitarios (90%).

La etiología no está aclarada.

La forma más habitual de presentación es de un nódulo poco circunscrito, de pequeño tamaño, indoloro, de lento crecimiento, con una coloración amarillenta, y de características benignas; a veces tiene un comportamiento agresivo (con capacidad metastásica en un 2 % de los casos).

Microscópicamente: células redondas poligonales de bordes marcados, que se agrupan en nidos o sábanas, con citoplasma granular eosinófilo Pas positivo y núcleo central picnótico sin actividad mitótica.

El tratamiento de elección es la resección endoscópica o quirúrgica.

No hay consenso con respecto al uso de radioterapia: algunos autores la aconsejan como adyuvante.

Si bien la aparición de metástasis es rara, no debemos esperar que aparezcan para su investigación.

GP-077**TUBERCULOSIS PERITONEAL Y EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE**

R Gumpel, N Saccani, D Piombino, F Bucciarelli, D Pratto, A Levin, A Wulfson
Hospital de Emergencias Clemente Alvarez. Rosario, Argentina.

Introducción: la tuberculosis peritoneal y la tuberculoma en SNC son sitios infrecuentes de afectación extrapulmonar de *Mycobacterium Tuberculosis*.

Sin embargo ha aumentado su incidencia debido a enfermedades inmunosupresoras, tratamiento quimioterápico o con corticoides.

Caso clínico: Paciente mujer, 32 años, sin antecedentes patológicos conocidos, presenta cuadro de un mes de evolución de astenia, pérdida de peso, sudoración nocturna y distensión abdominal.

Foco positivo para TBC, familiares de primer grado con cáncer de colon.

Examen físico: adelgazada, febril, palidez cutánea mucosa, abdomen distendido doloroso a la palpación con matidez infraumbilical desplazable, sin visceromegalia ni edemas periféricos.

Laboratorio: Hcto: 24, Hb: 7, GB: 17800, Pla: 411000, VES: 25, función renal y hepática normal, Pr totales: 8,2, Alb: 2,8. HIV/VHB, VHC, VDRL no reactivos.

Lab inmunológico normal, CEA normal, CA 125: 426.

Espuito: Negativo para BAAR. Hemocultivos: negativos.

Líquido ascítico: 324 elementos a predominio MN, Glu: 42 mg%, Pr: 4,1 gr%, Alb: 1,8, GASA: 1, ADA: 74. Tinción y cultivos negativos.

ECO: abundante ascitis tabicada, lesiones sólidas 45 Mm, hipoecogénicas vascularizadas que no se pueden diferenciar entre masas ováricas e implantes peritoneales.

TAC de Tórax y Abdomen: consolidación parenquimatosa en lóbulo superior izquierdo con broncograma aéreo y desestructuración del parénquima con mínimo derrame pleural, abundante ascitis.

Videolaparoscopia diagnóstica: cultivo de implantes peritoneales positivos para TBC

Se inicia tto con triple esquema (rifampicina, pirazinamida, isoniazida) mas etambutol.

En el día veinte de tratamiento la paciente reingresa por status epiléptico que requiere intubación orotraqueal.

RMI SNC: Proceso expansivo occipital izquierdo subcortical de 4cm. X 4cm. Con captación periférica de contraste y edema perilesional. Línea media desplazada hacia la derecha.

Tratamiento: Antibióticoterapia por sospecha de absceso cerebral. Se realizó exéresis completa de la lesión.

Anatomía Patológica: Tejido cerebral con múltiples focos de necrosis caseosa e infiltrado linfohistocitario. Baciloscópico negativo. Cultivo pendiente.

Presentó buena evolución clínica.

Discusión: la TBC abdominal es la 6ª causa de localización extrapulmonar, siendo la región ileocecal y el peritoneo las localizaciones más habituales.

El gold estándar para el diagnóstico es el cultivo de líquido ascítico o biopsia peritoneal por videolaparoscopia.

El ADA del líquido ascítico tiene una sensibilidad del 100%, y una especificidad del 97%.

El CA 125 suele estar elevado, obligando a descartar neoplasia ginecológica.

En el SNC puede presentarse como meningitis siendo ésta la forma más frecuente, tuberculoma o aracnoiditis espinal.

El diagnóstico se realiza con las características LCF y cultivo, o biopsias de las lesiones según el sitio de afectación.

Conclusión: Se debe tener una alta sospecha clínica aún en pacientes inmunocompetentes para no omitir o retrasar el diagnóstico, disminuyendo así la morbimortalidad.

GP-079**LA PRESENCIA ATÍPICA DE LA ENFERMEDAD CELIACA ¿ES MÁS FRECUENTE QUE LA PRESENCIA TÍPICA?**

F Moran Faienzo, CE Moran Sanchez

Hospital Interzonal General de Agudos Oscar Alende, Mar del Plata, Argentina.

Introducción:

La Enfermedad Celíaca (E.C.) es una enteropatía inmunomediada, por una intolerancia al gluten, en individuos genéticamente predispuestos. La utilización de serología ha permitido realizar estudios de rastreo- screening tanto en población general como en población de riesgo (por antecedente familiar, por enfermedad asociada, etc.) y diagnosticar tanto a la población sintomática como asintomática. Varios estudios reportan que la presentación con síntomas digestivos es poco prominente, siendo más frecuente la presentación extradiagnóstica o atípica. En el año 2009 se realizó en Argentina un estudio multidisciplinario evidenciando una prevalencia de 1,26 % en población pediátrica con una marcada presentación asintomática.

Objetivo: Determinar la frecuencia de presentación atípica de la celiaquía en población adulta en la Sala de Gastroenterología,

Materiales y métodos:

Estudio descriptivo cuantitativo retrospectivo y transversal.

De 13668 endoscopias altas realizadas en el periodo del 2000- 2009, fueron evaluados 214 informes endoscópicos con biopsia de intestino delgado y por sospecha de enfermedad celíaca remitidos de las diferentes áreas del hospital y de las interconsultas de los centros municipales; los resultados serológicos de anticuerpos y los informes de histopatología se buscaron en las respectivas historias clínicas.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó software SPSS.

Resultados:

59 casos cumplieron los criterios de inclusión para la confirmación diagnóstica, y de los casos excluidos 22 presentaron serología positiva pero sin alteraciones histopatológicas. Se halló una prevalencia de 0,43 % (1:231). El sexo femenino predominó en un 80%, con una relación mujer-varón 4:1, con una diferencia estadísticamente significativa (p= 0,022) tanto en el grupo con síntomas atípicos como en el grupo con síntomas típicos.

El grupo con manifestaciones atípicas (42,37%), evidenció una edad media de 44 años, la presentación más frecuente fue la anemia crónica (44%), se encontró al anticuerpo antitransglutaminasa IgA (55%) como par serológico predominante y la atrofia vellositaria parcial fue el patrón histopatológico relevante.

Conclusiones:

No hubo una diferencia importante en la frecuencia de presentación tanto con manifestaciones típicas como atípicas. No encontramos correlación entre presentación clínica y grado de atrofia. En este último punto la atrofia vellositaria no es patognomónica de la E.C.; si consideramos los 22 casos excluidos con serología positiva pero sin alteraciones histopatológicas la prevalencia sería 0,59 % (1:168); tal vez deban reevaluarse la sensibilidad y especificidad de los criterios diagnósticos establecidos por las diferentes sociedades.

GP-078**HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE ORIGEN POCO FRECUENTE: A PROPOSITO DE UN CASO.**

L Salas Paz, MD Murga, G Babor Eraña, CD Lombardo, G Salazar Uriarte, R Cazón, MD Pérez, P Panico, A Palazzo, E Martinez

Hospital Angel C Padilla, Argentina.

INTRODUCCION: Las lesiones vasculares del tracto digestivo se reconocen cada vez más como causa importante de hemorragia digestiva. Se clasifican en base a criterios anatomopatológicos. Las mismas pueden ser solitarias o múltiples, y presentarse como lesiones primarias: malformaciones arteriovenosas congénitas, angiodisplasias, lesión de Dieulafoy, hemangiomas y flebectasias o formar parte de síndromes: enfermedad de Rendú-Osler, síndrome de Turner, enfermedad de Von Willebrand, síndrome del nevus azul y enfermedades de tejido conectivo que afectan los vasos sanguíneos como el Pseudoxantoma Elástico y la enfermedad de Ehlers-Danlos o presentarse en el contexto de una enfermedad sistémica: hipertensión portal, insuficiencia renal crónica, vasculitis (CREST) y enteritis por radiación. El siguiente caso muestra la presentación clínica inusual de una enfermedad poco frecuente. CASO CLINICO: Mujer, de 36 años, de comunidad gitana que consulta por guardia, refiriendo 2 episodios de hematemesis abundantes, con coágulos, sin descompensación hemodinámica. Se coloca sonda nasogástrica sin débito. Laboratorio al ingreso: Hto: 33% - Hb: 8,3. Sin antecedentes patológicos ni tóxicos. Ingesta de AINES a dosis bajas por odontalgia. VEDA: Sin Patología Significativa. Se toman biopsias. Examen físico: Palidez cutáneo-mucosa, en cuello piel de consistencia laxa, superficie irregular y pápulas amarillentas ("piel de gallina"). La paciente evolucionó con estabilidad hemodinámica, sin nuevos episodios de sangrado. Rx de tórax, ecografía abdominal y examen Otorrinolaringológico: Normales. Se realiza Punch de lesión dérmica de cuello: biopsia compatible con pseudoxantoma elástico. La paciente se retira del hospital por alta voluntaria. Ingresó 24 hs. después por hemorragia digestiva alta severa en shock hipovolémico. Se realiza Videoesoscopia Alta: la presencia de gran cantidad de sangre fresca en techo gástrico impide realizar semiología endoscópica e identificar origen de sangrado. Se decide cirugía de urgencia identificándose sangrado arterial activo en cara posterior de techo gástrico y se realiza hemostasia. Fondo de ojo y examen cardiovascular: normales. Biopsia de primera endoscopia: gastritis crónica activa atrófica. *Helicobacter Pylori* (+++). CONCLUSIONES: Se presentó el caso de una paciente con diagnóstico de pseudoxantoma elástico que debuta con hemorragia digestiva alta severa. El PXE es un desorden genético del tejido conectivo caracterizado por una mineralización progresiva de las fibras elásticas. La enfermedad puede heredarse en forma autosómica dominante o recesiva y tiene una prevalencia de 1 en 100.000. La causa del desorden se desconoce. Consiste en lesiones características de la piel que se localizan en los sitios de flexión, afección ocular y manifestaciones sistémicas vasculares (hemorragias gastrointestinales, enfermedades vasculares oclusivas e hipertensión). Las hemorragias gastrointestinales aparecen debido a la fragilidad de los vasos de la submucosa y se presentan solo en el 14 % de los casos.

GP-080**PERFORACION ESOFAGICA ESPONTANEA**

L Sindich, M Arco, S Elena, J Conosciuto, E Tonn, M Basile, E Mugianesi, D Startari, J Laborda Molteni

Hospital Privado de Comunidad, Argentina.

INTRODUCCION: La perforación esofágica espontánea es el resultado más común de un aumento repentino de la presión intraesofágica combinada con la presión intratorácica negativa causada por el esfuerzo o vómitos (ruptura de los esfuerzos del esófago o síndrome de Boerhaave). Otras causas de perforación espontánea incluyen ingestión de cáusticos, esofagitis por píldoras, úlcera de Barrett, úlceras infecciosas en pacientes con SIDA.

CASO CLINICO: Paciente de sexo femenino de 78 años sin antecedentes médicos de relevancia. Consulta por disnea de inicio súbito acompañado de dolor torácico. Radiografía de tórax: hidroneumotorax. TAC de tórax anfiema subcutáneo neumomediastino, neumotórax. SEG: pasaje de medio de contraste desde esófago distal hacia cavidad pleural. Se colocó tubo de avenamiento pleural, drenaje de líquido entérico. Cultivo positivo bacilo Gram (-), bacilo Gram (+), diplococo y cocos (+), fibras. Hemocultivo (+) *Enterococcus Faecalis*. Se realizó plástica esofágica más gastrostomía y yeyunostomía más drenaje pleura y drenaje mediastínico. Recibió tratamiento médico y alimentación por yeyunostomía. Ante evolución desfavorable se decidió descartar dehiscencia de sutura. SEG: trayecto fistuloso en tercio distal de esófago. VEDA: oficio esofágico a 30cm de arcada dentaria superior con drenaje purulento. Implantación de stent esofágico metálico autoexpandible recubierto. Posterior esofagograma sin filtración. Evolución favorable.

COMENTARIO: La perforación espontánea es una rotura esofágica de mayor dificultad diagnóstica. El tratamiento depende del tamaño y localización de la perforación. El tratamiento quirúrgico debe realizarse dentro de las primeras 24hs, dado que una demora superior se asocia con mayor mortalidad. La complicación más importante del cierre primario es la aparición de fistulas (39%).

CONCLUSION: Es una entidad rara y potencialmente mortal, que debe diagnosticarse de forma rápida. Los datos clínicos y radiológicos deben hacer sospechar su existencia, el uso de la radiografía de tórax nos aporta signos inespecíficos, el esofagograma y la TAC de tórax nos confirma el diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico y el pronóstico depende del tiempo transcurrido hasta la reparación de la lesión.

GP-081**ASOCIACIÓN ENTRE ALOPECÍA AREATA, SÍNDROME DE DOWN Y ENFERMEDAD CELÍACA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS**

CG Boggio Marzet, M Ko, C Tennina, ML Rapetti, W Zurita Yong, MA Tilli, V Schuster

Grupo de Trabajo en Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Gral. de Aguados "Dr. I.Pirovano". Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La Enfermedad Celíaca (EC) es una enteropatía autoinmune desencadenada por la ingesta de trigo, cebada, centeno y avena. El tratamiento es la dieta libre de gluten de por vida. La asociación con otras enfermedades autoinmunes así como síndromes genéticos obliga a la pesquisa de la misma.

Objetivo: Ilustrar dos casos clínicos de EC con comorbilidades asociadas.

Materia y Métodos: Caso Clínico #1: Joven de 15 años con diagnóstico de Síndrome de Down. La presencia de alopecia areata en región occipital sumado a un dolor abdominal crónico y su síndrome genético obligó a la pesquisa de EC. La positividad de los anticuerpos antitransglutaminasa y antiendomiso, junto con un estudio genético positivo (HLA DQ8) confirmó el diagnóstico de EC. Caso Clínico #2: Niña de 10 años con diagnóstico de Síndrome de Down, diarrea crónica y alopecia areata en región frontal. La positividad de los anticuerpos sumado a una biopsia de duodeno Marsh 3c confirmó el diagnóstico de EC.

Resultados: En ambos casos el comienzo de la dieta libre de gluten mejoró los parámetros gastrointestinales en ambos pacientes no así el cuadro de alopecia.

Conclusiones: La EC es un trastorno altamente frecuente en la población pediátrica. La asociación con enfermedades autoinmunes así como síndromes genéticos obliga al estudio de la misma en estos pacientes. El abordaje interdisciplinario conlleva a una rápida pesquisa por parte del especialista.

GP-083**VARIABILIDAD EN LA CATEGORIZACIÓN SUBJETIVA Y OBJETIVA DE LA BLANCURA DE LA LENGUA**

M Argüello, G Dima, J Lasa, D Peralta, L Soifer

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

Introducción: La coloración blanquecina o saburral de la lengua ha sido considerada por la medicina occidental y las tradicionales de china y Japón como un signo frecuente de observar en los trastornos del tubo digestivo, tales como con gastritis crónicas, infecciones entéricas, y en el síndrome del intestino irritable. Por lo tanto la observación semiológica del color de la lengua podría ser de gran utilidad para el médico generalista y para el gastroenterólogo. No obstante la observación de la coloración de la lengua está sujeta a la interpretación subjetiva del observador.

Objetivos: Implementar una nueva metodología objetiva y computarizada para el análisis de la coloración lingual y analizar la variabilidad entre la valoración subjetiva de los observadores y el método objetivo computarizado.

Sujetos y métodos: En el marco de un estudio experimental y prospectivo, se obtuvieron fotos con una cámara digital de la lengua en 30 sujetos (20 mujeres, edad media 51 24-76). Las mismas fueron obtenidas siempre con la misma iluminación, luz dicróica, en el mismo lugar a igual distancia focal y con la misma cámara fotográfica. De un modo aleatorio, y por un investigador independiente se promediaron los valores de colores de los píxeles de 4 áreas de interés a nivel del 1/3 medio de la lengua asignados por el modelo RGB de la info Palette del programa informático Adobe Photo Shop (versión 9.02). El modo RGB asigna un valor de intensidad a cada píxel que oscila entre 0 (negro) y 255 (blanco) para cada uno de los componentes RGB de una imagen en color. Si el valor de cada uno de los componentes es de 255 (total 765), el resultado será blanco puro y será negro puro si todos los componentes tienen un valor 0. Por otro lado cada fotografía fue visualizada y categorizada subjetivamente, por cuatro observadores entrenados y ciegos al resultado objetivo, el grado de blancura de la lengua se midió en una escala de 0 a 10, (donde 10 representaba la máxima blancura). Mediante estadística Kappa, Los valores subjetivos de los observadores fueron comparados entre sí, para luego ser promediados y estimada la variabilidad con los obtenidos por el método computarizado.

Resultados: La variabilidad entre los observadores fue considerable (Kappa= 0,77). La concordancia entre el método subjetivo y el objetivo fue sin embargo moderada (Kappa= 0,48). La reproducibilidad de las mediciones subjetivas efectuadas por el mismo observador en dos oportunidades, con un mes de intervalo entre ambas fue de un 84%.

Conclusiones y comentarios: Para determinar la blancura de la lengua puede ser considerado aceptable el grado de acuerdo entre los observadores, como así también la reproducibilidad de las observaciones, no obstante existe una concordancia moderada entre las evaluaciones subjetivas y las objetivas empleando la metodología computarizada.

GP-082**DETECCION DE ENFERMEDAD CELIACA A PARTIR DE MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS**

MG Medina1, MA López2, PMF Motta2

1 Instituto de Medicina Regional, Universidad Nacional del Nordeste, Argentina. 2 Laboratorio de Genética Molecular e Histocompatibilidad, Hospital J C Perrando, Argentina.

Introducción: La Enfermedad Celíaca (EC) es una enteropatía que afecta a individuos genéticamente predispuestos. En su desarrollo contribuyen factores genéticos (HLA DQ2 y DQ8), ambientales (gluten) e inmunológicos. En las formas graves provoca atrofia de las vellosidades intestinales con malabsorción de nutrientes, que conduce a estados carenciales y un amplio espectro de manifestaciones clínicas. La prevalencia global de EC se ha incrementado en los últimos años debido a un mayor nivel de detección. Asimismo se ha observado un incremento en los reportes de manifestaciones cutáneas asociadas a enfermedades intestinales malabsortivas como la EC.

Objetivo: Detectar enfermedad celíaca a partir de manifestaciones dermatológicas.

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

Resultados: Se expresan en la siguiente tabla.

Tabla1: Pacientes con manifestaciones dermatológicas y familiares

Paciente/parentesco	Edad	Sexo	Manifestaciones Dermatológicas	HLA DQ	Anticuerpos
1.1/Testigo	16	M	Ictiosis	8/7	+
1.2/hermano	15	M	Ictiosis	8/7	+
1.3/ hermano	14	M	Ninguna	2/7	-
1.4/hermano	11	M	Dermatitis herpetiforme	2/7	-
1.5/hermana	8	F	Dermatitis herpetiforme	2/7	+
2.1/Testigo	17	F	Acné / Urticaria	2/5	-
2.2/madre	47	F	Urticaria	2/2	-
3.1/Testigo	36	F	Urticaria/ Lepra	2/8	+
3.2/hija	11	F	Ninguna	2/6	-
3.3/hija	7	F	Dermatitis herpetiforme	8/6	+

A partir de 3 casos testigos que concurren a la consulta dermatológica, se detectaron familias de celíacos que eran asintomáticos o que presentaban síntomas inespecíficos. En todos los casos se hallaron alelos DQ compatibles con EC. En el 50% de los casos los anticuerpos también fueron positivos.

Conclusiones: Los casos que se presentan demuestran la importancia de tener en cuenta estas asociaciones en el examen médico dermatológico conduciendo a un diagnóstico oportuno de EC, que evitaría el desarrollo a largo plazo de complicaciones graves. Los estudios complementarios y biomoleculares del paciente y la familia son importantes para detectar nuevos casos y brindar asesoramiento familiar alertando sobre el riesgo potencial de padecer la enfermedad.

GP-084**DIVERTICULO DE KILLIAM-JAMIESON. DIVERTICULO FARINGO.ESOFAGICO POCO FRECUENTE. ACTUALIZACION A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO.**

OE Piquet, M Alfaro, E Yapura, G Delgado, C Mogila

Clinica Cruz del Sur, Caleta Olivia, Santa Cruz, Argentina.

Introducción:

Los Divertículos de Killiam-Jamieson(J-K) son muy raros, fueron descritos por primera vez en 1908 por Killiam-Jameison, aunque algunos autores se los atribuye a Ekberg y Nylander mas contemporaneos. La relacion entre los diverticulos de Zenker y los J-K es de 4/1, es decir mucho mas frecuentes los diverticulos de Zenker; y estos con una prevalencia mundial entre 0,01 y el 0,11% de aqui se desprende el motivo de la poca publicacion al respecto, por la infrecuencia en presentacion de los diverticulos de J-K..

Caso Clinico:

Paciente masculino, de 65 años de edad, que consulta en su lugar de origen por disglusia, acompañado de disfagia progresiva de 1 año de evolucion, con regurgitacion, tos a predominio nocturna y perdida de 30 Kg(foto) de peso en este tiempo. Realizandose en este año de sintomatologia Tomografia axial computada de cabeza y cuello que es informada como "sin patologia evidente"(foto). Una endoscopia digestiva alta que es informada como "dentro de parametro normales"(fotos), Resonancia nuclear magnetica que es informada como normal(fotos) y una segunda endoscopia digestiva alta con informe similar a la primera endoscopia, esta ultima realizada por distinto operador, en otra localidad(foto). El paciente es derivado derivado a esta institucion para diagnostico y tratamiento. Al ingreso se solicita Videodeglusion observandose en tercer tiempo una imagen diverticular anterior en el triangulo de Killiam- Jamieson(foto) de 4 cm de diametros aproximadamente, Se realizo cervicotomia con reparacion con sutura mecanica por servicio de cirugia, con buena evolucion postoperatoria. Discusion.

Los diverticulos de Killiam. Jamieson(DJ-K) son diverticulos faringo-esofagicos raros, diagnosticados en forma accidental por ecografias de tiroides o tomografias de cuello. De forma similar que los diverticulos Zenker la sintomatologia varia de acuerdo al tamaño del diverticulo. En este caso la sintomatologia presentada es tipica de un diverticulo de tamaño mediano o grado II de Lahey(traspolando la clasificacion a los Diverticulos de J-K).

El DJ-K se origina en el triangulo que lleva su mismo nombre fornado por una base inferior que es el musculo cricofaríngeo y las fibras del contrictor de la faringe los lados, implicando en este triangulo un mecanismo fisiopatologico de aumento de presion en la zona "debil" por ausencia de relajacion o por asincronismo del EES por falta de coordinacion neuro-motora, teoria mas aceptada por la edad de presentacion de estos diverticulos.

En este caso presentado, ademas de ser poco frecuente la patologia, es necesario mencionar la necesidad de seguir el algoritmo diagnostico ante esta sospecha, para realizar un uso racional de estudios complementarios que muchas ocasiones no ayudan y/o confunden el pensamiento diagnostico.

Conclusion:

los DJ-K son realmente poco frecuentes como la literatura revisada lo indica.

Ante una disglusia o disfagia se recomienda seguir el algoritmo de diagnóstico.

La diverticulotomía endoscópica es la primera opción en el tratamiento de esta patología si se cuenta con endoscopista entrenado.

MANOMETRIA ANORRECTAL: CONCOMITANCIA ENTRE LA INTENSIDAD Y DURACIÓN DEL REFLEJO RECTO ANAL INHIBITORIO Y LA SENSORIALIDAD RECTAL.

M Argüello, J Lasa, G Dima, D Peralta, L Soifer

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

INTRODUCCION: la medición del reflejo recto-anal inhibitorio (RRAI) es uno de los procedimientos habitualmente realizados durante el estudio manométrico ano-rectal. El mismo depende de vías neurológicas reflejas locales recto-anales. Sin embargo, su vinculación con las variaciones del umbral sensorial a la distensión rectal, no es del todo conocida. **OBJETIVOS:** Analizar los valores del trazado del RRAI en sujetos con diferente umbral sensorial a la distensión rectal con balón.

SUJETOS Y METODOS: De un modo aleatorio y estratificado fueron seleccionados los trazados manométricos de 40 sujetos entre junio de 2010 y junio del 2011. Se les realizó manometría ano-rectal con microbalones; 20 de ellos presentaban un umbral de sensorialidad a la distensión rectal normal (SRN) (< 3 cc.) y otros 20 sujetos, tenían un umbral de sensorialidad rectal disminuida (SRD) (> 3cc.). Las variables estudiadas fueron: 1) umbral sensorial a la distensión rectal (mediante balón en escala descendente hasta obtener umbral de sensorialidad mínima); 2) amplitud de la contracción inicial del RRAI; 3) duración de la contracción inicial del RRAI; 4) coeficiente de motilidad (amplitud x duración); 5) periodo de latencia del RRAI; 6) intensidad del RRAI y 7) duración del RRAI. Se describieron las variables cuantitativas no paramétricas como mediana con rango intercuartil 25-75%. Las variables categóricas fueron descriptas como porcentajes. Para el análisis comparativo se utilizó el test de Mann-Whitney o el test de Fisher, según el tipo de variable. Se consideró como significativo un valor de $P < 0,05$.

RESULTADOS: En los grupos incluidos, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad SRD 62 (30-89) y SRN 52 (2779) $p < 0,001$. Sexo (F%) SRD 70 y SRN $p < 0,9$. Al analizar las variables estudiadas en ambos grupos se encontraron diferencias significativas en los valores de la amplitud de la contracción inicial, duración, amplitud total del RRAI y en el coeficiente de motilidad entre aquellos con umbral sensorial disminuido versus umbral normal. Los valores de dichos componentes se expresan en la tabla 1.

CONCLUSION: En sujetos con disminuida sensorialidad rectal concomitantemente existe una reducción en la intensidad y duración del RRAI

Tabla 1 Comparación entre grupos comparados

	Sensorialidad rectal Disminuida	Sensorialidad rectal Normal	p
Umbral sensorial promedio (cc)	7	1	0,001
Amplitud de contracción inicial (mmHg)	4,49 (1,3-6)	6,47 (1,45-11,1)	0,05
Duración de contracción inicial (seg)	1,18 (0,53-1,58)	1,21 (0,78-2,27)	0,32
Periodo de latencia (seg)	1,54 (0-2)	1,63 (0-1,84)	0,78
Duración de RRAI(seg)	3,8 (0,86-10,53)	7,87 (1-10,8)	0,02
Amplitud de RRAI (mmHg)	6,86 (1,21-12,85)	11,77 (4,83-15,25)	0,02
Coefficiente RRAI	4,68 (1,19-5,77)	9,98 (1,13-15,9)	0,01

CONFIRMACIÓN HISTOLÓGICA DE LESIONES POLIPOIDEAS GÁSTRICAS: NO TODO ES LO QUE PARECE.

MC Bolino, I Bancho, C Sánchez, C Cerisoli, L Caro

Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica, Argentina.

Introducción: La prevalencia de pólipos gástricos es variable según la población estudiada. La endoscopia orienta al diagnóstico, pero la histología permite confirmarlo, guiar la terapéutica y el seguimiento. Así, todos las lesiones polipoideas deben ser resecaadas o biopsiadas, según el caso para determinar el riesgo de malignización. **Objetivos:** 1. Describir la histología de lesiones polipoideas gástricas en población seleccionada. 2. Estimar la prevalencia de pólipos epiteliales gástricos. **Materiales y método:** Se revisaron las VEDAs de adultos de ambos sexos de un centro ambulatorio de gastroenterología, entre 2006 y 2011. Antecedentes de cirugías gástricas y/o pólipos gástricos y tratamiento endoscópico de lesiones gástricas fueron criterios de exclusión. **Diseño:** descriptivo, retrospectivo y transversal. Se recolectaron datos demográficos, infección previa o concomitante por *Helicobacter pylori* (Hp), y antecedentes familiares de poliposis gástrica y/o colónica. Se registró localización, morfología, tamaño e histología y tipo de resección/ biopsia. Las endoscopias se realizaron con sedación y las biopsias fueron analizadas por patólogos experimentados. Se consideró pólipo a una elevación circunscrita de la mucosa confirmado histológicamente (Clasificación Oberhuber and Stolte). Se documentó la infección pasada o concomitante por Hp. Los pacientes firmaron el Consentimiento Informado previo al estudio. **Análisis Estadístico:** VCCSTAT 1.0; IC 95%. **Resultados:** Se revisaron 34885 informes. 1389 pacientes presentaron lesiones polipoideas; 180 fueron excluidos. Se evaluaron 1209 para el primer objetivo y 1060 para el segundo. 70% (843/1209) eran mujeres; edad promedio: 58 años (rango: 18-112). Presentaron lesiones polipoideas 1209/34885 pacientes (3,5% IC95 3,3-4). La histología de las mismas se detalla en la tabla 1. 2. La prevalencia de pólipos epiteliales fue de 3% (IC 95 2,9- 3,2; 1060/ 34885). Según el subtipo histológico la prevalencia en orden decreciente fue: pólipos fúndicos 70% (IC 95 66- 72; 735/1060), hiperplásicos 24% (IC 95 21-26; 251/1060); lesiones polipoideas reactivas 4,4% (IC 95 3,3 - 6; 47/1060); adenomas 0,7 % (IC 95 0,3-1,4; 7/1060) y adenocarcinomas 0,7 % (IC 95 0,3-1,4; 7/1060). Presentó > un pólipo 63 % (663/1061). Hp fue positivo en 9% (IC 95 7,3-10). **Conclusiones:** la prevalencia de lesiones polipoideas y de pólipos epiteliales en nuestra muestra es comparable con lo reportado mundialmente. El subtipo histológico más prevalente fue el pólipo fúndico, dato no coincidente con lo informado por otros autores. Estudios prospectivos que evalúen posibles factores ambientales en la génesis de estas lesiones serían útiles para planear estrategias preventivas y de seguimiento.

Tabla 1. Histología de lesiones polipoideas:

Histología	n	IC 95%
Neoplásicas (adenomas/ adenocarcinomas/ Otros)	18	1,5 (0,9-2,4)
No neoplásicas (fúndicos/ hiperplásicos/ 1. polipoideas reactivas/ gastritis/ hallazgos in característicos)	1191	98(97-99)

ILEITIS POSTCOLECTOMÍA EN UN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA.

M Silva1, A Suárez Pellegrino1, R Ongay1, G Di Lorenzo2, P Valdemoroso3

1 Servicio de Gastroenterología Hospital Italiano de Mendoza, Argentina. 2 Servicio de Clínica Médica Hospital Italiano de Mendoza, Argentina. 3 Servicio de Anatomía Patológica Hospital Italiano de Mendoza, Argentina.

Introducción: La ileitis postcolectomía es una entidad que se presenta en pacientes con Colitis Ulcerosa (CU) poco tiempo después de la colectomía, con respuesta variable a corticoterapia. Tiene histología idéntica a CU pero en intestino delgado. Debe tenerse en cuenta en pacientes con síntomas del tracto gastrointestinal superior, diarrea persistente o hematoquezia postcolectomía.

Caso clínico: Paciente varón de 40 años con diagnóstico de pancolitis ulcerosa de 15 años de evolución, en tratamiento con corticoides y mesalazina. En videocolonoscopía (VCC) de vigilancia presenta lesión tipo Borrmann III de colon transverso (adenocarcinoma) que se resuelve con proctocolectomía total, reservorio ileoanal e ileostomía de descarga. En el postoperatorio inmediato del cierre de ileostomía presenta hematoquezia con inestabilidad hemodinámica y necesidad de transfusión. En la VCC se observa múltiples lechos ulcerosos que afectan recto residual, reservorio ileo-anal, asa aferente y eferente. Se tomaron biopsias para anatomía patológica, cultivo y virología; y se inicia tratamiento con metronidazol y ganciclovir. En laboratorio se evidencia anemia y hallazgos negativos para toxinas de *C. difficile*, coproparasitológico seriado, PCR para CMV y herpes virus; pp65 e Ig G para CMV. Por persistir con hematoquezia se repite VCC sin cambios con respecto a estudio previo, nuevamente se envían muestras de ileon para cultivo de gérmenes comunes, micobacterias y hongos, PCR para micobacterias y CMV; y se agrega al tratamiento corticoides y mesalazina. Debido a que el paciente persiste inestable hemodinámicamente se realiza arteriografía selectiva de mesentérica superior que muestra sitio de extravasación de contraste hacia la luz del intestino en pequeños vasos del yeyuno, embolizándose con micropartículas y comprobándose desvascularización parcial de la zona. Por persistencia del cuadro clínico y sin mejoría del paciente se decide realizar videolaparoscopia con enteroscopia intraoperatoria, evidenciándose gran úlcera a nivel yeyuno-ileal no perforada con áreas de necrosis, en la luz del órgano gran cantidad de úlceras de bordes netos sin sangrado activo con restos hemáticos. Se realiza resección de la lesión con entero-entero anastomosis. En las múltiples biopsias de mucosa ileal se evidencian infiltrado inflamatorio linfocitario, con focos de criptitis y microabscesos, sin reconocerse granulomas o cambios quiescentes a nivel del epitelio. Por alta sospecha de ileitis postcolectomía se comienza pulsos de metilprednisolona y al recibir informe positivo de PCR para el complejo *Mycobacterium tuberculosis* se instaura tratamiento antituberculoso, tomándose nuevas muestras para PCR y cultivo para micobacterias, siendo dichos resultados negativos.

Discusión: Por los hallazgos microbiológicos negativos, sospecha de contaminación en la primer muestra de PCR, por histopatología de la mucosa ileal y respuesta a la corticoterapia se concluye que el paciente presentó cuadro de CU asociado con ileitis postcolectomía.