

## CC-O-001

### PERSIGUIENDO AL CÁNCER

Cariello, M. (1); Giménez, F.I. (1); Mullen, E.G. (2); Macías Gómez, C.A. (1)  
(1) Servicio de Gastroenterología Hospital Italiano de Buenos Aires. (2) Servicio de Anatomía Patológica Hospital Italiano de Buenos Aires

Paciente femenina, de 74 años de edad, hipertensa, dislipémica, ex tabaquista, hipotiroidea, colecistectomizada y con diagnóstico de Esófago de Barrett.

Llega a su primera consulta en nuestra institución refiriendo regurgitaciones nocturnas desde hace más de 20 años, sin pirosis y sin síntomas de alarma. Maneja los síntomas con omeprazol de venta libre diariamente. Se le solicita una videoendoscopia digestiva alta (VEDA) que informa pólipos gástricos, una hernia hiatal por deslizamiento y un Esófago de Barrett (C7M8 de la Clasificación de Praga) que se biopsia según Protocolo de Seattle, donde se diagnostica displasia de bajo grado (DBG). Se le indica doble dosis de inhibidor de la bomba de protones (IBP), nueva VEDA antes del año y se cita a control clínico en un mes.

Regresa a los 5 años, nuevamente con síntomas y tomando IBP a demanda por lo que se le solicita una nueva VEDA. Ésta informa Esófago de Barrett (C6M9) sin displasia y, sobre el epitelio metaplásico, una lesión pediculada de +/- 1 a 1.5 cm que se biopsia tratándose de un carcinoma in situ (4.2 de la Clasificación de Viena). Se realiza ecoendoscopia y tomografía de tórax, abdomen y pelvis con técnica de neumotomografía descartando ambas invasiones locorregional o metástasis a distancia. Se plantea entonces la estrategia resectivo-ablativa y se procede a la mucosectomía (adenocarcinoma intramucoso, 5.1 de la Clasificación de Viena). A las 8 semanas se realiza primera sesión de Ablación por Radiofrecuencia (ARF) con Barrx HALO360\*, sin complicaciones.

Posteriormente, en el control postablación se identifican 2 islotes de metaplasia remanente y un área de 0.5 cm de mucosa de aspecto irregular que se biopsia (Carcinoma in situ, 4.2 de la Clasificación de Viena). Se realiza en diferido mucosectomía con dispositivo Duette\* (adenocarcinoma intramucoso, 5.1 de la Clasificación de Viena con márgenes con displasia de alto grado, DAG). A las 8 semanas se realiza ARF con Barrx HALO90\* para erradicar las lengüetas remanentes, el procedimiento incluye la ablación de la mucosa de la unión gastroesofágica (UGE) y no se evidencian complicaciones.

A los 2 meses se recita para un nuevo control endoscópico evidenciándose 2 pequeñas lengüetas metaplásicas remanentes y 3 nódulos de +/- 0.3 cm cada uno que se deciden resear con dispositivo Duette\* (adenocarcinoma intramucoso, 5.1 de la Clasificación de Viena). Finalmente a los 3 meses se realiza la tercera sesión de ARF (segunda con Barrx HALO90\*) donde también se ablaiona la UGE sin complicaciones. En el control posterior, a las 8 semanas hay ausencia de epitelio metaplásico pero sí un área mal definida de mucosa de aspecto irregular en el esófago inferior que se biopsia (epitelio pavimentoso acantósico con exocitosis ocasional de eosinófilos, hallazgo atribuible a la presencia de reflujo gastroesofágico).

Actualmente la paciente sigue en tratamiento con doble dosis de IBP, aparentemente con buena compliance y se encuentra en evaluación precirugía antirreflujo.

## CC-O-002

### EL MURO (THE WALL)

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

Mujer de 29 años internada previamente por un déficit neurológico secundario a una toxoplasmosis cerebral, y posterior diagnóstico de HIV etapa sida, que presenta disfagia progresiva. Refiere cirugía esofágica a los 8 años de edad (en otra ciudad), desconociendo el motivo de la misma, y desde entonces disfagia progresiva episódica con requerimiento de más de 20 dilataciones esofágicas (en otras instituciones). En la evaluación inicial, presenta disfagia grado 2 que dificulta la ingesta de antiretrovirales y un índice de masa corporal de 18. Se realiza videoendoscopia digestiva alta: candidiasis esofágica grado 2, y estenosis puntiforme no franqueable a 30cm de arcada dentaria superior, se toman biopsias, confirmando la micosis y descartando atipia de la estrechez. La seriada esófago-gástrica evidencia una estenosis regular de 4cm de extensión con pasaje filiforme de contraste. Luego de finalizado el tratamiento antimicótico, y mostrando escasa mejoría sintomática, se realiza dilatación esofágica con balón a través del endoscopio de 5.5cm de extensión y 18mm de diámetro, y control fluoroscópico posterior. Luego de una mejoría transitoria de 3 semanas se repite el procedimiento con balón de 20mm de diámetro, sin lograr alivio sintomático sostenido. Por esto, se intenta dilatación progresiva con bujías de Savary Gilliard en 3 oportunidades (hasta 18mm de diámetro), con mejoría de su disfagia durante 6 semanas, reapareciendo luego la sintomatología. Frente a una estenosis esofágica benigna refractaria, se decide la colocación de stent esofágico. Considerando las características clínicas y patológicas del paciente, se decide colocación endoscópica de stent autoexpandible biodegradable de 6cm de longitud con sistema de liberación tipo "pull", bajo control fluoroscópico intra y post procedimiento. Se presenta asintomática a las 4 semanas del procedimiento, con seguimiento ambulatorio, quedando pendiente el control endoscópico. Las estenosis benignas esofágicas pueden ser de compleja resolución por su extensión, tortuosidad o refractariedad a tratamientos (lesiones que no logran una dilatación adecuada, la recidiva a corto plazo y/o las que requieren múltiples dilataciones). El uso de stents esofágicos está muy extendido en adultos, sobre todo en patologías malignas. En patologías benignas no se utiliza por los riesgos durante el implante, la posibilidad de migración, y la dificultad en su retirada (por la hiperplasia mucosa). Las prótesis biodegradables han sido de gran ayuda para estos pacientes, debido a su persistente fuerza radial por 6 semanas, alcanzando la fragmentación casi completa alrededor de los 3 meses. Lo consideramos una opción válida para evitar complicaciones asociadas a múltiples procedimientos, y favorecer una cicatrización sobre una luz más amplia.

## CC-O-004

### ROL DE ECOENDOSCOPIA PARA DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ESTENOSIS INDETERMINADAS EN VIA BILIAR EXTRAHEPÁTICA

Redondo, A. (1); Cura, P. (1); Martínez, E. (1); Rossi, L. (1); Ortiz, L. (1); Villaverde, A. (1); Martínez, H. (1); Chopita, N.A. (1)  
(1)Servicio de Gastroenterología, HIGA San Martín, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: la ecoendoscopia (use) resulta una adecuada alternativa con aceptable sensibilidad y especificidad diagnóstica para caracterizar lesiones estenosantes de la vía biliar extra hepática, cuando los hallazgos en la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) no son concluyentes o ante resultados citológicos o histológicos negativos.

La sensibilidad para diagnóstico de colangiocarcinoma reportada en los estudios recientes es del 73%, con resultados prometedores en relación a la especificidad cuando se realiza elastografía cualitativa y/o cuantitativa para diagnóstico diferencial con lesiones pancreáticas o compresiones nodales extrínsecas. En relación al rédito diagnóstico para colangiocarcinoma de punción guiada por use es controversial, entre el 45 y 89% en los diferentes estudios.

Existen pocos estudios que evaluaron la eficacia del ultrasonido intraductal (idus) para la detección precoz y estadificación de colangiocarcinoma siendo mayor al 90%, aunque requiere alto entrenamiento del operador.

Objetivo: describir la utilidad de la use para diagnóstico de estenosis indeterminada de vía biliar distal.

Material y métodos: paciente de 24 años asintomática con hallazgos de colestasis bioquímica (fal 750 ui/ml, bt 1.2 mg/dl). Se realizó colangiografía magnética donde se observa dilatación de vía biliar extra hepática (15 mm) con imagen hipo intensa de 5 mm en topografía de colédoco distal sugestiva de litiasis coledociana. En colangiopancreatografía retrógrada endoscópica se evidencian estenosis concéntrica de 20 mm en colédoco distal con cepillado y biopsia. Se realizó esfinteropapilotomía y se colocó prótesis plástica de 10 french, con buen drenaje. Biopsia y cepillado negativos.

Se realizó use con equipo lineal multifrecuencia observándose formación de aspecto sólida de aproximadamente 10 mm de diámetro en contacto con colédoco distal que se encuentra rodeando la prótesis plástica, que impide la correcta visualización.

Se realizó dosaje de marcadores tumorales (ca 19.9), perfil inmunológico (asca, anca<sub>p</sub>) e igg4 sin datos relevantes.

Se decidió entre servicios de gastroenterología, hepatología y cirugía conducta quirúrgica (pendiente a la fecha).

Conclusión: la EUS es un método sensible y específico tanto para la detección de estenosis indeterminadas de vía biliar distal y lesiones pequeñas de páncreas así como para predecir la resecabilidad de las mismas. El rol de la elastografía cualitativa y cuantitativa es promisorio para el diagnóstico diferencial de lesiones pancreáticas y de la vía biliar distal. En este caso la use permitió la confirmación diagnóstica de estenosis indeterminada de vía biliar distal, definiendo la conducta quirúrgica.

## CC-O-005

### ESTENOSIS COLÓNICA POST-QUIRÚRGICA (TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO)

Rey, J.M.; Herrera Babot, G.W.; Fernández, J.  
Hospital Regional Santiago del Estero. Servicio de Endoscopia. Hospital Centro de Salud Tucumán

Estenosis total-tratamiento endoscópico – recanalización (needle knife) –Rendez-vous-dilatación con balón.

Caso clínico: Paciente de 56 años de edad de sexo femenino quien fuera intervenida por abdomen agudo oclusivo 3 meses antes por cuadro originario de peritonitis de origen ginecológico con plastrón y afectación de colon sigmoides a quien se le realizó resección parcial –anastomosis termino-terminal + colostomía transversa de protección. En control posterior tanto endoscópico como enema baritado se observa estenosis total de anastomosis. La visión endoscópica solo permite visualizar un pequeño orificio sin comprobarse continuidad al cabo proximal. Se decide el abordaje endoscópico mediante la técnica de RENDEUZ –VOUS. Mediante la utilización de 2 videoendoscopios (olympus 140) gastro y colonoscopio y bajo sedación se localiza extremo distal con pequeño orificio por el cual se intenta pasar guía de 0,35 f al mismo momento se controla visualmente por el cabo proximal. Dicha guía no progresa por cuanto se decide “labrar un trayecto entre ambos cabos contiguos bajo visión por trans-iluminación del otro endoscopio. Se utiliza un papiloma de precorte (needle –knife) y con corriente de corte se logra pasaje al otro cabo con introducción de guía y balón dilatación (sesión inicial). Posteriormente se realizan 2 sesiones más de dilatación con intervalos de 15 días lográndose un calibre aceptable en los controles. Posteriormente se procedió al cierre de colostomía con evolución favorable hasta la fecha.

## CC-P-002

### ALTERNATIVA TERAPÉUTICA DE GAVE DIFUSO

Covernton, J.; Cortez Torres, E.; Fernández, C.; Carnevale, G.; Libertí, R.; D’Ottavio, G. E.; Levin, A.

Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (H.E.C.A.), Rosario, Santa Fe, Argentina

Resumen: La ectasia vascular antral gástrica (GAVE) es una causa poco común de hemorragia digestiva alta, la cual posee características endoscópicas e histológicas típicas. Es más frecuente en mujeres y se relaciona con patologías autoinmunes, cirrosis hepática e hipertensión portal, pacientes sometidos a trasplante de médula ósea e insuficientes renales crónicos. Cursa con pérdida de sangre en forma crónica provocando anemia en los pacientes afectados. Desde el punto de vista endoscópico presenta dos imágenes típicas, la clásica imagen antral de tractus hiperémicos prominentes que convergen en el píloro (“watermelon stomach”) y la segunda caracterizada por lesiones vasculares difusas. La primera línea de tratamiento es la ablación endoscópica con argón plasma o láser. Existen pocos estudios que comparan argón versus ligadura endoscópica, con resultados contradictorios. Presentamos el caso de un paciente varón de 50 años, con antecedente de IRC de causa no filtrada, en tratamiento dialítico, ex etilista, que ingresó a nuestro hospital por hemorragia digestiva alta. Ingresó inestable hemodinámicamente, con oligoanuria. Laboratorio: Hcto 20/Hb 6.1/Urea 125/Creatinina 4/EAB: pH 7.2/PCO2 32.6/HCO3 12.4, resto sin alteraciones. VEDA: intenso edema y eritema pangástrico con lesiones de aspecto vascular y ectasias múltiples en cuerpo y antro, con sangrado en napa, que se biopsiaron.

Anatomía patológica: Mucosa gástrica de transición antrocorporal con edema y vasocongestión superficial, mínimo infiltrado mononuclear, sin atrofia glandular ni metaplasia intestinal. No se reconoce H. Pylori. Mucosa gástrica antral superficial con focal metaplasia intestinal y en la lámina propia se observan vasos capilares tortuosos y dilatados, rodeados por fibrosis esclerohialina, algunos de estos capilares presentan trombos fibrinosos. No se reconocen infiltrados inflamatorios significativos ni erosiones en el epitelio superficial. Los hallazgos histopatológicos descritos en el antro podrían vincularse a una ectasia vascular antral gástrica (GAVE).

Durante el sangrado agudo se realizaron transfusiones de glóbulos rojos y tratamiento EV con Octreótide. Luego se programó tratamiento endoscópico con ablación con argón plasma. Por problemas técnicos y por imposibilidad de continuar con argón, realizó 1 sesión de ligadura endoscópica, con buena respuesta.

El motivo de presentación de este caso es porque el GAVE es una patología de baja prevalencia, es una causa poco frecuente de hemorragia digestiva alta de presentación aguda y para compartir la experiencia con buenos resultados del banding como tratamiento endoscópico, al no disponer de argón.

## CC-P-001

### MANEJO CONSERVADOR DE UNA FÍSTULA BILIODIGESTIVA

León-López, F.; Barbieri, C.; Wonaga, A.; Waldbaum, C.; Sordá, J.  
Servicio de Gastroenterología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción. La fistula biliodigestiva (FB) es una comunicación anormal que se produce entre la vía biliar y un sector del tubo digestivo: es una complicación infrecuente que se presenta entre el 3 al 5 % de los pacientes con colelitiasis. La comunicación con duodeno o colon abarca el 90% de los casos y sólo un 5% al 10% corresponde a una fistula colecistogástrica. Caso clínico. Paciente de sexo femenino de 81 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial que presentó dolor en hipocondrio derecho y escalofríos, interpretado como colecistitis aguda que resolvió con tratamiento médico. Tres semanas después evolucionó con reagudización de la sintomatología, por lo que acudió a la guardia y se interpretó el cuadro como una colecistitis litiasica. Se indicó tratamiento antibiótico y se realizó una colecistectomía parcial laparoscópica convertida, evidenciándose una colecistitis gangrenosa, píocolecisto y abscesos perivesiculares por lo que se colocaron drenajes al lecho quirúrgico. A las 24 horas se inició alimentación por vía oral y se observó salida del mismo por los drenajes, por lo que se efectuó un tránsito con contraste hidrosoluble objetivando el pasaje del líquido hacia una estructura sacular y posterior eliminación del contraste a través del drenaje (Foto 1). Se efectuó una endoscopia digestiva alta hallando en la cara anterior del antro, una comunicación a una cavidad a la que se ingresa, revestida por tejido granulomatoso y observando un extremo del drenaje externo (Foto 2 y 3); El píloro estaba permeable y se avanzó hasta la segunda porción duodenal en donde se depositó una sonda K 108 y se inició alimentación por esa vía. El débito por los drenajes fue en disminución, cesando a los 28 días por lo que se realizó una nueva endoscopia donde se objetivó el cierre de la fistula (Foto 4). Discusión. La FB es más frecuente en mujeres mayores, con historia de colelitiasis y otras enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión y obesidad). El manejo es controversial. El tratamiento quirúrgico con colecistectomía y cierre de la fistula en un solo tiempo quirúrgico es una opción de acuerdo a la indemnidad anatómica para el procedimiento. Teniendo en cuenta que es frecuente el cierre espontáneo del trayecto fistuloso (especialmente si no hay litiasis residual), no se recomienda en las fistulas colecistogástrica o colecistoduodenal el cierre quirúrgico o endoscópico, dado que el procedimiento aumenta la morbimortalidad. El cierre está indicado en la fistula colecistocolónica para evitar el riesgo de colecistitis, colangitis y una eventual malignización vesicular. En el caso de nuestra paciente, al tener el drenaje permeable y estar alimentada por sonda, se decidió con el servicio de cirugía tomar conducta expectante y cobertura antibiótica.

## CC-P-003

### GANGLIONEUOMA POLIPOIDE DE COLON. REPORTE DE UN CASO

Rainero, G. (1); Barros, R.A. (1); Barros, R.F. (1); Monteverde, M.J. (1); Ciammella, S. (1); Jaroslavsky, M.J. (2)

(1) Centro de Gastroenterología, Campana, Buenos Aires. (2) Laboratorio de Anatomía patológica Dr. Santiago Elizalde

Introducción: Presentamos el caso de un ganglioneuroma polipoide de colon hallado incidentalmente en una VCC realizada en un paciente joven.

Los ganglioneuromas son tumores hamartomatosos que se desarrollan a partir de la hiperplasia de las células del plexo nervioso entérico ubicado en la submucosa del tubo digestivo. Generalmente están confinados al colon y recto, aunque pueden encontrarse en otras localizaciones.

Tienen tres formas de presentación: los ganglioneuromas polipoides, la poliposis ganglioneuromatosa (PG) y la ganglioneuromatosis difusa (GD).

Los ganglioneuromas polipoides son generalmente asintomáticos. Aunque se ubican en la submucosa pueden ser endoscópicamente indistinguibles de lesiones mucosas como los adenomas o los pólipos hiperplásicos. Suelen ser pequeños, sésiles o pediculados.

La PG y la GD se asocian a otras enfermedades sistémicas como las neoplasias endocrinas múltiples tipo II B (NEM II B) y la neurofibromatosis difusa tipo 1 o enfermedad de Von Recklinghausen.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 26 años de edad que consulta por episodios intermitentes de proctorragia de 6 meses de evolución.

Sin antecedentes personales de relevancia, refiere antecedentes familiares de cáncer de colon en su padre y abuelo paterno.

Examen físico normal. Examen proctológico: Inspección sin particularidades. Tacto rectal: esfínter tónico, ampolla recta libre. Se solicitaron VCC y exámenes de laboratorio.

Estudios complementarios: Laboratorio de rutina y coagulograma dentro de parámetros normales. VCC: se exploró hasta ileon terminal. En colon descendente medio se observó una lesión polipoidea sésil de 12 mm, de amplia base de implantación. Se reseccó en bloc con técnica de mucosotomía sin complicaciones y se recuperó para estudio histopatológico. No se evidenció otra patología endoluminal. Informe de Anatomía Patología: pólipo conformado por proliferación de células fusiformes con núcleos típicos hiper cromáticos elongados y citoplasma eosinófilo, acompañado de células ganglionares que ensanchan la lámina propia distorsionando las criptas. Diagnóstico: ganglioneuroma polipoide de colon

Conclusión: Presentamos el caso de un paciente joven al que se le reseccó endoscópicamente una lesión elevada de colon compatible con pólipo mucoso. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de ganglioneuroma polipoide. Estas lesiones de ubicación submucosa pueden ser difíciles de distinguir de los adenomas convencionales y pólipos hiperplásicos con equipos de luz blanca. Son asintomáticas, suelen ser únicas, no tienen potencial de malignización, no se relacionan con otras enfermedades y el paciente no requiere vigilancia endoscópica. Sin embargo el conocimiento de esta enfermedad resulta trascendente para las otras formas de presentación, PG y GD, donde las manifestaciones gastrointestinales suelen preceder a las manifestaciones de NEM II B, particularmente del carcinoma medular de tiroides, lo que obliga a su búsqueda anticipada.

## CC-P-004

### DISFAGIA DE ETIOLOGÍA INFRECUENTE: REPORTE DE UN CASO DE ESOFAGITIS NECROTIZANTE AGUDA

González, D.; Yasuda, S.; Calzetta, P.; Massa, S.; Suaya, G.; Currás, A.

División Gastroenterología. Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernandez", Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** La necrosis esofágica aguda es una entidad clínica rara, que surge de la lesión isquémica de la mucosa esofágica asociada a un compromiso del estado hemodinámico y bajo flujo sanguíneo. Su incidencia oscila entre 0,01%-0,2%, siendo afectado más frecuentemente el sexo masculino con una incidencia máxima en la sexta década. Está asociado a disfunción orgánica múltiple, hipoperfusión, vasculopatía, sepsis, cetoacidosis diabética, intoxicación por alcohol, eventos tromboembólicos y neoplasias. La forma de presentación clínica más frecuente es la hemorragia digestiva aguda (78%), otros signos y síntomas son vómitos, disfagia, epigastralgia, inestabilidad hemodinámica, síndrome anémico. El diagnóstico es endoscópico y se caracteriza por una característica imagen difusa, circunferencial, de aspecto negro con tejido friable y hemorrágico, compromiso distal de la mucosa esofágica (97%) con terminación abrupta en la unión gastroesofágica. El estudio histológico demuestra la necrosis de la mucosa y submucosa con inflamación y destrucción parcial de fibras musculares. El tratamiento consiste en la estabilización hemodinámica del paciente y en el tratamiento de las patologías de base que predisponen el desarrollo de la necrosis esofágica aguda. La complicación aguda más frecuente es la hemorragia digestiva alta y la perforación y con respecto a las tardías el desarrollo de estenosis esofágica por fibrosis (15%). La mortalidad reportada oscila entre el 33 y el 50% de los casos, siendo en su mayoría ocasionado por la enfermedad de base.

**Objetivo:** Presentar un caso infrecuente de disfagia en pacientes con cetoacidosis diabética.

**Caso clínico:** Paciente de sexo masculino de 50 años de edad con antecedentes de DBT tipo II insulino-requiere, consulta por guardia por cuadro caracterizado por vómitos alimentarios de 2 días de evolución asociado a deterioro del estado general. Se constata a su ingreso cetoacidosis diabética. Durante su internación el paciente evoluciona con disfagia a sólidos y líquidos, y odinofagia. Al examen físico de ingreso paciente somnoliento, sudoroso, deshidratado, hipotenso, taquicárdico. Laboratorio: GB> 15.600; glucemia > 700 mg/dl; urea: 101; cr:2,9; Na:117; K:7,4; pH:6,9; HCO<sub>3</sub>: 4,8. Luego de la compensación hemodinámica del paciente se realiza video endoscopia alta que informa: Esófago: desde el cricofaríngeo hasta el cambio mucoso situado a 42 cm, mucosa esofágica cubierta con fibrina en toda su extensión con áreas necróticas a predominio de esófago medio y distal. Además coexisten erosiones que se extienden en más de dos pliegues y que comprometen menos del 75% de la circunferencia esofágica. Impresión diagnóstica: Esofagitis LA "C", Esófago Negro? Se inicia tratamiento con Omeprazol 40 mg/día, Sucralfato. Luego de una semana de tratamiento con la sospecha de Esófago negro se realiza una nueva endoscopia, evidenciándose: Esófago: cambio mucoso e hiato situado a 42 cm de ADS. A partir de los 20 cm hasta cambio mucoso, mucosa esofágica erosionada en toda su circunferencia con áreas de fibrina, se toman biopsias que informan: tejido de granulación ulcerado con abundante infiltrado inflamatorio agudo. Se evidencia mejoría con respecto al estudio inicial. Se sugiere iniciar dieta blanda y fraccionada. El paciente permaneció en tratamiento con Omeprazol 40 mg/día por un mes, se cita para control endoscópico que resultó normal, no evidenciándose lesiones esofágicas. Conclusiones: La manifestación clínica más frecuente del esófago negro es la hemorragia digestiva alta. La presentación abrupta de disfagia en un paciente con cetoacidosis diabética debe hacernos sospechar esta rara entidad. En el caso expuesto anteriormente la presentación clínica se caracterizó por disfagia a sólidos y líquidos en el contexto de un paciente con descompensación metabólica. Se recomienda repetir la endoscopia para evaluar la cicatrización de la mucosa, documentar la resolución de la esofagitis necrotizante, y determinar la duración de la terapia con antiácidos. Su tratamiento se basa en la corrección de la patología de base.

## CC-P-006

### HEMORRAGIA DIGESTIVA FATAL EN UN PACIENTE AFECTADO DE SIDA, POR HIPERINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES STERCORALIS

León, C.; Rosas, A.; Calcagno, R.; Vistarini, C.; González, P.; Precetti, F.; Assenza Parisi, B.; Ghirardo, A.L.; Marini, E.

Hospital General de Agudos "J.M. Ramos Mejía" (GCBA-Argentina)

**Introducción:** El *Strongyloides stercoralis* es un nematodo endémico de zonas tropicales y húmedas de África, sudeste asiático y América Latina. Su comportamiento es único entre los helmintos, ya que puede replicarse en los humanos. Generalmente la infección es asintomática o bien puede causar síntomas leves e inespecíficos, como ser dolor abdominal y diarrea. Suelen ser infecciones que perduran por años, sin incomodar mayormente al huésped normoinmune. Por el contrario, los pacientes inmunodeprimidos pueden cursar una enfermedad severa, con alta tasa de replicación y diseminación sistémica del parásito, llamada "síndrome de hiperinfección". Notablemente, los pacientes con SIDA, a pesar de ser inmunodeprimidos, no suelen cursar con este síndrome aunque puedan hallarse infectados por este helminto.

**Objetivo:** Presentar una evolución infrecuente de una infección por *Strongyloides stercoralis*, en un paciente afectado de SIDA.

**Cuadro clínico:** Paciente masculino de 41 años de edad, oriundo de Bolivia, con antecedentes de HIV y TBC pulmonar diagnosticados en 2009, con mala adherencia al tratamiento antirretroviral. Ingresó a Clínica Médica por dolor abdominal cólico de tres meses de evolución, asociado a pérdida de peso de 13 kg en dicho plazo. En el último mes refiere hiporexia, vómitos postprandiales y pirosis. Al ingreso: paciente en regular estado general, abdomen excavado, blando, indoloro. Lab: Hto 30,8%, Hb 10 g/dl, VSG 76 mm, proteínas totales 5,6 g, albúmina 2,1 g, CD4 59.

**VEDA:** En cuerpo alto gástrico, lesiones lineales violáceas de 15 mm (se bp). En duodeno, bulbo congestivo y presencia de cicatriz ulcerosa con restos de fibrina en segunda porción duodenal (se bp).

**Coproparasitológico:** halla *Strongyloides stercoralis*, iniciándose tratamiento con ivermectina 6mg/d.

El paciente intercorre con HDA severa con melena, caída del Hto de 8 puntos, descompensación hemodinámica y posterior paro cardiorespiratorio. La anatomía patológica demostró la presencia de *Strongyloides* en las muestras de biopsias endoscópicas tanto de las lesiones gástricas como en la úlcera duodenal, involucrando al parásito en la patogénesis de las mismas. Conclusiones: El síndrome de hiperinfección es un hecho infrecuente en pacientes con SIDA, contrariamente a lo que sucede en otras enfermedades que cursan con inmunodepresión (por ejemplo cáncer, trasplantes renales, uso de corticoides, infección por HTLV-1). Existen en la literatura médica apenas 40 casos descriptos de hiperinfección por *Strongyloides stercoralis* en pacientes infectados por HIV.

El paciente de referencia fallece a causa de una HDA masiva. Se especula que las lesiones mucosas causadas por el parásito en el tubo digestivo son las responsables en la etiología de la hemorragia digestiva fatal.

## CC-P-005

### POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR (PAF)

Rastelli, L.; Capriotti, A.; Faccas, M.; Tonn, E.F.; Basile, M.; Laborda Molteni, J.

**Introducción:** Enfermedad autosómica dominante causada por una mutación en la línea germinal en el gen APC con más de 100 pólipos en recto y colon. Se desarrolla en la segunda década de la vida con una incidencia de 3-10 casos/100000 habitantes. Si no se trata evoluciona al cáncer. Además de la afectación colorectal puede producir lesiones en estómago, duodeno e intestino delgado, inclusive manifestaciones extradi digestivas. El tratamiento es quirúrgico. Las lesiones ampulares pueden resolverse por medio de endoscopia (papilectomía) siempre que la lesión califique para dicho tratamiento. La duodenopancreatocetomía cefálica (DPC) se reserva en casos de displasia severa o irresecabilidad endoscópica.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 47 años, sin antecedentes familiares de patología colónica, que consulta por dolor abdominal inespecífico asociado a cambios del hábito evacuatorio con tendencia a la diarrea. Se le solicita laboratorio, con alteración discreta del hepatograma (patrón mixto) y ecografía de abdomen sin datos patológicos. TAC de abdomen con engrosamiento irregular con efecto de masa en pared colónica a nivel de la unión ceco-ascendente. Se realiza videocolonoscopia y se encuentran múltiples lesiones polipoides (más de 100) en todo el marco colónico. Anatomía patológica informa adenoma túbulo-vellosos con displasia de bajo grado en todas las biopsias obtenidas. Se realiza Videoesoscopia digestiva alta con lesión elevada, sésil de 3 cm de diámetro a nivel periampular. Con diagnóstico de PAF se realiza proctocolectomía por vía laparoscópica, anastomosis ileo-anal, pouch ileal e ileostomía de seguridad. Cierre de la ileostomía 2 meses después. En busca de lesiones extracolónicas se le realiza TAC de cráneo con osteoma del seno maxilar izquierdo, evaluación oftalmológica con manchas hiperpigmentadas, algunas rodeadas de atrofia, asociadas a PAF. RMI de abdomen sin quistes desmoides e imagen lobulada en segunda porción duodenal adyacente a papila. Vía biliar dilatada (1 cm) a predominio del tercio distal. Wirsung dilatado. Eoendoscopia que no muestra compromiso más allá de la lámina propia. Biopsias obtenidas con displasia de bajo grado. Se realiza papilectomía endoscópica con buena evolución. Se estudió posteriormente a sus dos hijos, siendo uno de ellos portador de PAF.

**Conclusión:** se decide presentar este caso clínico debido a la no tal alta incidencia de esta enfermedad, y a la afectación multisistémica de nuestro paciente además del tratamiento realizado tanto quirúrgico de las lesiones colónicas como endoscópico de la lesión papilar.

## CC-P-007

### ASCITIS QUILOSA SECUNDARIA A LINFANGIOMA INTESTINAL

Cacuango Collaguazo, P.M. (1); Cacuango Merino, L.P. (2); Abarca Ruiz, J.W. (3)

(1) Médico Tratante Gastroenterólogo, Servicio de Gastroenterología, Hospital Eugenio Espejo. (2) Gastroenteróloga, colaboradora del Servicio de Gastroenterología, Hospital Eugenio Espejo. (3) Médico Tratante Gastroenterólogo, Jefe del Servicio de Gastroenterología, Hospital Eugenio Espejo. Quito - Ecuador

**Caso Clínico:** **Introducción:** El linfangioma es un tumor benigno de origen linfático, se presenta principalmente en la infancia. Representa el 6 % de los tumores benignos, la mayoría se localiza en la región cervical, axilar y sólo el 5% son intrabdominales, de éstos el 60% se encuentran en el mesenterio del intestino delgado.

**Caso:** Paciente femenina, 24 años de edad, presenta desde hace 3 años y sin causa aparente dolor abdominal difuso de moderada intensidad, se acompaña de distensión abdominal y alteración del hábito defecatorio, intensificándose en los 2 últimos meses llegando a disnea de medianos esfuerzos. Examen físico: paciente despierta, consciente, pálida, abdomen distendido doloroso a la palpación profunda en forma difusa, onda ascítica presente. Laboratorio: Hb: 10,4g/dl, Hct: 31,3%, Plaquetas: 293.000, Leucocitos: 6470, Neut:74,9%, Albúmina:2,29, TGO: 17, TGP: 25, Fosfatasa alcalina: 79, Bilirrubina Total: 0,15. Eco Abdominal: Esplenomegalia y Ascitis. Videoesoscopia digestiva alta y Colonoscopia: dentro de parámetros normales. Paracentesis: líquido ascítico aspecto lechoso, color rosáceo, glucosa: 113, amilasa:23, fosfatasa alcalina: 208, triglicéridos: 889,3mg/dl CA-125: 191,1, CA 19-9: 0,91, CEA: 0,44

**TC Abdominal:** asas de intestino delgado engrosadas con protrusiones irregulares de la mucosa hacia la luz intestinal, esplenomegalia, ascitis moderada. Laparoscopia diagnóstica: Asas de yeyuno acartonadas, induradas, sin adenopatías peritoneales. Enteroscopia per oral: un metro hacia distal del ángulo duodenoyeyunal se observa lesiones nodulares múltiples y polipoideas que ocupan todo el yeyuno e involucra toda la circunferencia del intestino, ileon no estudiado. Histopatológico: Linfangioma.

En el período de estudio paciente cursa con deposiciones melánicas se realiza Cápsula endoscópica: Lesión submucosa azulada en yeyuno proximal, lesiones elevadas y ulceradas que cubren la totalidad de la luz de aspecto polipoideas en yeyuno, lesión elevada en ileón. Válvula ileocecal y colon de características normales.

Por la extensión del linfangioma se contraindica resección quirúrgica. Al momento la paciente se encuentra en lista de espera de trasplante intestinal por convenio internacional. **Conclusión:** Los linfangiomas intestinales son lesiones benignas raras, cursan con sintomatología variante de escasa a cuadros de abdomen agudo, y aunque su tratamiento es quirúrgico, depende de su extensión para realizarlo.

**ANEMIA SEVERA SECUNDARIA A UNCINARIASIS**

Cacuango Collaguazo, P.M. (1); Cacuango Merino, L.P. (2); Abarca Ruiz, J.W. (3)  
 (1) Médico Tratante Gastroenterólogo, Servicio de Gastroenterología, Hospital Eugenio Espejo. (2) Gastroenteróloga, colaboradora del Servicio de Gastroenterología, Hospital Eugenio Espejo. (3) Médico Tratante Gastroenterólogo, Jefe del Servicio de Gastroenterología, Hospital Eugenio Espejo. Quito – Ecuador

Caso Clínico: Introducción: La uncinariasis es una parasitosis aún prevalente en áreas tropicales y subtropicales de países en vías de desarrollo, siendo una de las causas de anemia ferropénica y malabsorción, no obstante es poco frecuente presentarse con anemia severa. Caso: Paciente femenina, 78 años de edad, residente en Shushufindi (amazonía ecuatoriana), con antecedente de Parkinson. Presenta cuadro clínico de aproximadamente cinco meses de evolución de deposiciones negras, fétidas, alternadas con deposiciones líquidas amarillentas, dos veces al día, sin fiebre, ni pujo ni tenesmo, acompañado de náuseas preprandiales sin llegar al vómito, anorexia, fatiga, pérdida de peso no cuantificada, cuadro que se intensifica hace 3 meses impidiendo la deambulación a la paciente, es atendida en casa de salud donde evidencian anemia, trasfunden 2 paquetes de concentrados globulares y se le prescribe hierro oral.

Las deposiciones negras líquidas regresan a los cuarenta y cinco días y se mantienen posteriores a la retirada de hierro oral, es transferida al Hospital Eugenio Espejo (Quito), donde se evidencia una paciente despierta, consciente, pálida, afebril, auscultación cardiopulmonar sin alteraciones, dolor a la palpación profunda en epigastrio, edema con fovea en extremidades inferiores. Laboratorio: Hb: 2.9 g/dl, Hct: 10.9%, Hierro: 6,26, Ferritina: 7,22 ng/ml, Albúmina: 3,34, Ácido fólico: 8,56, Vitamina B12: 333.

Videoesndoscopia digestiva alta: Esófago y estómago: mucosa pálida, sin otras alteraciones. Duodeno: desde bulbo hasta tercera porción se observan múltiples parásitos móviles adheridos a la pared, se extrae con pinza de biopsia. (Uncinariasis). Histopatológico: porción cefálica de nematodo que exhibe ganchos en su cabeza.

Paciente recibe tratamiento con albendazol.

Conclusión: La uncinariasis debe de considerarse como uno de los diagnósticos a descartar en pacientes con anemia severa procedentes de áreas endémicas.

**MUCOSECTOMÍA CON BANDA ELÁSTICA COMO TRATAMIENTO DE ADE-  
NOCARCINOMA IN SITU EN ESÓFAGO DE BARRETT**

Canteros, J. (1); Ledesma, C. (1); Aldabe, N. (1); Vera, N. (1); Vega, A. (2)

(1) Servicio de Gastroenterología y Endoscopia, Hospital Militar Central - (2) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Militar Central.- Buenos Aires, Argentina

Introducción: En el esófago de Barrett (EB) con adenocarcinoma in situ, el tratamiento endoscópico mediante mucosectomía permite la exéresis de todo el tejido afectado y su estudio histológico. Estas técnicas se basan en aspiración con capucha o colocación de bandas elásticas seguidas de resección con asa de polipectomía. En los pacientes con displasia de alto grado y carcinoma in situ la resección mucosa focal de lesiones visibles proporciona una pieza quirúrgica evaluable para el patólogo con la seguridad de realizar un manejo oncológicamente correcto; con esta técnica se obtiene remisión completa en 97-100% y sobrevive a 5 años de 84-98% por lo que constituye una alternativa válida como tratamiento con intención curativa.

Objetivos: Presentar un caso clínico donde el tratamiento endoscópico en adenocarcinoma in situ de esófago con banda elástica y posterior mucosectomía con asa, resultó eficaz como tratamiento oncológico con intención curativa.

Paciente y métodos: Masculino de 54 años de edad derivado para vigilancia de esófago de Barrett. VEDA: Esófago: mucosa de aspecto normal hasta +/- 37 cm de arcada dentaria superior (ADS) donde se evidencia mucosa asalmonada en forma circunferencial que llega hasta el cambio mucoso que se encuentra +/- 41 cm de ADS, coincidente con hiato, se toman biopsias múltiples. A +/- 39 cm de ADS ulcera lineal de +/- 0.8 cm con fondo con fibrina y bordes congestivos que se biopsia. Diagnóstico: 1. Esófago de Barrett (Praga C4 M4) 2. Ulcera Esofágica Forrest III. Anatomía patológica: Displasia de alto grado multiglandular ("adenocarcinoma in situ"). Esófago de Barrett (metaplasia intestinal incompleta). Inflamación crónica activa inespecífica.

VEDA terapéutica: se tiñe lesión ya descrita con índigo carmín que se eleva con solución fisiológica, se coloca banda elástica, se realiza resección con asa de polipectomía estándar y se recupera con red. Anatomía patológica: Displasia de alto grado (displasia severa-displasia grado III-Carcinoma in situ) desarrollada en un terreno de Esófago de Barrett (metaplasia intestinal incompleta) proceso displásico limitado al terreno epitelial, sin evidencias de invasión del corion en el espécimen evaluado. Categoría 4.1 de la clasificación de Viena. Bordes laterales superficiales y borde profundo (base) libres de lesión displásica. Control a los 3 y 6 meses con biopsias guiadas por cromoesndoscopia sin lesiones displásicas

Resultados: Se completó la mucosectomía con éxito sin complicaciones inmediatas ni tardías obteniendo pieza quirúrgica completa con márgenes de resección evaluables libres de lesión displásica.

Conclusión: la mucosectomía con banda elástica constituye una herramienta terapéutica de utilidad para el tratamiento endoscópico del Adenocarcinoma in situ permitiendo obtener piezas completas para el estudio histopatológico con intención oncológica curativa.

**INCIDENTALOMA GÁSTRICO EN PACIENTE EN PLAN DE CIRUGÍA BARIÁTRICA**

Banchero, A. (1); Bosolino, A. (1); Pagliere, N. (1); Goggia, P. (1); Lueso Prado, M. (1); Santilli, J.P. (2)

(1) Sanatorio Dr. Julio Méndez (2) Anatomía Patológica. Bs. As, Argentina. Servicio de Gastroenterología

Introducción: El Schwannoma gástrico (SG) es un tumor mesenquimático, extremadamente raro que constituye el 0,2% de los tumores gástricos, siendo esta localización la más frecuente en el tracto gastrointestinal. Los SG son de crecimiento lento, generalmente benignos, pueden originarse en cualquier nervio con envoltura de Schwann. La mayoría son únicos, pero a veces se presentan de manera multifocal. La distribución por género es similar en hombres y mujeres con edad más frecuente de presentación entre 50 y 60 años.

Objetivo: Presentar un hallazgo infrecuente en la videoendoscopia digestiva alta (VEDA) prequirúrgica bariátrica (Cx.B) de paciente asintomática.

Caso clínico: Mujer de 64 años, obesa mórbida, asintomática, que consulta para realización de VEDA prequirúrgica, donde se evidencia a nivel antral, sobre curvatura mayor, lesión elevada, umbilicada, de aspecto subepitelial de +/- 4cm de diámetro, se realiza biopsia con resultado inespecífico. TAC abdomen y pelvis c/c oral y EV: sin hallazgos patológicos. Se decide conducta quirúrgica programada sin realización de coendoscopia previa por falta de disponibilidad, realizando gastroscopia subtotal + By pass gástrico. La paciente evoluciona con diversas infecciones intrahospitalarias y necesidad de reintervenciones quirúrgicas, con internación en terapia intensiva, mal estado general y posterior óbito. Pieza quirúrgica: Antro (neoplasia mesenquimática unifocal, con patrón fusocelular y epitelioide). Afectación submucosa hasta subserosa, con inmunohistoquímica (IQ): CD 117 y CD34 negativos y vimentina S100 y enolasa específica positivos, compatible con Schwannoma gástrico. Márgenes libres, ganglios e invasión linfovascular negativos.

Discusión: El diagnóstico preoperatorio del SG es difícil ya que comparte características clínicas y endoscópicas con otros tumores subepiteliales, siendo el Tumor estromal gastrointestinal (GIST) el más frecuente. El SG habitualmente no da síntomas aunque puede presentarse como una protrusión submucosa ulcerada con hemorragia digestiva y/o efecto de masa. La coendoscopia (EE) es útil para establecer el diagnóstico presuntivo de la lesión, en este caso no se realizó por falta de disponibilidad y en contexto de cirugía gástrica programada. El diagnóstico definitivo se realiza con la histología e IQ, con proteína S-100 y vimentina positivos y con CD 117, CD 34, B-catenina, sinaptofisina, cromogranina y desmina negativos. La transformación maligna con recurrencia del tumor o metástasis es extremadamente rara, aunque sí puede complicarse con sangrado u obstrucción al tracto de salida gástrico. El tratamiento de elección se limita a la escisión quirúrgica o endoscópica.

Conclusión: 1) La edad del paciente, clínica, localización y características endoscópicas del Schwannoma fueron concordantes con la bibliografía 2) La EE permite la orientación diagnóstica en lesiones subepiteliales gástricas 3) El diagnóstico definitivo se realiza con la IQ.

**COLANGIOHIDATIDOSIS: UNA COMPLICACIÓN EVOLUTIVA DE LA H-  
DATIDOSIS HEPÁTICA**

Plúa, J.; Bellizzi, C.; Numa, K.; Báez, E.; Martínez, A.; Calzetta, P.; Suaya, G.; Currás, A. Hospital Juan A. Fernández – Ciudad de Buenos Aires, República Argentina

Introducción: La hidatidosis es una zoonosis parasitaria generada por la forma larvaria del Echinococcus granulosus que afecta a pacientes jóvenes de ambos sexos, generalmente dedicados a la explotación del ganado ovino. La enfermedad existe en la mayoría de los países pero Argentina, Bolivia, Brasil, Perú y Uruguay tienen alta prevalencia. En Argentina, la hidatidosis está difundida en todo en el territorio nacional, y tiene mayor prevalencia en las zonas rurales. En un 85% de los casos la afectación es de un solo órgano y un 60% de los quistes hidatídicos se localizan en el hígado. La colangiohidatidosis es una complicación que aparece en un 25% de las hidatidosis hepáticas. La patogenia de dicha complicación describe que a medida que el quiste se agranda, comprime y estira las vías biliares generando erosiones en estos conductos estirados, produciendo fistulas entre el quiste hidatídico y el sistema ductal. Quizá debido a filtración de bilis hacia el quiste primario, se produce la rotura y parte de la capa germinal o los escólices pueden entrar en el sistema ductal y causar una ictericia obstructiva. Casi siempre, la causa de ictericia obstructiva y colangitis, en presencia de quiste hidatídico hepático, es la rotura intrabiliar de elementos hidatídicos.

Objetivo: Presentar un paciente con esta complicación y su evolución posterior al tratamiento multidisciplinario.

Caso Clínico: Paciente masculino 19 años, oriundo del Perú, consulta por dolor en epigastrio e hipocondrio derecho e ictericia. Examen físico: Ictericia, hepatomegalia dolorosa de tres traveses de dedo. Laboratorio: aumento de bilirrubina, FAL y transaminasas x 4. Test de Elisa y Western Blot para hidatidosis positivos. Ecografía: Hígado: 2 imágenes nodulares hipocóicas y heterogéneas en lóbulo izquierdo y lóbulo derecho, con dilatación de VBIH. TAC: Hepatomegalia; hígado: dos imágenes líquidas de paredes gruesas que realzan tras el contraste, con contenido heterogéneo y burbujas aéreas en su interior, VBIH con reducción de su calibre. RMN: Hígado: En segmento III y VIII formaciones redondeadas hiperintensas en T2, rodeadas de una cápsula-pseudocápsula, con múltiples imágenes de aspecto serpiginoso en su interior y realce periférico tras el contraste. La formación del segmento VIII toma contacto con ramos biliares intrahepáticos, provocando dilatación periférica parcial, destacándose la presencia de aire intralesional. CRMN: Dilatación segmentaria de ramos periféricos derechos con aerobilia; disminución de calibre y señal a nivel del carrefour y conducto hepático común asociado a imágenes de defecto de relleno endoluminal en el tercio medio del colédoco (colangiohidatidosis); engrosamiento parietal de la vesícula biliar. Realiza tratamiento con Albendazol. CPRE: VBIH y colédoco dilatados con imágenes negativa en su interior; papilotomía y extracción de pus, material mucoso y membranoso. CIRUGÍA: Periquistectomía segmento II – III, con evacuación de quiste intrahepático del segmento V-VI-VIII, colestectomía, coledocotomía y colocación de tubo de kehr. Evoluciona con mejoría clínica y bioquímica.

Conclusiones: Ante un paciente con diagnóstico de hidatidosis hepática que presenta manifestaciones clínicas compatibles con sme coledociano, se debe considerar la colangiohidatidosis. Si bien, dicha patología constituye una complicación evolutiva poco frecuente de esta parasitosis, no debe dejar de considerarse ante hallazgos como en el del paciente presentado.

## TO-O-001

### RIESGO DE ADENOMAS Y LESIONES NEOPLÁSICAS AVANZADAS COLORECTALES EN PACIENTES CON ACROMEGALIA

Caldó, I.F.; Batistone, F.; Quiñones, S.A.; Steinberg, L.H.; Casbarien, O.; Marillet, M.; Majewski, I.S.; Carfagnini, P.J.; Ansa, A.; Garrido, M.E.; Lubiniecki, D.; Guitelman, M.; Brodersen, C.

Hospital Carlos G. Durand, CABA, Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** La acromegalia se caracteriza por exceso de hormona de crecimiento secundaria a un adenoma hipofisario. Existe controversia respecto al riesgo de neoplasias colorectales en pacientes con esta enfermedad.

**Objetivos:** Determinar el riesgo de adenomas y de lesiones neoplásicas avanzadas -LNA- en colon y recto (adenomas con: tamaño mayor a 1 cm, más de 75% de componente vellosos y/o displasia de alto grado) en pacientes con acromegalia.

**Materiales y métodos:** Estudio de cohortes retrospectivas, se incluyeron pacientes mayores de 18 años con videocolonoscopia (VCC) que tuviera más de 5 puntos de Boston e intubación cecal. Se excluyeron aquellos con: historia personal de enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer de colon y/o recto (CCR), Poliposis Adenomatosa Familiar, Síndrome de Lynch; o síntomas de alarma. Los acromegálicos fueron "casos" - grupo A- y aquellos sin enfermedad, "controles" - grupo B-. Por cada "caso", 2 "controles" se seleccionaron y se igualaron por edad, sexo e indicación de VCC, desde marzo de 2011 a enero de 2015. De historias clínicas e informes de endoscopia se analizaron antecedentes clínicos y bioquímicos como predictores de riesgo. Se utilizó el test chi-square (x2) para variables dicotómicas. La significancia estadística fue considerada una  $p < 0.05$ . El riesgo medido se expresó en odds ratio (OR) con su intervalo de confianza (CI) 95%.

**Resultados:** Grupo A, 21 pacientes, edad media 50 años (29 a 72 años), 52% femenino. La presencia de adenomas y LNA, fue 9/21 (42%) y 7/21 (33%) respectivamente. En el grupo B, 42, pacientes, edad media 51 años (27 a 73 años), 52% femenino. Los adenomas y LNA en el grupo control fue de 8/42 (23%) y 4/42 (9,5%) respectivamente. El riesgo de adenomas y LNA fue mayor para los pacientes con acromegalia con diferencia estadísticamente significativa. Para adenomas: OR 3,18 (CI 0,86 - 11,95);  $p = 0,045$ . Para LNA: OR 4,75 (CI 1,02 - 23,44);  $p = 0,019$ . En el análisis univariado, la variable "tiempo de evolución de la acromegalia, previa al diagnóstico" resultó estadísticamente significativa. Una evolución mayor a 15 años, tenía más adenomas (4/5- adenomas/acromegálicos con 15 años o más de evolución de enfermedad-80%) que aquellos con menor tiempo (5/16- adenomas/acromegálicos con menos de 15 años de enfermedad-31,25%), dando un valor de  $p = 0,05$  con odds ratio de 8,8 (CI 0,59 - 273,03).

**Conclusión:** La prevalencia de adenomas y de LNA es mayor en pacientes acromegálicos de forma estadísticamente significativa. Los odds ratio, tienen magnitudes de efecto importantes. Debería tenerse en cuenta a esta enfermedad como población de mayor riesgo para un programa de pesquisa de CCR. El tiempo de evolución de enfermedad en los pacientes acromegálicos podría ser una variable relacionada con la presencia de mayor cantidad de adenomas y LNA.

## TO-O-003

### EFEECTO DE LA INFECCIÓN POR *Helicobacter pylori* Y EL DAÑO DE LA MUCOSA GÁSTRICA EN LOS NIVELES SÉRICOS DE LAS HORMONAS GRELINA Y LEPTINA

Mantero, P. (1); Matus, G. (2); Corti, R. (2); Améndola, R. (2); Doweck, J. (2); Cabanne, A. (3); Arce, M.L. (4); Zubillaga, M. (1); Janjetic, M. (1) (4) (5); Goldman, C. (1) (5) (1) Cátedra de Física, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Universidad de Buenos Aires, Argentina; (2) Sección de Esófago Estómago; (3) Unidad de Patología, Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo", Buenos Aires, Argentina; (4) Escuela de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina; (5) Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** La infección por *Helicobacter pylori* podría tener implicancias en la regulación del apetito a través de la alteración de la secreción gástrica de las hormonas neuroendocrinas grelina y leptina. **Objetivo:** Evaluar la asociación entre *H. pylori* y el grado de daño de la mucosa gástrica con los niveles séricos de grelina y leptina y el estado nutricional antropométrico de pacientes con sintomatología digestiva. **Métodos:** Se incluyeron adultos dispépticos que asistieron en ayunas para realización de videocolonoscopia digestiva alta. Se realizó una encuesta sociodemográfica y se midieron peso y talla para determinar el Índice de Masa Corporal (IMC). Se realizó el Test del Aire Espirado (13C-UBT) para diagnóstico de *H. pylori*, y se extrajo sangre para dosar los niveles séricos de grelina y leptina mediante la técnica de ELISA. Durante la endoscopia se tomaron 2 biopsias de antro y 2 de cuerpo gástrico para análisis histopatológico y amplificación de fragmentos de ADN por PCR. El cálculo de la muestra fue estimado en 160 pacientes mediante el programa Statcalc. El análisis estadístico se llevó a cabo usando los tests de  $\chi^2$ , Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, correlación de Spearman y regresión lineal. **Resultados:** 163 pacientes (40,8±14,0a) fueron incluidos en el estudio, 60,1% de género femenino. La prevalencia de la infección fue de 53,4% (IC95%; 45,7-65,8%). Los porcentajes de sobrepeso/obesidad no difirieron entre pacientes positivos y negativos ( $P=0,09$ ). Se observó mayor prevalencia de gastritis crónica activa y gastritis atrófica/metaplasia intestinal en pacientes infectados respecto de los no infectados, habiéndose asociado la presencia de *H. pylori* con el tipo de patología gástrica tanto en antro ( $P<0,0001$ ) como en cuerpo ( $P<0,0001$ ). La mediana de la concentración de grelina fue 306,5 pg/mL (RIQ; 230,0-385,5) en pacientes infectados y 358,3 pg/mL (RIQ; 253,8-547,8) en los no infectados. Se encontró asociación entre la infección por *H. pylori* y los menores niveles de grelina sérica ( $P=0,016$ ), incluso luego de realizar el ajuste por IMC y género mediante regresión lineal ( $P=0,019$ ). Por otra parte, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en las medianas de leptina entre pacientes positivos y negativos ( $P=0,76$ ). Se observó una correlación inversa entre los niveles de grelina sérica y el IMC ( $r=-0,25$ ;  $P=0,0013$ ), mientras que en el caso de niveles de leptina y el IMC la correlación fue positiva ( $r=0,56$ ;  $P<0,00001$ ). Asimismo, el tipo y severidad de patología en cuerpo gástrico se asoció a menores concentraciones séricas de grelina ( $P=0,03$ ) independientemente de la infección. **Conclusión:** La infección por *H. pylori* y tipo de patología en el cuerpo gástrico se asoció con menores concentraciones de grelina sérica en pacientes dispépticos, enfatizando el papel de *H. pylori* en la regulación hormonal del apetito.

## TO-O-002

### ANÁLISIS COMPARATIVO DE DOS MÉTODOS DE PREPARACIÓN INTESTINAL PARA COLONOSCOPIA

Amarillo, H.A.; Di Primio, N.; Reyero, N.; Frías, S.; Frías, N. Sanatorio Modelo Tucumán

**Antecedentes:** la videocolonoscopia es el método de elección para evaluar enfermedades del colon. La detección de pólipos y adenomas mejora con una buena preparación, mientras que si es inadecuada es responsable de un tercio de las colonoscopias incompletas o de baja calidad.

**Objetivo:** Evaluar la calidad en la preparación colónica para la realización de Videocolonoscopias comparando dos productos: Fosfatos y Citrato de Magnesio.

**Diseño:** Estudio Prospectivo Randomizado. Periodo entre enero de 2014 y marzo de 2015. Institución privada universitaria.

**Material y método:** Se incluyeron 400 pacientes con indicación de videocolonoscopia, mayores de 18 años y menores de 75 años candidatos a colonoscopia electiva. Se randomizo en forma aleatoria 1 a 1. Se consideró grupo control a fosfatos y grupo de estudio a citrato de magnesio. Las variables bajo estudio fueron: edad, sexo, grado de preparación, grado de tolerancia e indicaciones médicas y eventos adversos. El instrumento de registro fue base de datos y una encuesta de opción múltiple cerrada y auto administrada. Para evaluar el grado de preparación colónica se tuvo en cuenta la escala de Boston, con la que se evalúan los tres segmentos del colon y se clasifica como satisfactorio y no satisfactorio. **Análisis Estadístico:** las variables continuas se expresaron en forma absoluta y porcentual. Se uso Test exacto ordinal, de relaciones y proporciones y exacto de Fisher, considerando significativo el valor de  $p<0,05$ .

**Resultados:** se estudiaron a 216 varones y 184 mujeres. El 24,75% tuvieron entre 41 y 59 años para el grupo de citrato de magnesio y 21,75% (87) para el grupo de fosfato. Tuvieron fácil tolerancia 44,25% del grupo de citrato y 39% de fosfatos, difícil tolerancia 10,75% para fosfatos y el 5,75% para citrato. Se registraron eventos adversos en mayor frecuencia para la preparación con fosfatos, sobresaliendo los digestivos. Según el grado de preparación, el 48% fue satisfactorio para citrato y el 32,5% para grupo control. Los preparados con citrato en todos sus rangos etéreos tuvieron mejor índice de preparaciones satisfactorias y mejor tolerancia y satisfacción al producto.

**Conclusiones:** la preparación colónica satisfactoria fue mayor y mejor para el citrato de magnesio mientras que los eventos adversos fueron mayores para los fosfatos.

## TO-O-004

### COLONOSCOPIA CRONOMETRADA: UN ESTUDIO ALEATORIZADO

Coghlan, E.; Laferrere, L.; Rainero, G.; Zenón, E.; Marini, J.; Ayunta, H.; Nadales, A. Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario Austral- Pilar, Buenos Aires

**Introducción:** Se han demostrado incrementos en las tasas de detección de adenomas en aquellas colonoscopias (VCC) cuyo tiempo de retiro es superior a 6 minutos, pero no hay recomendaciones en cómo distribuir o utilizar ese tiempo por cada segmento colónico.

**Objetivo:** Determinar las diferencias en la Tasa de Detección de Adenomas (TDA) entre dos técnicas cronometradas de retiro colonoscópico

**Diseño:** Aleatorizado

**Población:** Pacientes consecutivos sometidos a VCC de pesquisa de cáncer de colon **Parámetros a evaluar:** TDA en pacientes sometidos a una VCC con tiempos preestablecidos fijos de retiro con un mínimo de 2 minutos en colon derecho, 1 minuto en transverso y no menos de 3 minutos en colon izquierdo, y pacientes con VCC estándar con retiro libre siempre superior a 6 minutos.

**Resultados:** 631 pacientes enrolados. 5 excluidos por VCC incompleta. De los 626 incluidos en el análisis, 322 (51%) fueron asignados por aleatorización simple al grupo de retiro en tiempos fijos (grupo A) y 49% al grupo de retiro convencional (grupo B). La edad promedio fue de 57 años (DS 6), con 251 pacientes (40%) de sexo masculino y un tiempo promedio de retiro de 7:05 minutos (DS 1). Se resecaron 389 adenomas en 230 pacientes (15 lesiones con displasia de alto grado y 3 adenocarcinomas). La TDA global fue de 37.6% sin diferencias significativas entre ambos grupos (36.8% vs. 36.6%,  $p0,96$ ). En un análisis bivariado (Odds Ratio crudo [ORc]) el hallazgo de adenomas no se vio asociado a ninguna de las 2 técnicas de retiro (ORc 0.99  $p0,96$ ) o el grado de limpieza intestinal según la escala de Boston Bowel Preparation Scale (BBPS) (ORc 0.91  $p0,17$ ), pero si por cada año de incremento en edad (ORc 1.03  $p0,029$ ), con el sexo masculino (ORc 1.6  $p0,008$ ) y por cada minuto adicional de retiro del endoscopio (ORc 1  $p<0,001$ ). Un análisis multivariado confirma estos resultados demostrando la asociación entre el hallazgo de adenomas y cada año en incremento en edad (Odds Ratio ajustado [ORa] 1.03  $p0,02$ ), sexo masculino (ORa 1.78  $p0,002$ ) y cada minuto extra de retiro (ORa 1  $p<0,001$ ), mientras que no hubo relación con ninguna de las técnicas individuales de retiro (ORa 0.81  $p0,23$ ) o el grado de preparación intestinal (ORa 0.94  $p0,38$ ). No encontramos diferencias significativas en lo que respecta a la relación entre ambos grupos estudiados y el hallazgo de lesiones colónicas proximales (Grupo A 21.7% vs. Grupo B 24.3%  $p0,44$ ). **Conclusiones:** La VCC con tiempos preestablecidos fijos de retiro endoscópico no ha demostrado mejorar el número de adenomas detectados, sin embargo este trabajo confirma que VCC de calidad con una adecuada preparación colónica y una exploración minuciosa de la mucosa con una buena dedicación en tiempo, pueden alcanzar excelentes TDA.

## TO-O-005

### CALIDAD DE LA PREPARACIÓN INTESTINAL Y PREDICTORES DE LIMPIEZA INADECUADA EN PACIENTES QUE REALIZAN UNA COLONOSCOPIA: INTERNADOS VERSUS AMBULATORIOS

Franco, F.G.; Herrera Najum, P.D.; Rodríguez, P.C.

Servicio de Endoscopia Digestiva Diagnóstica y Terapéutica, Instituto Modelo de Cardiología Privado S.R.L., Córdoba, Argentina

**Introducción:** La preparación intestinal adecuada es necesaria para la realización de procedimientos colonoscópicos tanto diagnósticos como terapéuticos. La limpieza insuficiente puede resultar tanto en la pérdida de lesiones como en la cancelación de procedimientos. Datos de estudios previos informan que la calidad de la preparación intestinal en pacientes hospitalizados es a menudo insatisfactoria, requiriendo la repetición de la colonoscopia.

**Objetivos:** Evaluar el grado de la preparación intestinal con una solución de lavado de polietilenglicol en pacientes internados y compararlo con la limpieza colónica en pacientes ambulatorios, e identificar posibles predictores de preparación intestinal deficiente en ambas poblaciones.

**Métodos:** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo analítico observacional en un solo centro. Se compararon los registros de 183 pacientes adultos consecutivos en los que se realizó colonoscopia previa preparación intestinal considerando dos grupos de pacientes: hospitalizados y ambulatorios, entre agosto de 2011 y mayo de 2015. La limpieza intestinal para ambos grupos consistió en 4 L de una solución de polietilenglicol oral. Se excluyeron los pacientes con estenosis colónica infranqueable (n=6), con hemicolectomía derecha (n=1), y aquellos en los que no se especificaba la condición (internado o ambulatorio) en el registro (n=2). Los dos grupos eran uniformes en edad y sexo. La adecuación de la limpieza colónica fue calificada por los endoscopistas durante el procedimiento utilizando la Escala de Preparación Intestinal de Boston (EPIB). Metodología estadística descriptiva y pruebas no paramétricas de Wilcoxon para las comparaciones.

**Resultados:** Al comparar el puntaje total de la EPIB promedio, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes ambulatorios y los internados, siendo mayor para los primeros (n=60 vs. 114; EPIB=6,72 vs. 5,96; p=0,0428), y también entre los pacientes mayores de 70 años de sexo femenino y masculino, siendo mayor el de las mujeres (EPIB=6,86 vs. 5,87; p=0,0389); pero no se hallaron diferencias entre los pacientes menores y los mayores de 70 años, ni entre ambos sexos, ni entre los pacientes menores de 70 años de sexo femenino y masculino. Para muestras independientes, se compararon las diferencias en el puntaje total de la EPIB promedio entre pacientes ambulatorios e internados, teniendo en cuenta el sexo y la edad, hallándose sólo una pequeña diferencia significativa para los hombres mayores de 70 años (p=0,0711). Tanto en menores como en mayores de 70 años de edad de ambos sexos, no hubo asociación estadísticamente significativa entre la calidad de la preparación intestinal (Buena, Regular o Mala) y su condición de pacientes ambulatorios o internados.

**Conclusiones:** Los pacientes hospitalizados son más propensos a presentar una preparación intestinal subóptima utilizando el régimen de polietilenglicol. El género masculino de edad avanzada fue un predictor negativo independiente de limpieza colónica inadecuada. Esta información puede ayudar a identificar a los pacientes en mayor riesgo para una preparación ineficaz, para quienes sería apropiado un régimen más agresivo para obtener resultados óptimos.

Tabla de valores promedios de la Escala de Preparación Intestinal de Boston para cada combinación de variables

| CONDICIÓN   | Edad ≥ 70 años | Sexo | Promedio | E.E. | n  | LI. (95%) | LS. (95%) |
|-------------|----------------|------|----------|------|----|-----------|-----------|
| Ambulatorio | No             | F    | 6,00     | 0,77 | 6  | 4,01      | 7,99      |
|             |                | M    | 6,25     | 0,65 | 8  | 4,72      | 7,78      |
|             | Si             | F    | 7,40     | 0,37 | 20 | 6,63      | 8,17      |
|             |                | M    | 6,50     | 0,48 | 26 | 5,51      | 7,49      |
| Internado   | No             | F    | 5,29     | 0,75 | 7  | 3,46      | 7,11      |
|             |                | M    | 6,44     | 0,38 | 32 | 5,67      | 7,21      |
|             | Si             | F    | 6,42     | 0,45 | 24 | 5,49      | 7,35      |
|             |                | M    | 5,55     | 0,34 | 51 | 4,86      | 6,24      |

## TO-O-007

### ESTENOSIS PAPILAR POST-CPRE

Pierini, A.; Barret, A.; Imhof, H.; Ruiz, G.; Bonsembiante, N.; Galetti, F.; Wenger, M. Hospital J. B. Iturraspe, Santa Fe, Argentina. Sanatorio San Jerónimo, Santa Fe, Argentina. Servicio de Cirugía General

**Antecedentes:** La estenosis biliar es una complicación tardía de la papiloesfinterotomía endoscópica. Esta se desarrolla en aproximadamente 1 a 3,9 % de pacientes, posterior a una esfinterotomía por coledocolitiasis.

**Objetivo:** Exponer nuestra experiencia y resultados, en pacientes a los que se diagnosticó, estenosis papilar post- CPRE.

**Diseño:** Se realizó un ensayo retrospectivo, descriptivo y analítico, de pacientes sometidos a CPRE, con diagnóstico ulterior de estenosis papilar post- CPRE

**Material y método:** Pacientes sometidos a CPRE en el Hospital J. B. Iturraspe y Sanatorio San Jerónimo, periodo Enero 2011 - Mayo 2015 en los cuales se diagnosticó, estenosis papilar post - CPRE. Se incluyó a todos los pacientes, que presentaron al menos un procedimiento previo de instrumentación endoscópica de vía biliar por coledocolitiasis, sumado a signos clínicos y bioquímicos de colestasis e imagen colangiográfica de estenosis distal de conducto biliar común, con dilatación pre - estenotica y estenosis papilar como hallazgo de imagen duodenoscópica. Se excluyeron pacientes con patología maligna de vía biliar y páncreas, pancreatitis crónica y procedimientos quirúrgicos previos de vía biliar.

**Resultados:** 10 pacientes fueron diagnosticados como estenosis papilar post - CPRE. De los cuales 7 ingresaron por síndrome coledociano (Dolor abdominal + alteración del hepatograma) y 3 con signosintomatología de colangitis aguda. En todos los casos se realizó ampliación de la esfinterotomía previa, en 4 casos, se dilato papila con balón dilatador biliar, y en 3 casos se colocó stent biliar plástico de 10 Fr (hasta 3 en un paciente), los cuales se controlaban de 1 mes a uno año. Tuvimos un tiempo desde el primer procedimiento endoscópico, hasta el diagnóstico de estenosis papilar muy variable, desde 8 meses a 10 años. Como complicación, se presentó un caso de hiperamilasemia sin dolor abdominal.

**Conclusiones:** Podemos decir, en base a nuestra experiencia, que la terapéutica utilizada, se basó en la literatura actual. Pero que presentamos una escasa casuística, (similar a la literatura internacional) y a su vez, disponemos de un corto periodo de seguimiento prospectivo. Sin embargo, concluimos, que el tratamiento endoscópico, debe ser considerado de primer línea para la estenosis papilar post - CPRE. Dejando el tratamiento quirúrgico, ante el fracaso de este último.

## TO-O-006

### DILATACIÓN NEUMÁTICA EN ACALASIA BAJO GUIA ENDOSCÓPICA, ¿METODO SEGURO O RIESGO INNECESARIO?

Ríos, A.; Correa, G.; Ojeda, E.; Ortiz, L.; Vitale, L.; Carrica, S.; Martínez, H.; Villaverde, A.; Tufare, F.; Chopita, N.; Yantorno, M.; Yonamine, K.; Talani, A.; Rossi, L. Servicio de gastroenterología HIGA San Martín de La Plata, Argentina

**Introducción:** la acalasia es un trastorno motor del esófago en el cual se produce una alteración a nivel de la relajación del esfínter esofágico inferior; los distintos métodos terapéuticos están orientados al debilitamiento de sus fibras musculares. La dilatación neumática se realiza a través de la producción de una fuerza radial con balón, tradicionalmente bajo guía fluoroscópica. La dilatación con guía endoscópica fue descripta por primera vez por Levine y col. y sería una opción para el tratamiento de la acalasia.

**Objetivo:** describir la experiencia de nuestro centro en dilatación neumática a través de guía endoscópica, reportando la tasa de éxito técnico y de complicaciones mayores inmediatas.

**Material y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo de tipo descriptivo a través de la búsqueda en la base de datos de nuestro centro. Se seleccionaron aquellos procedimientos donde se realizó dilatación neumática a través de guía endoscópica, los cuales se realizaron entre enero de 1996 y marzo de 2015. Se dividieron a los pacientes en grupos etareos. Se seleccionaron aquellos en los cuales se describía el balón utilizado y su diámetro, las complicaciones inmediatas y resolución. **Resultados:** se realizaron 84 procedimientos en 75 pacientes, con 100% de éxito técnico y complicaciones mayores por procedimiento 2,38% (2 perforaciones y 0 hemorragias), la resolución de las mismas fue endoscópica e inmediata. La edad, sexo y diámetro del balón utilizado no tuvieron implicancia estadísticamente significativa en las complicaciones, las mismas se analizaron con la prueba de Chi cuadrado.

**Conclusiones:** la dilatación neumática con balón bajo guía endoscópica sería una opción para el tratamiento endoscópico de la acalasia, teniendo como ventaja la posibilidad de la resolución de las complicaciones en forma inmediata y evitar la exposición a radiación necesaria en la guía fluoroscópica. La tasa de complicaciones es similar a la reportada en estudios (hasta 5%). Serían necesarios estudios prospectivos y con seguimiento a largo plazo para determinar su eficacia.

| Datos por paciente | Complicaciones | Sin complicaciones | p    | OR (IC 95%)      |
|--------------------|----------------|--------------------|------|------------------|
| Edad               |                |                    | 0,42 | 1,03 (0,98-1,08) |
| <40 años           | 0              | 18 (100%)          |      |                  |
| ≥40                | 2 (3,5%)       | 55 (96,5%)         |      |                  |
| Sexo               |                |                    | 0,8  | 1,35 (0,08-22,5) |
| -Masculino         | 1 (3,1%)       | 31 (96,9%)         |      |                  |
| -Mujer             | 1 (2,3%)       | 42 (97,7%)         |      |                  |
| Balón              |                |                    | 0,64 | 0,52 (0,03-8,68) |
| -30mm              | 1 (3,8%)       | 25 (96,2%)         |      |                  |
| -35mm              | 1 (2%)         | 48 (98%)           |      |                  |

## TO-0-009

### PUEDEN SER CURATIVA LA PAPILECTOMÍA ENDOSCÓPICA EN EL ADENOCARCINOMA TEMPRANO DE LA AMPOLLA DE VÁTER?

Oria, I. (1); Luna, O. (2); Álvarez, V. (2); Lefort, C. (2); Gincul, R. (2); Scoazec, (2); Fumex, F. (2); Bourdariat, R. (2); Lepiliez, V. (2); Lemaistre, A.I. (2); Napoleón, B. (2)  
(1) Hospital Italiano de Buenos Aires; Argentina. (2) Hospital Privé Jean Mermoz; Lyon; France

Introducción: Según la clasificación TNM de los tumores ampulares; el adenocarcinoma pT1 está limitado a la ampolla de Váter; sin infiltración de la muscular propia duodenal. El riesgo de metástasis ganglionares (N+) es cercana a 20% en series quirúrgicas occidentales. La clasificación japonesa subdivide las lesiones pT1 en tumores D0; confinados a la muscular de la mucosa (riesgo N+ = 0%) y tumores d1 que invaden la submucosa duodenal (riesgo N+ = 30%). Los cirujanos japoneses consideran una lesión d0 sin embolias vasculares; como un cáncer temprano que debería ser curado mediante una resección local. Por el momento; ninguna serie ha evaluado si la papilectomía endoscópica (PE) es curativa en esta situación. Objetivos: Evaluar en qué casos una papilectomía endoscópica podría ser considerada curativa en el adenocarcinoma ampular.

Materiales y métodos: Entre mayo de 1999 y julio de 2013; 172 pacientes con tumores ampulares (adenoma +/- adenocarcinoma); considerados uT1 en la ecoendoscopia; realizaron PE y fueron prospectivamente incluidos en una base de datos. En 25 de las 172 resecciones se diagnosticó adenocarcinoma. Se propuso una duodenopancreatocetomía céfalica (DPC) en: márgenes de resección positivos (R1); embolias vasculares o invasión de la submucosa. En 11 casos (Grupo 1); la invasión se limitó a la muscular de la mucosa (d0). En 14 casos (Grupo 2) hubo invasión de la submucosa duodenal (d1). Se analizaron retrospectivamente los datos histopatológicos; el seguimiento de los pacientes y los factores predictivos de metástasis linfáticas.

Resultados: Grupo 1 (n = 11): Cinco pacientes (45%) presentaron márgenes negativos en la resección (R0); sin embolias vasculares y biopsias normales en los controles posteriores a la resección. No se evidenció recurrencia durante el seguimiento (media 56 meses (18-96)). Seis pacientes (55%) presentaron márgenes positivos de resección (R1); uno con embolias vasculares. Se realizó DPC complementaria en 3 pacientes (1 d1N-; 1 d1N+; 1 sin tumor residual). Los otros tres pacientes tenían contraindicaciones o rechazaron la cirugía y fueron seguidos. No hubo recurrencia del cáncer o muerte relacionada con la enfermedad en dos casos (FU: 36 y 72 meses). Un paciente presentó recurrencia y finalmente fue operado 6 meses más tarde (pT3N+).

Grupo 2 (n = 14): Diez pacientes (71%) fueron R1 y cuatro (29%) R0. Se observaron embolias vasculares en 5 casos (36%). Ocho pacientes realizaron una DPC adicional; 6 fueron N+ (62%) +/- adenocarcinoma residual (n = 4; 50%) y 2 estaban libres de tumor. Los otros seis pacientes tenían contraindicaciones o rechazaron la cirugía. Durante el seguimiento (media 24 meses (12-48)) el cáncer recurreó en 3 pacientes (1 N+; 1 recidiva local; 1 Metástasis en hígado); 2 pacientes fallecieron por complicaciones de la quimioterapia y uno permanece vivo sin recurrencia a los 24 meses. El tamaño del tumor (P = 0;027) y la profundidad de la invasión (P = 0;035) fueron factores de riesgo significativos de metástasis ganglionares. Conclusión: De acuerdo con la clasificación japonesa; este estudio confirma que el pronóstico del carcinoma de la ampolla de Váter T1 es muy diferente si presenta o no invasión de la submucosa y embolias vasculares. La papilectomía endoscópica puede ser considerada curativa cuando la resección evidencia un adenocarcinoma limitado a la muscular de la mucosa; no hay embolias vasculares; y la resección es R0. En otros casos; se debe discutir una DPC adicional.

## TO-0-011

### RIESGO DE ADENOMAS AVANZADOS EN PACIENTES ENTRE 40-49 AÑOS DE EDAD

Gandara, S.; Spallone, L.; Lasa, J.; Trelles, F.A.; Di Paola, L.; Cadiz, C.; Apesteguía, A.; Berman, S.; Zagalsky, D.  
Servicio de Gastroenterología. Instituto Quirúrgico del Callao. Buenos Aires, Argentina

Introducción: Evidencia previa ha buscado determinar si pacientes entre 40-49 años de edad se beneficiarían de la pesquisa de lesiones neoplásicas del colon, con resultados contradictorios. La prevalencia de adenomas en esta población varía notablemente. Aquellos pacientes entre 40-49 años con riesgo de presentar adenomas avanzados probablemente se beneficiarían de la pesquisa temprana.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a la presencia de adenomas avanzados en pacientes entre 40-49 años de edad sometidos a colonoscopia.

Materiales y métodos: Entre Enero de 2013 y Enero de 2015, se enrolaron pacientes entre 40-49 años de edad, con o sin síntomas digestivos, que fueron sometidos a una colonoscopia. Aquellos pacientes con antecedentes personales de al menos una lesión neoplásica de colon o de enfermedad inflamatoria intestinal fueron excluidos. Se calculó la prevalencia de adenomas avanzados. Estos últimos se definieron como cualquier adenoma con componente vellosa predominante y/o presencia de displasia de alto grado y/o tamaño > 10 mm. Las siguientes variables fueron comparadas entre sujetos con y sin adenomas avanzados: edad (< o > 45 años), sexo, sobrepeso/obesidad, tabaquismo, antecedente familiar de cáncer colorrectal de primer grado, uso de aspirina. Se realizó un análisis univariado, para luego incluir aquellas variables con un valor de p < 0.1 en un modelo de regresión logística para el análisis multivariado.

Resultados: Se incluyeron 856 pacientes. El motivo más frecuente de realización de colonoscopia fue la presencia de antecedente familiar de cáncer colorrectal (32%). La prevalencia de adenomas avanzados fue del 5.95%. En el análisis univariado, el sexo masculino [OR 2.11 (1.19-3.75)], la obesidad [OR 2.2 (1.3-3.57)], el tabaquismo [OR 1.7 (1.02-2.8)] y el antecedente familiar de primer grado de cáncer colorrectal [OR 1.94 (1.16-3.23)] se asociaron a un riesgo significativo de adenomas avanzados. En el análisis multivariado, sólo el sexo masculino, la obesidad y el antecedente familiar de primer grado se asociaron en forma independiente con el riesgo de presentar al menos un adenoma avanzado.

Conclusión: En pacientes entre 40-49 años de edad, la prevalencia de adenomas avanzados fue relativamente baja. Sin embargo, factores de riesgo como el sexo, la obesidad y el antecedente familiar de primer grado de cáncer colorrectal se asociaron en forma significativa con su presencia. Aquellos pacientes con estos factores de riesgo podrían beneficiarse de una pesquisa temprana.

## TO-0-010

### EL USO DE ASPIRINA SE ASOCIA A UNA MENOR PREVALENCIA DE ADENOMAS DE COLON EN PACIENTES CON RIESGO ESTÁNDAR DE CÁNCER COLORRECTAL

Caniggia, D.; Spallone, L.; Lasa, J.; Gandara, S.; Leibovich, N.; Apesteguía, A.; Berman, S.; Zagalsky, D.  
Servicio de Gastroenterología. Instituto Quirúrgico del Callao. Buenos Aires, Argentina

Introducción: La aspirina podría ejercer un efecto protector del desarrollo de lesiones neoplásicas de colon. Sin embargo, los resultados de los estudios al respecto son contradictorios, probablemente secundario a la heterogeneidad de sus diseños y de la población estudiada.

Objetivo: Comparar la prevalencia de adenomas de colon en pacientes con y sin consumo crónico de aspirina.

Materiales y Métodos: Entre Enero de 2012 y Enero de 2015 se enrolaron en forma prospectiva pacientes mayores de 50 años sometidos a colonoscopia por pesquisa de cáncer colorrectal. Fueron excluidos pacientes con síntomas gastrointestinales, antecedentes personales o familiares de lesiones neoplásicas de colon, enfermedad inflamatoria intestinal. El consumo crónico de aspirina fue definido como consumo de al menos 81 mg 6 meses o más previos a la colonoscopia. Se compararon las prevalencias de pólipos de colon, adenomas y adenomas avanzados entre consumidores y no consumidores de aspirina. Se registraron variables demográficas, tabaquismo y obesidad como factores de riesgo de lesiones neoplásicas de colon.

Resultados: Se enrolaron 1388 pacientes. De ellos, 16.9% consumían en forma crónica aspirina. No se encontraron diferencias en cuanto a las variables demográficas entre consumidores y no consumidores. La prevalencia de pólipos fue significativamente menor en los pacientes consumidores de aspirina [17.45% vs 27.41%, OR 0.56 (0.38-0.81)]. Asimismo, la prevalencia de adenomas fue significativamente menor [12.77% vs 19.43%, OR 0.61 (0.41-0.91)]. Estas diferencias se mantuvieron en el análisis multivariado. Se encontró una tendencia a menor prevalencia de adenomas avanzados en el grupo consumidor de aspirina [OR 0.9 (0.62-1.21)], sin una significancia estadística.

Conclusión: El consumo crónico de aspirina se asoció a una menor prevalencia de adenomas de colon en pacientes con riesgo estándar sometidos por primera vez a una colonoscopia de pesquisa.

## TO-0-012

### PRECISIÓN DEL TEST INMUNOLÓGICO DE SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL EN INDIVIDUOS DE RIESGO PROMEDIO DE CÁNCER COLORRECTAL: UN ESTUDIO PROSPECTIVO UTILIZANDO COLONOSCOPIA COMO TEST DE REFERENCIA

Pereyra, L. (1) (2); Gómez, E.J. (1) (2); Omodeo, M. (1) (2); González, R.A. (1) (2); Roel, M. (1) (2); Bun, M. (2); Lencinas, S. (2); Rotholtz, N. (2); Miravalle, R. (3); Ualdri, U. (3); Pedreira, S.C. (1) (2); Cimmino, D.G. (1) (2); Boerr, L.A. (1) (2)

(1) Servicio de Gastroenterología, Hospital Alemán, C.A.B.A., Argentina. (2) Servicio de Endoscopia Digestiva, Hospital Alemán, C.A.B.A., Argentina. (3) Centro Privado de Cirugía y Coloproctología, C.A.B.A., Argentina

Introducción. El cáncer colorrectal (CCR) representa el tercer cáncer más frecuente en el mundo y la segunda causa de muerte por cáncer en Argentina. El test de sangre oculta en materia fecal inmunológico (SOMFi) presenta características que lo convierten en una herramienta ideal para llevar a cabo programas poblacionales de pesquisa de CCR. Sin embargo, en nuestro país, no ha sido evaluada la precisión diagnóstica de este método a través de un adecuado diseño de investigación.

Objetivos. Evaluar la precisión diagnóstica de una muestra única del test SOMFi en una población de riesgo promedio para CCR. Determinar la prevalencia de LNA y CCR en dicha población.

Materiales y métodos. En forma prospectiva, individuos asintomáticos con riesgo promedio para CCR, fueron invitados a proveer una muestra de materia fecal en la entrevista previa a la colonoscopia de pesquisa. Se utilizó el test SOMFi cualitativo desarrollado por ABONMR Biopharm (Hangzhou, China). El resultado del test SOMFi fue comparado en forma ciega e independiente con los hallazgos de la colonoscopia (test de referencia o patrón oro). Se calculó la tasa de positividad y la precisión diagnóstica (sensibilidad [S], especificidad [E]), valores predictivos positivo [VPP] y negativo [VPN], coeficientes de probabilidad positivo [LR+] y negativo [LR-] del test SOMFi, así como también se determinó la prevalencia de LNA (tamaño > 1 cm, displasia de alto grado y/o > 25% de componente vellosa) y CCR.

Resultados. Un total de 200 individuos entregaron la muestra de materia fecal para realizar el test SOMFi y completaron la colonoscopia. La edad media de los pacientes fue de 58.3 (30-85) años y 112 (56%) fueron hombres.

Al menos una LNA fue diagnosticada en 12 (6%) individuos y 3 (1.5%) presentaron CCR.

El test SOMFi fue positivo en 43 (21%) individuos. La tasa de positividad del test SOMFi en relación con los hallazgos endoscópicos fue: 20% en sujetos con colonoscopia normal, 23% en pólipos hiperplásicos, 12% en adenomas serratos sésiles, 30% en adenomas convencionales de bajo riesgo, 50% LNA y 67% en CCR. Un caso de CCR T1 N0 M0 no fue detectado por el test. Precisión del test SOMFi para detectar LNA: S 50% (IC 95% 23-77), E 80% (IC 95% 78-82), VPP 14% (IC 95% 6-21), VPN 96% (IC 95% 94-98), LR+ 2.5 (IC 95% 1.1-4.3), LR- 0.6 (IC 95% 0.3-1). Para detectar CCR: S 67% (IC 95% 13-98), E 79% (IC 95% 78-80), VPP 5% (IC 95% 1-7), VPN 1% (IC 95% 0.9-1.1), LR+3.2 (IC 95% 0.6-4.8), LR- 0.4 (IC 95% 0.02-1.1).

Conclusiones. Una única ronda del test SOMFi demostró una baja sensibilidad para detectar LNA y CCR en población de riesgo promedio que concurre a realizar colonoscopia de pesquisa. La información que aporta este estudio puede ser de gran utilidad para planificar programas de pesquisa de CCR en la población de Argentina.

Conflictos de interés: El estudio fue realizado con fondos provenientes de una beca otorgada por el Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud de La Nación.

## TO-0-013

### PREVALENCIA Y FACTORES ETIOLÓGICOS DEL CÁNCER COLORRECTAL DE INTERVALO: CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DE ACCESO ABIERTO

Bolino, M.C.; Sánchez, C.A.; Escobar, A.; Dumonceau, J.M.; Cerisoli, C.; Caro, L. Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica, GEDyT, Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** La detección temprana del cáncer colorrectal (CCR) mejora la supervivencia. Actualmente, hay guías nacionales e internacionales para el rastreo de adenomas y de CCR, así como para la vigilancia post polipsectomía. La videocolonoscopia (VCC) es uno de los métodos recomendados para esta estrategia y su eficacia depende de la calidad del procedimiento y experiencia del operador. Sin embargo, aún con VCCs de alta calidad y endoscopistas entrenados, hay pacientes que desarrollan CCR de intervalo (IV). Varios factores etiológicos han sido estudiados para estas neoplasias.

**Objetivos:** 1. Estimar la prevalencia del CCR IV en nuestra población. 2. Describir sus factores etiológicos.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron consecutivamente adultos remitidos para VCC. Estudios incompletos a excepción de neoplasias estenosantes, limpieza inadecuada (Boston <5), alto riesgo para CCR (síndromes hereditarios, enfermedad inflamatoria intestinal (EII), historia personal de CCR) y cirugías colónicas fueron criterios de exclusión. El estudio se desarrolló en un centro de gastroenterología y endoscopia entre noviembre, 2009 y mayo, 2014. Diseño: retrospectivo, descriptivo y transversal.

**Procedimientos:** 1) VCC: bajo sedación con propofol y equipos Olympus. La limpieza se realizó con PEG o fosfatos c/sin bisacodilo, y fue medida con la escala de Boston. 2) CCR IV: a) Lesión sub-diagnoscópica-verdadero CCR IV: detectado dentro de los 60 meses de la VCC índice, y b) Lesión nueva: detectada luego de 60 meses de VCC índice sin lesión previa en el mismo segmento basal. Los otros casos de CCR fueron considerados como CCR prevalentes (CCR P). La etiología del CCR IV se clasificó como a) Relacionada a la endoscopia: limpieza inadecuada, resección incompleta, lesiones perdidas; y b) Relacionada a factores biológicos: lesiones nuevas.

**Ética:** los pacientes firmaron el consentimiento informado antes de las VCCs. Análisis estadístico: VCCS-TAT 2.0. IC95%. Chi2; Student.

**Resultados:** se incluyeron 45,362 pacientes; tasa de intubación cecal: 96%; Tasa de detección de Adenomas: 18%. La prevalencia global de CCR: 1.2% (IC95% 1.1-1.3; 522/45,362) y del CCRIV: 2,9% (IC95% 1.7-4.8; 15/522); tiempo promedio entre VCC índice y el diagnóstico del CCR IV: 21 meses (7-48). Los pacientes con CCR IV tenían más historia positiva de pólipos ( $p < 0.05$ ); la edad, sexo, historia familiar de CCR, y la diverticulosis fueron similares en ambos grupos ( $p = ns$ ). Las características endoscópicas de CCR de ambos grupos se describen en la tabla. 2. Los factores etiológicos relacionados con la endoscopia fueron los predominantes: lesiones perdidas (67%), resección incompleta (27%) y limpieza inadecuada (6%).

**Conclusiones:** La prevalencia del CCR IV fue comparable con los datos de la literatura. Factores relacionados con la endoscopia fueron su causa más común. La medición de los indicadores de calidad y la capacitación de los endoscopistas serían áreas de mejora para reducir la incidencia de estas neoplasias.

Características endoscópicas de prevalencia y IV CCR:

|               | CCR prevalentes (%)    | CCR IV n (%) | p  |
|---------------|------------------------|--------------|----|
| Morfología    | Lesión elevada 64 (13) | 3 (20)       | ns |
|               | Vegetante 152 (30)     | 3 (20)       | ns |
|               | Ucúlar 15 (3)          | 1 (7)        | ns |
|               | Estenosante 168 (33)   | 3 (20)       | ns |
| Polipoides    | 108 (21)               | 5 (33)       | ns |
|               | 36x1.41                | 22.4x11.35   |    |
| Tamaño (mm) x | 36x1.41                | 22.4x11.35   |    |
| Localización  | C proximal 128 (25)    | 6 (40)       | ns |
|               | C distal 379 (75)      | 9 (60)       | ns |
| Total         | 507                    | 15           |    |

## TO-0-015

### PROFILAXIS DE LA PANCREATITIS AGUDA POST-CPRE MEDIANTE EL USO DE STENT PANCREÁTICO

Pierini, A.; Imhof, H.; Osella, F.; Bonsembiante, N.; Fernández, P.

**Introducción:** La pancreatitis aguda es la complicación más frecuente de la colangiografía endoscópica retrógrada, con una incidencia que varía entre el 2 y 9% en pacientes no seleccionados y alcanza hasta el 40% en grupos de alto riesgo. Representando los casos graves del 0.3 al 0.6%.

**Objetivos:** Analizar si el uso de stent pancreático reduce la incidencia y gravedad de la pancreatitis post-CPRE.

**Material y métodos:** Se realizó un trabajo prospectivo, randomizado en el periodo comprendido entre enero de 2013 y Enero de 2015, donde se realizaron 960 CPRE. En nuestra serie 75 pacientes cumplían los criterios de inclusión seleccionados para la colocación de stent pancreático: canulación dificultosa de la vía biliar y canulación del conducto de Wirsung en más de 3 oportunidades, sexo femenino, pacientes jóvenes.

**Resultados:** Los 75 pacientes que cumplían los criterios de inclusión se dividieron en dos grupos. Dentro del grupo de pacientes a los que se les colocó stent pancreático (38), solo una paciente tuvo pancreatitis aguda leve constatada por clínica e hiperamilasemia, que requirió internación por 48 hs con muy buena evolución. Dentro del grupo de pacientes a los que no se le colocó stent pancreático (37), se presentaron 6 casos de pancreatitis aguda, de los cuales 4 casos se escorizaron como leves y 2 casos de pancreatitis aguda severa, de las cuales una presentó como complicación local un pseudoquistes que posteriormente requirió tratamiento endoscópico.

## TO-0-014

### ¿CUÁLES SON LOS COSTOS Y LOS RIESGOS DE REUTILIZAR MATERIALES MÉDICOS DESCARTABLES EN COLANGIOGRAFÍA ENDOSCÓPICA? ESTUDIO DE MINIMIZACIÓN DE COSTOS

Matano, R.; Guidi, M.; Hwang, H.J.; Curvale, C.; Matwis, S.; Schenone, V.; Barcos, A.; Cuenca, S.; Zagalsky, D.

Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor C. Kirchner. Florencio Varela, Argentina

**Introducción:** La reutilización es definida como el uso de materiales médicos mayor cantidad de veces que las especificadas por el fabricante. La reutilización está precedida siempre por una maniobra de reprocesamiento. En Argentina contamos con legislación que avala el reprocesamiento de materiales médicos si se garantiza la atoxicidad, la esterilidad y la funcionalidad.

**Objetivos:** 1) Comparar los costos totales generados por la reutilización de materiales médicos con los costos potenciales de descartar el instrumental en cada colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) en un periodo de tres meses, 2) analizar la tasa de reutilización de cada material basado en su funcionalidad, 3) analizar las complicaciones relacionadas con el uso de materiales reutilizados.

**Materiales y métodos:** Se analizaron de manera prospectiva todas las CPREs realizadas en un periodo de tres meses en un hospital público de tercer nivel donde la reutilización de materiales médicos es usual. Se evaluaron los siguientes materiales: esfinterotomías, guías hidrofílicas, balones extractores, canastillas, cuchillos de precorte y balones dilatadores. Los costos de cada material fueron obtenidos del listado de licitación (Junio 2014). El costo del reprocesamiento fue determinado por el Departamento de Investigaciones Económicas del hospital. La funcionalidad de los materiales fue definida como la capacidad de cumplir con su función original. Un observador neutral determinó la funcionalidad de los materiales después de cada procedimiento. Se realizó un análisis de minimización de costos comparando la estrategia de reutilización con la de uso único. Para el análisis de las variables cuantitativas no paramétricas se utilizó el test de Mann-Whitney.

**Resultados:** Se realizaron 144 CPREs desde el 1 de junio 2014 hasta el 31 de agosto de 2014: se logró canulación de la vía biliar en todos los pacientes con esfinterotomía y guía (se realizó precorte en 24 pacientes); 20 casos requirieron dilatación papilar; las litiasis fueron extraídas con balón extractor y con canastilla en 72 y 24 casos, respectivamente. La reutilización de materiales médicos (tabla 1) generó un costo trimestral de US\$ 10943 (costo promedio US\$ 76 por CPRE). El costo trimestral potencial de la estrategia de descartar de materiales hubiera sido de US\$ 126280. Comparando ambas estrategias se generó una diferencia estadísticamente significativa en la reducción de costos ( $p < 0.001$ ), reducción aproximada del 90% del costo total con la estrategia de reutilización. No se registraron complicaciones relacionadas a la reutilización de materiales.

**Conclusiones:** En nuestra cohorte, con la reutilización de materiales de CPRE se logró una reducción significativa de costos sin afectar los resultados de los procedimientos ni incrementar las complicaciones. La estrategia de reutilización es una medida de minimización de costos válida, sobre todo, en países en desarrollo o en aquellos con restricción de importaciones.

| Materiales            | Número de materiales utilizados | Costo promedio por material (US) | Promedio de reuso por material | Reuso: costo trimestral por material (US) | Costo potencial total SIN reuso por material (US) | Reducción de costo por material (US) | Valor de p (Test de Mann-Whitney) |
|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---|---|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Esfinterotomías       | 9                               | 314.4                            | 16                             | 2830                                      | 45274   | 42444                                | < 0.001                           |
| Guías hidrofílicas    | 12                              | 266.7                            | 12                             | 3200                                      | 38405   | 35205                                | < 0.001                           |
| Canastillas           | 3                               | 409.7                            | 8                              | 1229                                      | 9853  | 8624                                 | < 0.001                           |
| Balones extractores   | 4                               | 238                              | 18                             | 862                                       | 17136   | 16274                                | < 0.001                           |
| Balones dilatadores   | 5                               | 428.8                            | 4                              | 2144                                      | 8676  | 6432                                 | < 0.001                           |
| Cuchillos de precorte | 2                               | 294                              | 12                             | 588                                       | 7056  | 6468                                 | < 0.001                           |

## TO-0-016

### ADENOMAS SERRATOS TRADICIONALES: DIME CON QUIEN ANDAS Y TE DIRÉ QUIEN ERES

Pereyra, L.; Gómez, E.J.; Omodeo, M.; Luna, P.; Mella, J.M.; González, R.; Panigadi, G.N.; Fischer, C.; Pedreira, S.C.; Cimmino, D.G.; Boerr, L.A.

Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** El adenoma serrato tradicional es considerado una lesión preneoplásica, siendo el menos frecuente de los pólipos aserrados de colon. Por este motivo existe poca evidencia acerca de la prevalencia de displasia de alto grado (DAG) y adenocarcinoma en estas lesiones así como su asociación con cáncer colorrectal (CCR) y otros tumores malignos.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de DAG y adenocarcinoma. Establecer la asociación con lesiones neoplásicas sincrónicas (LNS), metacrónicas (LNM) y otros tumores malignos en pacientes con adenomas serratos tradicionales (AST).

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo utilizando la base de datos electrónica de un Hospital de Comunidad. Se incluyeron aquellos pacientes que fueron sometidos a videocolonoscopia (VCC) con polipectomía entre enero de 2003 y septiembre de 2014. Se evaluaron antecedentes personales y familiares de CCR y otros tumores malignos. El diagnóstico de AST se basó en la presencia de glándulas aserradas, eosinofilia citoplasmática y criptas ectópicas. Se definió LNS a la presencia de adenomas, adenomas serratos sésiles (ASS) cáncer o lesión neoplásica avanzada (LNA) (>1cm, DAG o >75% de componente vellosos) en la misma VCC. Aquellas lesiones diagnosticadas luego de 12 meses de la VCC índice fueron consideradas LNM. Se realizó análisis multivariado buscando predictores independientes de DAG, cáncer, LNS y LNM en pacientes con AST. **Resultados:** En total se incluyeron 89 pacientes con 101 AST. La prevalencia de AST fue de 0.45% (101/ 22000 VCC). La edad media fue de 62 años (32-90) y 55% fueron hombres. En relación a la historia personal o familiar de tumores malignos: 4/89 pacientes (4.5%) presentaron antecedentes personales de CCR y 12/89 (13%) historia familiar de CCR; 8/89 pacientes (9%) antecedente personal de neoplasia (4/8 cáncer de pulmón y 4/8 cáncer de piel), 1/89 pacientes (2%) poliposis adenomatosa familiar y 7/89 (9%) cumplieron criterios de la WHO de síndrome de poliposis serrata. Respecto a las características de los AST, el tamaño promedio fue de 9.61 mm (5-45) y la localización más frecuente fue colon izquierdo 89/101(88%). La morfología más frecuente fue sésil 63/101(62 %) y pediculado 33/101(33%). Presentaron DAG 6/101(6%). Las LNS fueron adenomas en el 39%, ASS en el 35%, LNA en el 19% y adenocarcinoma en el 4.5%. Durante la vigilancia se evidenciaron ASS en el 25%, adenomas en el 31%, LNA en el 44% y adenocarcinoma en el 0%. En el análisis multivariado el tamaño de los pólipos >20 mm fue el único predictor independiente de DAG (OR 25 IC 3.10-249, p 0.0001). No se identificaron predictores independientes de LNS y LNM.

**Conclusión.** Los AST son poco prevalentes pero dado su frecuente asociación con CCR sincrónico y metacrónico, síndrome de poliposis intestinal y otros tumores malignos es fundamental su sospecha y detección durante la colonoscopia.

## TO-O-017

**RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE LA LIMPIEZA COLÓNICA Y LA CANTIDAD DE PÓLIPOS ENCONTRADOS EN LAS VIDEOCOLONOSCOPIAS REALIZADAS POR PESQUISA DE CÁNCER COLORRECTAL. EXPERIENCIA DE UN CENTRO**  
Maruelli, S.; Campos, L.; Chiriano, F.; Kidd, M.; Licciardello, M.; Notari, L.; Pérez Esteban, N.; Tosti, R.; Trucco, A.; Villalba, M.; Colombo, P.

**Introducción.** La mayoría de los cánceres colorrectales (CCR) ocurren luego de la transformación de adenomas en carcinomas. Las tasas de prevalencia de adenomas, CCR y neoplasias avanzadas aumentan en individuos a partir de los 50 años de edad. La videocolonoscopia (VCC) y polipectomía reducen la mortalidad relacionada al CCR. La precisión diagnóstica de la VCC requiere la visualización minuciosa de la mucosa del colon, lo que hace de la preparación intestinal un elemento vital para realizar el procedimiento.

**Objetivos.** Demostrar si en nuestro centro existe relación entre la calidad de la limpieza colónica y la cantidad de pólipos encontrados en VCC realizadas por pesquisa de CCR, expresada como tasa de detección de pólipos (TDP). Determinar la tasa de detección de adenomas (TDA) promedio de los médicos endoscopistas intervinientes.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo y observacional, en el cual se incluyeron en forma consecutiva todos los pacientes con riesgo habitual de CCR, que se realizaron una VCC programada por pesquisa, entre enero y diciembre de 2014. Para la categorización de la limpieza colónica se utilizó la escala de preparación intestinal de Boston (BBPS). Se determinó la TDP para estudios con una puntuación  $< 5$  y  $\geq 5$  de la BBPS y la TDA promedio de los endoscopistas intervinientes.

Para el análisis de los datos se utilizó el MedCalc versión 11.2.1.0. Los datos fueron informados como valores medios  $\pm$  desvío estándar o mediana y rango, según correspondiera. La comparación de los resultados entre los diferentes grupos se realizó utilizando Chi2 o el test exacto de Fischer.

Un valor de  $p < 0.05$  se consideró estadísticamente significativo. **Resultados:** Se incluyeron 314 pacientes, 186 (59.2%) del sexo femenino. La TDP fue 4.5% con BBPS  $< 5$  y 27.4% con BBPS  $\geq 5$ , frente a TDP descriptas en la bibliografía de 24 y 40%, respectivamente, mostrando una diferencia estadísticamente significativa en ambos casos ( $p < 0.0001$ ). La TDA fue 20.1%, 17.7% para el sexo femenino y 23.4% para el sexo masculino, frente a TDA descriptas en la bibliografía de 20%, 15% y 25%, respectivamente, no mostrando en ninguno de los casos diferencias estadísticamente significativas ( $p = NS$ ).

**Conclusiones:** La precisión diagnóstica de la VCC requiere la visualización minuciosa de la mucosa del colon, lo que hace de la preparación intestinal un elemento vital para realizar el procedimiento. La TDA es un marcador que refleja la calidad de la preparación, el índice de VCC completas, el tiempo de retirada y la dedicación del endoscopista. Si bien las TDA encontradas no mostraron diferencias con las publicadas en la literatura, existieron diferencias estadísticamente significativas en las TDP. Esto podría estar relacionado con otros marcadores de calidad que no fueron tenidos en cuenta en el estudio, como la experiencia del endoscopista, su dedicación en la visualización, tiempos de inserción y de retirada.

## TO-P-001

**COLITIS ASOCIADA A GLUTARALDEHIDO. REPORTE DE UN CASO**

Cejas, A.A.; Herrera, N.; Arias, P.  
Sanatorio Modelo-Tucumán- Argentina

**Introducción:** La aparición de colitis asociada a glutaraldehído es infrecuente y no exclusiva de la desinfección manual de los endoscopios. El cuadro clínico se presenta con dolor abdominal, tenesmo, diarrea mucosanguinolenta que aparece dentro de las 48 horas posteriores a la colonoscopia. Los síntomas remiten de forma espontánea en 2-5 días sin tratamiento. No parecen existir factores predisponentes, pero se ha apreciado en individuos jóvenes. La lesión tisular esta ocasionada por el contacto directo del desinfectante con la mucosa durante el procedimiento.

**Objetivo:** presentar un caso clínico de colitis química asociada a glutaraldehído.

**Materiales y métodos:** paciente de 25 años sexo masculino con antecedente de videocolonoscopia reciente cuyo motivo de realización fue cambio del hábito evacuatorio, con resultados de estudio endoscópico normal, inicia sintomatología a las 8 hs. posteriores al estudio con dolor abdominal, pujo, tenesmo y hematoquezia, se interna el paciente y se realiza al día siguiente nueva videocolonoscopia que informa: mucosa de colon derecho hasta línea pectinea áreas de eritema marcado, friable con exudado, moco, y pérdida de trama vascular con sangrado fácil al contacto compatible con colitis isquémica

**Resultados:** paciente evoluciona favorablemente sin tratamiento.

**Conclusiones:** la colitis por glutaraldehído es probablemente una entidad más frecuente de lo referido en la bibliografía ya que al tratarse de síntomas leves y autolimitados se subdiagnostica. En nuestro caso, la identificación de esta complicación ha originado mayor control de métodos de desinfección.

## TO-O-018

**FACTORES DE RIESGO DE PROGRESIÓN A DISPLASIA DE ALTO GRADO Y ADENOCARCINOMA EN PACIENTES CON ESÓFAGO DE BARRETT Y DISPLASIA DE BAJO GRADO DURANTE LA VIGILANCIA ENDOSCÓPICA**

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

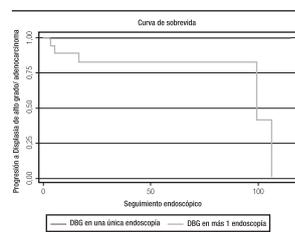
**Introducción:** El desarrollo de adenocarcinoma (ACE) en pacientes con Esófago de Barrett (EB) es un proceso gradual de progresión desde la displasia de bajo grado (DBG), a la displasia de alto grado (DAG) y eventualmente al ACE. Sin embargo, la mayoría de las pacientes con EB no desarrollarán displasia o ACE durante su vida. Por lo tanto, identificar los factores de riesgo y conocer la tasa de progresión es importante para poder realizar una estrategia de vigilancia más racional, estratificando a los pacientes según su riesgo individual.

**Objetivo:** Identificar los factores de riesgo y determinar la tasa de progresión a DAG o ACE en pacientes con EB y DBG durante la vigilancia endoscópica.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional de cohorte longitudinal. Los pacientes con diagnóstico de EB y DBG entre enero de 2004 y octubre de 2014 fueron identificados de la base de datos electrónica de un Hospital de Comunidad. Aquellos pacientes con al menos dos endoscopias de seguimiento fueron incluidos. Se evaluaron datos clínicos y demográficos (edad, sexo, historia personal o familiar de EB, ACE u otra neoplasia, índice de masa corporal y estatus tabáquico), características endoscópicas del EB (presencia de hernia hiatal, de nódulo o lesión endoscópicamente visible, longitud) y la persistencia de DBG (más de 1 endoscopia con DBG). Se utilizó el test de Chi cuadrado para comparar las variables categóricas para estimar el riesgo de desarrollar DAG o ACE. El riesgo fue expresado en Hazard ratio (HR) con su correspondiente intervalo de confianza de 95% (IC 95%) y un valor de  $p < 0.05$  se consideró estadísticamente significativo.

**Resultados:** De un total de 210 pacientes con EB, 42 (20%) con DBG cumplieron los criterios de inclusión. La edad media fue de 61 (37-93) años y 69% fueron hombres. El tiempo medio de seguimiento fue de 42 meses (DS+/ - 31). Cinco pacientes progresaron a DAG (5/42; 12%) y ninguno a ACE (0%). El tiempo medio de progresión fue de 40 meses (DS+/ - 31). El riesgo de progresión a DAG o ACE fue mayor en pacientes con DBG persistente (5/18 pacientes, 28% vs. 0/24, 0%; HR 9.2, IC 95% 1.02-1248;  $p: 0.007$ ) (Figura 1) y en aquellos de edad avanzada ( $> 65$  años) (4/15 pacientes, 27% vs. 1/27 4%; HR 9, IC 95% 1.01-250;  $p: 0.03$ ).

**Conclusión:** La edad avanzada y la DBG persistente identifican a aquellos pacientes que presentan un riesgo incrementado para desarrollar DAG o ACE. Estos hallazgos podrían sugerir acortar los intervalos de vigilancia en este grupo de pacientes.



## TO-P-002

**INTERVALO ENTRE LA INGESTA DE LA PREPARACIÓN Y LA VIDEOCOLONOSCOPIA: EXISTE ALGUNA DIFERENCIA EN LA LIMPIEZA COLÓNICA ENTRE EL INTERVALO ESTÁNDAR VS. EL ACORTADO?**

Sciangua, M.; Sánchez, C.N.; Canseco, S.; Tawil, J.; Durand, L.; Bolino, M.C.; Dumonceau, J.M.; Caro, L.; Cerisoli, C.  
Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica, GEDyT, Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** La efectividad de la videocolonoscopia (VCC) se ve afectada directamente por la calidad de limpieza colónica. Si ésta es inadecuada, el rédito diagnóstico disminuye. Diversos estudios han evaluado la calidad de la limpieza intestinal, sin embargo, un número sustancial de pacientes todavía están inadecuadamente preparados al momento de la VCC (9 - 67%). Los trabajos que evaluaron los intervalos entre el fin de la ingesta de la preparación y la VCC evidenciaron mejor limpieza con intervalos más cortos. Algunos autores objetivaron que por cada hora adicional de espera la probabilidad de tener una valoración buena o excelente de limpieza disminuye casi en 10 %.

**Objetivo:** Comparar si la limpieza colónica fue mejor en los pacientes cuyo intervalo entre el fin de la ingesta de la preparación y la realización de VCC fue acortado vs. Intervalo estándar. **Materiales y métodos:** Se incluyeron adultos referidos para VCC por rastreo de Cáncer Colorrectal (CCR). Se excluyeron los pacientes con insuficiencia renal crónica, cardíaca, hipertensión arterial no controlada, enfermedad cerebrovascular con discapacidad severa y/o alcoholismo. Los estudios se realizaron en un centro ambulatorio de endoscopia, en el período 2012-2013. Diseño: comparativo con control histórico, observacional y transversal.

**Procedimientos:** la preparación consistió en 2 litros de una solución isosmótica Polietilenglicol (PEG) en dosis no fraccionada, asociado a 20 mg de bisacodilo y la limpieza colónica se valoró con la escala de Boston. La población se seleccionó aleatoriamente en dos grupos: G1 (control histórico): intervalo estándar: intervalo entre fin de toma y VCC: 11 a 15 hs. y G2: intervalo acortado: 4 a 8 hs. **Reparos éticos:** el estudio fue aprobado por el comité de Bioética institucional. **Análisis estadístico:** VCCSTAT 2.0. Student y Chi cuadrado. **Resultados:** Se incluyeron 199 pacientes (G1: n: 100 y G2: n: 99); predominó sexo femenino (55%); edad promedio: 59.32  $\pm$  10.17. La tasa de intubación cecal (TIC) fue 96%, y la tasa de detección de adenomas (TDA) global fue 25%. Las características demográficas, TIC y TDA de ambos grupos se describe en la tabla. G1 presento Boston: 7.68 y G2: 7.57, sin diferencias estadísticamente significativas ( $p > .05$ ).

**Conclusiones:** La limpieza colónica no fue diferente entre el grupo que realizó intervalo estándar y el que acortó el intervalo. Teniendo en cuenta la evidencia disponible en la literatura sería útil aumentar el tamaño muestral para confirmar los resultados.

|  | Grupo 13hs (n = 100) | Grupo 6hs (n = 99) | p   |
|--|----------------------|--------------------|-----|
| Edad M(DE)   | 59.06 (10.00)        | 59.56 (10.37)      | 732 |
| Sexo masculino %(n)                                | 49 (49)              | 39.4 (39)          | 172 |
| Indicación de screening de cáncer colorrectal %(n) |                      |                    |     |
| - Sin antecedentes familiares                      | 86 (86)              | 87.9 (87)          |     |
| - Antecedentes familiares de 1er grado             | 14 (14)              | 10.1 (10)          |     |
| - Antecedentes familiares de 2do grado             | 0 (0)                | 2 (2)              |     |
| Llegada a ciego %(n)                               | 97 (97)              | 94.9 (94)          | 498 |
| Histología: Adenomas %(n)                          | 80 (20)              | 88.9 (24)          | 458 |

## TO-P-003

### ESTUDIO COMPARATIVO DE PREVALENCIA DE *Helicobacter pylori* EN PACIENTES CONSUMIDORES Y NO CONSUMIDORES DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES: INFORME PRELIMINAR

Fuster, M.; Bosh, J.; Del Cantare, M.E.; Scheridan, P.; Canseco, S.; Durand, L.; Bolino, M.C.; Dumonceau, J.M.; Cerisoli, C.; Caro, L.

Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica, GEDyT, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El *Helicobacter pylori* (Hp), uno de los agentes causales de úlcera péptica y precursor de cáncer gástrico, afecta al 50% de la población mundial. Los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) al aumentar el Ph gástrico disminuyen la carga bacteriana, subdiagnosticando la infección. Así, el consenso de Maastrich IV recomienda suspender su ingesta al menos 2 semanas previo al rastreo de Hp. Esta condición no siempre puede implementarse pues la pesquisa puede ser motivada por el hallazgo endoscópico al momento del estudio. Objetivo: Comparar la proporción de Hp entre pacientes consumidores y no consumidores de IBP. Materiales y métodos: Se incluyeron consecutivamente adultos  $\geq 18$  años que realizaron VEDA con biopsia para Hp en un centro ambulatorio de gastroenterología entre marzo 2013 y mayo 2015. Tratamiento con ATB e IBP asociados, 4 semanas previas al estudio, cirugías esófago gastroduodenales y evaluación insuficiente fueron criterios de exclusión.

Diseño: estudio de casos y controles y de corte transversal.

Procedimientos: Se registró tipo, dosis, tiempo de consumo de IBP y tratamiento erradicador previo. Las VEDAs se realizaron bajo sedación con propofol y con equipos Olympus. Se tomaron dos muestras de antró y dos de cuerpo. Las indicaciones de biopsia fueron: pesquisa, gastropatía no erosiva (pliegues gástricos prominentes, nodularidad o congestión mucosa), erosiones, atrofia gástrica y úlceras gastroduodenales. Las biopsias fueron teñidas con HE y/o Giemsa. Se consideró como "Consumidor de IBP" a todos los pacientes que hayan recibido dicha medicación incluyendo a los que lo hayan suspendido hasta 48 hs. previas al procedimiento. Reparos éticos: el protocolo fue aprobado por el comité de Bioética local. Análisis estadístico: VCCSTAT 2.0. IC95%; X2. Resultados: se incluyeron 158pacientes; edad media: 51,57 $\pm$ 15,04(18-85); sexo femenino (60%; n: 95). Consumieron IBP62 pacientes (39%); omeprazol 47% (n: 29); pantoprazol 22,5% (n: 14); esomeprazol 22,5% (n: 14); lansoprazol 5% (n: 3) y rabeprazol 3% (n: 2). La mayoría (76%, n: 47) consumió dosis estándar y el 55% (n: 34) lo hizo por  $>30$  días. La presencia de Hp no fue diferente en ambos grupos (6,4% (4/62) vs. 14,6% (14/96); p=ns). Realizaron tratamiento erradicador previamente 23 pacientes (14%); de ellos la mayoría 65% (n: 15) eran consumidores de IBP; 17% (n: 4) tenían Hp+. Globalmente la indicación de toma de biopsia fue más frecuente por el hallazgo endoscópico (60%; n: 95). Las indicaciones para la toma de biopsia en ambos grupos se registran en la tabla.

Conclusiones: la presencia de Hp fue similar en ambos grupos. La indicación de toma de biopsia para detección de Hp más frecuente fue por gastropatíaerosiva. Considerando la evidencia en la literatura mundial cremos necesario aumentar el tamaño muestral para confirmar estos resultados.

Tabla: Indicaciones para la toma de biopsia.

| Indicación de biopsia            | Consumidores (%) | No consumidores (%) |
|----------------------------------|------------------|---------------------|
| Pesquisa de Hp                   | 27 (43.5)        | 36 (37.5)           |
| Hallazgo endoscópico             | 1 (1.61)         | 1 (1.04)            |
| Úlcera                           |                  |                     |
| Gastropatía/duodenopatía Erosiva | 32 (51.61)       | 55 (57.29)          |
| Gastropatía No Erosiva           | 2 (3.22)         | 4 (4.16)            |
| Total                            | 62               | 96                  |

## TO-P-005

### RESOLUCIÓN DE CUADRO OBSTRUCTIVO BILIAR POR ÁSCARIS CON EPISODIO DE SHOCK NEUROGÉNICO EN GESTANTE DEL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Romaña Murga, J.R.; Herrera Babot, G.W.; Aleman, M.A.; Cejas, A.A.; Casen, A.; Puchulu, B.

Hospital Centro de Salud Zenón Santillán, Sanatorio Modelo, Tucumán-Argentina

Introducción: El áscaris lumbricoides representa el nematode más grande del intestino humano y frecuente en el norte argentino, regiones tropicales y subtropicales con abundantes lluvias donde existen deficiencias en el saneamiento ambiental, malas condiciones higiénico alimentarios provocando infestación intestinal.

En la provincia de Tucumán zonas prevalentes son Trancas, Cruz Alta, Famaillá, Aguilares, Chicligasta, Monteros, Yerba Buena y Capital.

Objetivos: reportar caso clínico de paciente con colestasis y dolor abdominal shockeante por obstrucción de parásito en vía biliar.

Materiales y métodos: paciente femenino de 26 años de edad cursando quinta semana de gestación, consulta por dolor abdominal, vómitos biliosos e ictericia de 20 días de evolución. Laboratorio patrón de colestasis, anemia normocítica normocromica. Ecografía abdominal vía biliar intrahepática levemente dilatada colédoco 10mm en su interior se observa formación seudotubular finamente ecogénica de más 50mmde longitud compatible con parasitosis intracoleodociana. Útero gestante con vitalidad conservada.

Antecedentes quirúrgicos colestectomía múltiple.

Al segundo día de internación persistió el dolor con exacerbación del mismo que no cede a analgésicos, acompañado de hipotensión arterial, palidez cutánea sudoración profusa por lo que se decide CPRE de urgencia.

CPRE: se observa orificio de papila permeable que permite el ingreso de canastilla de dormía sin papilotomía previa, se extrae parásito de aproximadamente 22cm con posterior drenaje de barro biliar y bilis oscura.

Resultados: paciente con evolución clínica favorable, normaliza enzimas de colestasis. Continua anémica.se indica dieta, hierro vía oral, estudio epidemiológico de su residencia por parte del servicio de parasitología y control de vitalidad de la gestación.

Discusión la presencia de este parásito en vía biliar o pancreática produce irritación con obstrucción mecánica y funcional por espasmo del esfínter de Oddi. Puede generar complicaciones infecciosas, fibróticas y litiasis estas últimas por actividad aumentada de la glucuronidasa de los parásitos.

Nuestra paciente presenta rasgos epidemiológicos típicos de parasitosis intestinales siendo que éste fue el único caso de paciente gestante con cuadro de dolor shockeante.

Conclusiones: el manejo médico-endoscópico fue resolutivo para el cuadro obstructivo biliar consiguiendo la desobstrucción de vía biliar con la eliminación del parásito.

## TO-P-004

### ENTRENAMIENTO EN MODELO ANIMAL EXVIVO Y USO DE SIMULADORES EN UN HOSPITAL DE LA COMUNIDAD

Trelles, F.A.; Caldo, I.F.; Quiñones, S.A.; Steinberg, L.H.; Casbarien, O.; Marillet, M.; Majewski, I.S.; Carfagnini, P.J.; Altuna, I.; Nuñez, F.; Kosnicki, L.; Padin, L.F.; Brodersen, C.E. Hospital Carlos G. Durand, CABA, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El incremento de técnicas mínimamente invasivas en los campos de la gastroenterología y de la cirugía endoscópica, así como el impacto que tienen las curvas de aprendizajes sobre la aparición de complicaciones, han suscitado un debate acerca de los estándares de formación.

Estudios sobre la competencia técnica en endoscopia no han sido publicados hasta años recientes, en los que se demuestra la necesidad de contar con un número determinado de procedimientos para demostrar la capacidad resolutoria y segura para avalar una competencia en el ámbito médico y legal de la endoscopia. El número de casos de las diversas patologías en el campo de la endoscopia en los hospitales y escuelas es variable; no obstante, el aprendizaje también depende de condiciones, como la organización local de cada programa de entrenamiento, de los principios éticos y riesgos legales del aprendizaje en pacientes, de la posibilidad de una instrucción básica y un supervisor en caso de dificultad. Durante años la utilización de simuladores biológicos en conjunto con el entrenamiento en modelo animal permitió el desarrollo de nuevas técnicas, evitando el aprendizaje previo en seres humanos.

Descripción de contenidos: 1. Objetivos: Adquirir destreza en endoscopia terapéutica básica y avanzada.

2. Diseño: Programa de entrenamiento

3. Material y métodos: Se realiza la actividad de forma programada en total 5 sesiones anuales. Cada actividad se divide en 2 estaciones de trabajo con modelo animal ex vivo. Las vísceras provienen de porcinos de 14-20 kgs. Previo lavado de las vísceras se realiza el armado de las estaciones utilizando cajas de plástico y un sobretubo que facilita la fijación. El estómago se apoya sobre una planchuela de telgopor y es envuelto con papel film permitiendo estabilidad, luego es ensamblado en la caja y sellado con precintos. Una estación está destinada a médicos residentes de último año a cargo de realizar endoscopia terapéutica avanzada (sutura percutánea, dilatación endoscópica, mucosectomía, disección submucosa). La otra estación está destinada a médicos residentes de años iniciales a cargo de realizar terapéutica básica (Escleroterapia, manejo de clip, tratamientos térmicos, Banding, extracción de cuerpo extraño).

Conclusiones: Los simuladores biológicos son accesibles y factibles, una herramienta de bajo costo para simular lesiones digestivas para el desarrollo de destrezas con un alto grado de similitud en apariencia endoscópica con los humanos.

## TO-P-006

### ANÁLISIS COMPARATIVO DE TRES MÉTODOS DE LIMPIEZA COLÓNICA PARA VIDEOCOLONOSCOPIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Colocini, R.A.; Zambello, Y.; Bichara, M.L.; Armas, V.; Amateis, M.; García Laplaca, M.; Berli, D.; Ruffinengo, O.

Introducción: La preparación adecuada del paciente para la realización de una videocolonoscopía (VCC) reduce los falsos negativos, los costos y las complicaciones, entre otras ventajas. Debido a las variabilidades regionales deben buscarse recomendaciones que mejores resultados provean en el lugar donde nos desempeñamos.

Objetivo: Comparar los resultados de calidad de limpieza colónica, tolerancia, adherencia y los costos netos de los 3 métodos.

Pacientes y métodos: Trabajo prospectivo, ciego simple (médico), aleatorizado. Se incluyeron 99 pacientes entre 18 y 65 años distribuidos en 3 grupos: Polietilenglicol 4 Litros -PEG 4L- (Grupo 1 - n 33); Fosfato sódico -NaP- (Grupo 2 - n 33) y Polietilenglicol 2L más Bisacodilo 20 mg -PEG 2L/Bis- (Grupo 3 - n 33). Se informó calidad de preparación según escala de Aronchick modificada (Excelente, Buena, Regular o Mala). Los resultados sobre adherencia y tolerancia derivaron de un cuestionario tipo múltiple choice de 10 preguntas. Se indagó sobre el antecedente de constipación (criterios de ROMA III). Los costos fueron comparados según precios publicados al 01 de Mayo de 2014. Todas las VCC fueron realizadas entre las 08 y 12 a.m., y la preparación el día previo. Se excluyeron pacientes con VCC incompleta, a excepción de aquellos con mala calidad de preparación. Resultados: Edad promedio: 51,9 años. Predominio de sexo femenino (n 64 - 64,65%). 26 pacientes constipados (26,27%) sin diferencias entre grupos. Se obtuvo preparación adecuada en 70,71% (Excelente y Buena) e Inadecuada en 29,29% (Regular y Mala), con diferencias significativas (p 0,044). Ver Tabla Cuando se comparó la calidad de preparación entre los Grupos 1 y 3, se observó superioridad en el Grupo 3 (adecuada: 54,8% vs 78,8% respectivamente) p 0,036. El mismo análisis no arrojó diferencias entre los Grupos 2 y 3 (Adecuada: 78,78% vs 78,78%) p 0,99. La mayor adherencia se obtuvo en el grupo 2 (93,9%), pero en el mismo grupo se objetivó la mayor tasa de efectos adversos sensitivo-motores (42,4%) y sabor desagradable (30,3%). Respecto a los precios, la preparación con PEG/Bis costaba \$AR 75,88, mientras que para PEG 4L y NaP eran de \$AR 149,01 y \$AR 159,80 respectivamente.

Análisis estadístico: Test  $\chi^2$

Conclusión: El presente estudio demostró que la combinación PEG 2L/Bis, fue superior a PEG 4L. Mientras que es igualmente efectiva a NaP, siendo mayor la adherencia a esta última. Respecto a la tolerancia, NaP presenta un sabor más desagradable y genera síntomas sensitivo-motores con más frecuencia, los cuales podrían ser expresión de alteraciones del medio interno. Finalmente, la aplicación de un esquema de preparación colónica con PEG 2L/Bis puede resultar en beneficios para la economía hospitalaria.

| Calidad de Preparación. Resultados de los 3 grupos |        |     |           |       | p asociada    |
|--|--------|-----|-----------|-------|---------------|
|  | PEG 4L | NaP | PEG + bis | Total |               |
| Excelente  | 5      | 8   | 9         | 22    | 70,71% (n 70) |
| Buena  | 13     | 18  | 17        | 48    |               |
| Regular  | 14     | 7   | 6         | 27    | 29,29% (n 29) |
| Mala   | 1      | 0   | 1         | 2     |               |
| TOTAL  | 33     | 33  | 33        | 99    | 100%          |

## TO-P-007

### BALÓN INTRAGÁSTRICO – EXPERIENCIA DE UN EQUIPO PARA TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Noguera, G. (1); Montañez, S. (1); Carrizo, C. (1); Romo, R. (1); Narváez, L. (1)  
(1) Sección Gastroenterología – Servicio de Clínica Médica – Hospital Dr. M. Quiroga – San Juan – Argentina

**Introducción:** La obesidad está considerada como una epidemia en aumento a nivel mundial, asociada a una importante morbimortalidad con impacto psicofísico y social, incidiendo en la disminución de la esperanza de vida y considerada como causa de muerte previsible. Afectan a 300 millones de personas en el mundo y a cualquier edad. Dentro de los tipos de tratamiento para la obesidad, se ha propuesto la colocación de un globo de silicona en el estómago, (Balón Intragástrico- BIG) con contenido líquido en su interior indicado en pacientes con un índice de masa corporal (IMC) superior a 30 kg/m<sup>2</sup>.

**Objetivo:** Evaluar el efecto del Balón Intragástrico como tratamiento alternativo en pacientes obesos y con sobrepeso y evaluar las respuestas según el sexo.

**Material y métodos:** Fueron evaluados 19 pacientes entre 18 y 63 años por un equipo multidisciplinario de Hospital Público de la provincia de San Juan y categorizados como "aptos" para BIG. El estudio se desarrolló entre mayo del 2012 a junio de 2015. El diseño fue retrospectivo, longitudinal, intervencionista y comparativo. Se colocó el BIG y se realizó seguimiento psicológico, nutricional indicándose una dieta hipocalórica y ejercicios. Se evaluaron cambios en el IMC (diferencia entre IMC basal y al momento de la extracción del BIG) y se comparó respuesta terapéutica según sexo al final del tratamiento.

**Resultados:** Ingresaron al estudio 19 pacientes entre 18 y 63 años (14 femeninos, 5 masculinos). El IMC promedio al inicio fue de 38,08 kg/m<sup>2</sup> (27 a 58,5) durante un periodo promedio de permanencia de 6,86 meses (25 días a 13 meses). Presentaron una pérdida promedio del IMC del 6,61 kg/m<sup>2</sup>. Lo que significó la reducción del 17,34% del peso total y un 70,94% del sobrepeso calculado al comienzo.

El sexo femenino tuvo una pérdida promedio de IMC 6,45 kg/m<sup>2</sup>, generando la pérdida del 17,21% del peso y 78,29% del sobrepeso.

En masculinos, la pérdida promedio fue de IMC 7,08 kg/m<sup>2</sup>, generando la pérdida del 17,63% del peso y 50,37 del sobrepeso.

Las complicaciones presentadas fueron 2 BIG que debieron ser extraídos (a los 25 días y 3,5 meses) por intolerancia al mismo y en 2 intervenciones se generaron desgarros superficiales a nivel esofágico sin mayor riesgo.

Los síntomas atribuidos al balón fueron dolor y vómito por 72 hs. Durante todo el periodo con BIG presentaron trastornos dispépticos estrictamente relacionados con las transgresiones.

**Conclusiones:** El BIG resultó ser un método efectivo en el tratamiento de la obesidad y sobrepeso; sin haber encontrado alguna diferencia en la comparación de los sexos, aunque el número de pacientes es pequeño. Mostró además ser una técnica segura que no presentó mortalidad en nuestra experiencia.

## TO-P-009

### UTILIDAD DE ESCALAS DE RIESGO EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL

D'Ottavio, G. E.; Pratto, D.; Levin, A.; Wulfson, A.  
Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez, Rosario, Argentina

**Introducción:** Se recomienda la utilización de escalas pronosticas para estratificar el riesgo de los pacientes con HDA-NV en el momento del ingreso. Las puntuaciones más utilizadas son la escala Rockall y la de Blatchford.

**Objetivo:** Validar la utilización de las escalas de Rockall (preendoscópica y completa) y la de Blatchford en el manejo de la HDANV en nuestro medio.

**Método:** Estudio prospectivo. Duración 1 año. Se evaluaron los pacientes que ingresaron con la sospecha HDA en un Hospital Público. Se dividió a los pacientes según el puntaje de Blatchford:  $\leq 1$ ; 2 a 11 y  $\geq 12$ . Según el Score de Rockall preendoscópico: 0 a 3 y  $\geq 4$ . Según el Score de Rockall completo: 0 a 5 y  $\geq 6$ . Se relacionó cada uno de los grupos con el porcentaje de tratamiento endoscópico, transfusión de  $\geq 4$  UGR, internación  $\geq 7$  días, resangrado, requerimiento de cirugía/hemodinamia y muerte a los 30 días. Se analizó la significancia estadística ( $p < 0,05$ ) con la prueba de chi cuadrado. **Resultados:** Se evaluaron 149 pacientes con sospecha de HDA. De estos 46 fueron de asociados a hipertensión portal. De los 103 pacientes restantes se pudieron evaluar 83 pacientes en forma prospectiva por un lapso de 30 días.

El único paciente con Score de Blatchford  $\leq 1$  no requirió tratamiento endoscópico, transfusional, internación prolongada, resangrado, cirugía o muerte. Los pacientes con un puntaje  $\geq 12$  ( $n=37$ ) en relación a un puntaje entre 2 y 11 ( $n=45$ ) presentaron tratamiento endoscópico en 56,7% vs. 40% ( $p=0,203$ );  $\geq 4$  UGR transfundidas 29,7% vs. 6,7% ( $p=0,019$ ); internación  $\geq 7$  días 24,3% vs. 11,1% ( $p=0,255$ ); resangrado 21,6% vs. 4,4% ( $p=0,055$ ); cirugía 10,8% vs. 0% ( $p=0,073$ ); muerte 8,1% vs. 0% ( $p=0,144$ ). Los pacientes con un puntaje de Rockall preendoscópico  $\geq 4$  ( $n=11$ ) en comparación a los pacientes con un puntaje  $\leq 3$  ( $n=72$ ) se les realizó tratamiento endoscópico en el 36,3% versus 48,6% ( $p=0,448$ );  $\geq 4$  UGR transfundidas 45,5% vs. 12,5% ( $p=0,007$ ); internación  $\geq 7$  días 36,3% vs. 13,9% ( $p=0,064$ ); resangrado 36,3% vs. 8,3% ( $p=0,008$ ); cirugía 18,2% vs. 2,8% ( $p=0,026$ ); muerte 18,2% vs. 1,4% ( $p=0,005$ ).

Los pacientes con un Score de Rockall completo  $\geq 6$  ( $n=15$ ) en comparación a los pacientes con un puntaje  $\leq 5$  ( $n=68$ ) se les realizó tratamiento endoscópico en 73,3% de los casos versus 41,1% ( $p=0,024$ );  $\geq 4$  UGR transfundidas 66,7% vs. 5,9% ( $p < 0,001$ ); internación  $\geq 7$  días 46,7% vs. 10,3% ( $p=0,001$ ); resangrado 53,3% vs. 2,9% ( $p=0,001$ ); cirugía 26,7% vs. 0% ( $p < 0,001$ ); muerte 20% vs. 0% ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** En nuestro medio el Score de Rockall completo  $\geq 6$  presenta mayor utilidad pronóstica en HDANV que el Score de Blatchford y el puntaje de Rockall preendoscópico. Una puntuación de Rockall preendoscópica  $\geq 4$  podría ser indicador pronóstico de mayor requerimiento transfusional, resangrado, requerimiento de cirugía/hemodinamia y muerte. A pesar de que el único paciente con Blatchford  $\leq 1$  no presentaba lesiones y no presento complicaciones no se puede extrapolar su utilidad por su escasa incidencia.

## TO-P-008

### FACTORES PREDICTIVOS DE DISPLASIA DE ALTO GRADO EN PÓLIPOS COLÓNICOS RESECADOS MEDIANTE VIDEOCOLONOSCOPIA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

Dorribo, C.; Coria, G.; Oviedo Delgado, G.; Balasini, C.; Nardi, G.; Donatelli, M.; Jaroslavsky, M.J.; Regnasco, S.; Saá, E.  
Servicio de Gastroenterología. Hospital Pirovano. Ciudad de Buenos Aires. Argentina

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) es uno de los tumores con mayor incidencia y mortalidad a nivel mundial. Más del 95% de los CCR son adenocarcinomas y están precedidos por lesiones preneoplásicas: los pólipos adenomatosos. La videocolonoscopía (VCC) es el estudio "goldstandard" para la prevención y detección de CCR mediante la polipectomía y posterior estudio minucioso de los pólipos extirpados, resultando ser el método ideal para disminuir la incidencia y mortalidad del CCR.

**Objetivos:** Evaluar la existencia de variables que se asocian a la presencia de displasia de alto grado y, por lo tanto, mayor riesgo de malignización en los pólipos colónicos detectados mediante VCC y determinar la prevalencia de displasia de alto grado en los mayores y menores de 60 años

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se analizaron los informes endoscópicos y anatomopatológicos desde el 01/01/12 hasta el 31/12/14. Inclusión: Todos los pacientes (pac) con VCC, excéresis de pólipos colónicos e informe histológico completo. Exclusión: pac con antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal, poliposis familiar, CCR, y las VCC incompletas. Variables evaluadas: Edad, sexo, tamaño, morfología, localización, histología y grado de displasia de los pólipos resecados. Los datos se presentan como media  $\pm$ DS, mediana (mdn) y porcentajes. Las comparaciones se efectuaron con tests t, Wilcoxon o X<sup>2</sup>. Para la determinación de variables pronósticas se realizó análisis univariado. Permanecieron en el modelo las variables que presentaron una  $p < 0,05$  en el test de Wald. Finalmente, se testeó el supuesto de proporcionalidad de riesgos mediante el test basado en residuos (Schoenfeld). Una  $p < 0,05$  se consideró significativa. **Resultados:** Cumplieron criterios 123 pac. Edad media: 59 $\pm$ 11 años (masculino 61 $\pm$ 11 y femenino 57 $\pm$ 10,  $p$  0,08). Localización: Colon ascendente: 22%(N=27); transversos: 11%(N=13); descendente: 12%(N=15) y recto-sigmoideo: 55%(N=68). El tamaño fue:  $< 5$ mm: 53%(N=65); 6 a 10mm: 27%(N=33); 11 a 20 mm: 13%(N=16) y  $> 21$  mm: 7% (N=9). Morfología: Lesiones planas 6%(N=7); sésiles: 74%(N=80) y pediculados: 19%(N=21). Sin diferencia entre sexos. Histología: Tubular: 59%(N=72); túbulo vellosos: 11%(N=14); Vellosos: 10%(N=12); Inflamatorio: 1%(N=1) e hiperplásicos: 20%(N=24). Podemos observar Viena  $\geq 4$ : 15%(18).

**Conclusiones:** El análisis muestra que a medida que aumenta la edad y el tamaño de los pólipos, se incrementa notablemente la incidencia y el riesgo de padecer lesiones de mayor grado de displasia. Las lesiones con displasia de alto grado se presentan en mayores de 50 años.

## TO-P-010

### TRATAMIENTO CON APC DE HEMORROIDES INTERNAS. EXPERIENCIA INICIAL

Luna Tirado, H.; Belloni, P.; Belloni, R.; Seiguerman, J.; Luna Tirado, L.

Hospital Español de La Plata

**Objetivo:** Mostrar resultados iniciales del tratamiento con Argón Plasma en pacientes que presentan proctorragia causada por hemorroides internas.

**Material y Métodos:** Se analizaron los resultados iniciales de tratamiento con APC en 15 pacientes que presentaron proctorragia debida a hemorroides internas.

**Material y Método:** Criterios de Inclusión:

Edad de 18 a 80 años

Proctorragia de al menos una vez por semana en los últimos tres meses o episodios menos frecuentes durante igual periodo pero con anemia ferropénica o volúmenes de pérdida importantes (ej. proctorragia "en chorro").

Hemorroides internas grados I a III

Colonoscopia a ciego que descarte otras causales

Criterios de Exclusión:

Otras patologías colónicas u oficiales concomitantes.

Alteraciones de la hemostasia, tratamientos anticoagulantes o antiagregantes.

Tratamientos quirúrgicos hemorroidales previos o tratamientos endoscópicos (ligadura, infrarrojo, etc. en los últimos 10 años).

Se realizaron 4 sesiones en todos los casos, con intervalos de 7 a 14 días entre una y otra sesión. Preparación con enema de fosfatos. Se trataron uno o dos paquetes por sesión, empleo de colonoscopia sin anestesia general, técnica de visión prógrada salvo imposibilidad o dificultad técnica, situación en la que se recurre a retrovisión. No fue necesario empleo de tip en ningún caso. Se realizan entre 15 y 20 aplicaciones con APC 300 con sonda frontal con 50. Casuística

15 pacientes, 5 mujeres y 10 varones con edades de entre 26 y 80 años, cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión descriptos.

Grado II: 12 casos

Grado III: 3 casos

**Resultados:** Se lograron resultados que consideramos positivos en 12 pacientes (1 episodio de sangrado o menos al mes) con desaparición del sangrado en 10 pacientes. Tres pacientes no obtuvieron esta mejoría (dos pacientes con grado III y uno con grado II). Debemos aclarar que el seguimiento aún es corto (1 a 6 meses). Tres pacientes tuvieron dolor que necesitó de analgésicos comunes durante un lapso máximo de 48 hs y en todos los casos ocurrió tras una sola de las sesiones. En el resto se observaron ocasionalmente molestias menores. Un caso con grado III presentó un incremento notorio del sangrado entre la segunda y la tercera sesión y finalmente no obtuvo resultados positivos. El paciente con grado III que tuvo clara mejoría en cuanto a su proctorragia manifiesta que sigue padeciendo prolapso posdefecatorio, aunque de menor magnitud.

**Conclusiones:** A pesar del muy corto seguimiento y el escaso número de pacientes de este informe preliminar consideramos que la técnica puede considerarse como una opción de tratamiento, al menos en pacientes con proctorragia y hemorroides internas grado II.

## TO-P-011

### STENTS ESOFÁGICOS. UN RECURSO EN LA PRÁCTICA DIARIA

Arco, M.M.; Higa, R.; Lozzi, R. D.; Pellizzoni, M.; Pastorino, M.; Román, H. Servicio de Gastroenterología. Clínica Colón. Mar del Plata. Buenos Aires

**Introducción:** Los stents esofágicos son una excelente opción terapéutica para aliviar la disfagia en pacientes con patología esofágica benigna y fundamentalmente maligna. En los últimos años se han modificado la composición y el diseño de los mismos, lo cual nos permite disponer de una gran variedad de prótesis para mejorar la calidad de vida de los pacientes con obstrucción esofágica.

**Material y Métodos:** Se presenta nuestra experiencia en la colocación de stents esofágicos desde enero de 2004 hasta junio de 2015. Para ello se revisó la base de datos e informes de endoscopia de nuestro Servicio en pacientes a los cuales se les colocó un stent esofágico en el periodo mencionado.

**Resultados:** Se realizaron 38 procedimientos en 33 pacientes. De ellos 25 fueron varones (66%) y 13 mujeres (34%). Edad Promedio: 68 + 11 años. Los motivos de indicación fueron: adenocarcinoma de la unión esófago-gástrica en el 57%, carcinoma epidermoide del tercio medio y superior 42% y 1% a otras causas (1 paciente por cáncer de pulmón con compromiso esofágico, 1 paciente por perforación esofágica luego de dilatación con balón). Más del 95% de los pacientes refirió mejoría rápida de la disfagia o afagia que motivó la colocación de la prótesis. Se reportó migración distal del dispositivo en un 16% de casos, 2 de ellos se debieron a reducción tumoral luego de quimioterapia y radioterapia. Un paciente con carcinoma epidermoide mostró crecimiento tumoral hacia la luz del stent (ingrowth), que fue solucionado con la colocación de un stent más largo dentro del anterior, presentando una sobrevida de 24 meses. La mortalidad relacionada al procedimiento fue del 3%, 1 paciente año experimento IAM extenso luego de la endoscopia. **Conclusión:** Actualmente la colocación de stents juega un rol indispensable en el tratamiento de estenosis benignas y malignas del tracto digestivo. El endoscopista debe tenerlo en cuenta dentro del amplio arsenal instrumental disponible. Es por ello que nos parece oportuno mostrar nuestra experiencia en su uso.

## TO-P-013

### PRÓTESIS ENDOSCÓPICAS PARA LAS ESTENOSIS MALIGNAS DE LA VÍA BILIAR

Campero, L. (1); Rodríguez, R. (1); Véliz, M. (2); Marrades, A. (2)

(1) Servicio de Gastroenterología. Sanatorio Sarmiento. (2) UNT. Tucumán. Argentina

**Introducción:** El tratamiento paliativo de las estenosis malignas irresecables de la vía biliar con las prótesis no metálicas se asocian a menores días de internación y menor tasa de complicaciones salvo aquellas como migración, colestitis y/o pancreatitis. Lo que las convierte en el tratamiento de primera línea de estas obstrucciones neoplásicas.

**Objetivos:** Determinar riesgos y complicaciones con diferentes tipos de prótesis en patologías malignas variables. Se utilizaron metálicas autoexpandibles (11), plásticas (21) y drenaje nasobiliar (1).

**Pacientes:** Se informan datos retrospectivos de 33 pacientes de diferentes sexos (M 18 – F 15) para su tratamiento paliativo con diferentes prótesis. Las complicaciones relacionadas al procedimiento se observaron solamente en un caso y consistió en colangitis y sepsis consecutiva con óbito. El control y la evolución del tratamiento efectuado fue bueno en casi todos los casos y tórpida fatal solo en uno.

**Resultados:** Las patologías prevalentes fueron cáncer de páncreas (24), cáncer ampular (1) y cáncer de la vía biliar (8) (principal?). La media de tiempo desde la colocación de las prótesis a la oclusión, fueron las plásticas de 10 French: 3 meses, la única de 5 French: 5 días, y el drenaje nasobiliar hasta la resolución de la colangitis con buen resultado.

**Conclusión:** En este estudio no se observó diferencias entre el tiempo de permeabilidad y sobrevida, salvo la permeabilidad en los casos mencionados de plásticos con oclusión por sedimento biliar intraprotésico.

## TO-P-012

### GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA ENDOSCÓPICA INDICACIONES Y SUS COMPLICACIONES EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

Leiva, L.; Cabrera, M.; Victoria, R.; Pascual, A.; Torres, A.; Yfiuella, C.; Koll, L.; Adi, J. Servicio de Gastroenterología Hospital L. Lagomaggiore. Mendoza Argentina

**Introducción:** La necesidad de prestar apoyo enteral a pacientes con ingesta inadecuada o insuficiente a largo plazo llevo a desarrollar diferentes técnicas, una de ellas la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). Sin embargo, por más que la tasa de mortalidad de este procedimiento es baja (<1%), la tasa de complicaciones a corto y largo plazo se sitúa entre el 10% al 25% aunque estas suelen ser de bajo riesgo para el paciente.

**Objetivo:** Describir la experiencia en el uso de gastrostomía endoscópica percutánea y sus complicaciones a corto y largo plazo en un hospital de adultos agudos.

**Material y método:** Estudio retrospectivo, protocolizado y observacional desde enero de 2010 a Marzo de 2015. A pacientes a los cuales se le realizó una gastrostomía endoscópica percutánea. Método estadístico: medidas de tendencia central, medidas de dispersión, chi2 y test de student.

**Resultados:** Se incluyeron 29 pacientes con indicación de PEG, la edad promedio fue 59,59 años (DS±16,85); el 62,07% fueron hombres. La permanencia hospitalaria promedio de los pacientes que ingresaron exclusivamente para la realización del PEG (11 pacientes) fue de 4,09 días (DS±2,55). INDICACIONES: 86,22% (n=25) por trastornos neurológicos, el más prevalente ACV; 13,78% (n=4) por patología maligna, de estos 2 pacientes con cáncer de lengua y 2 con cáncer de esófago; a 15 pacientes (51,72%) se les realizó videodeglución previa al procedimiento. En cuanto a las complicaciones 5 pacientes (17,24%) presentaron alguna. Dos pacientes presentaron fiebre transitoria, 1 neumoperitoneo, 1 infección del sitio de inserción (HIV+) las cuales se resolvieron de manera satisfactoria, un paciente tuvo episodio de broncoaspiración fatal, no hubieron casos de hemorragia, obstrucción gástrica, fístula, ni migración hacia la pared de estómago, peritoneo, abdomen. Cabe destacar que 4 pacientes se retiraron accidentalmente el gastrostoma y 1 paciente necesito recambio por botón antes del año por obstrucción del mismo. Al analizar algún factor predisponente para la presencia de infección/fiebre relacionadas a la colocación del PEG tanto la anemia, hipoalbuminemia, el IMC <18 e IMC > 25 no fueron significativos (PNS).

**Conclusión:** La gastrostomía percutánea endoscópica es una técnica segura con baja tasa de complicaciones, en nuestro trabajo no encontramos un factor predisponente para la presencia de infecciones o fiebre.

## TO-P-014

### HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON SÍNTOMAS DE ERGE EN UN SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DE UN HOSPITAL DE AGUDOS

Oviedo Delgado, G.; Bracone, H.; Chow Brandt, O.; Vera, A.; Pinasco, R.; La Via, J.; Donatelli, M.; Regnasco, S.; Saá, E.

Servicio de Gastroenterología. Hospital Pirovano. Ciudad de Buenos Aires. Argentina

**Introducción:** La ERGE es una patología benigna de evolución crónica y recurrente, que se desarrolla cuando el reflujo del contenido gástrico ocasiona síntomas molestos y/o complicaciones. Tiene alta prevalencia en Occidente. El espectro clínico varía desde síntomas típicos (pirosis y regurgitación) que representan el 50-70% de los casos; y atípicos (laringitis, tos, dolor torácico no carcinogénico, entre otros). En pacientes (pac) con indicación de VEDA (mayores de 45 años, presencia de síntomas de alarma o falta de respuesta al tratamiento con IBP por 8 semanas) el espectro de hallazgos varía desde la enfermedad erosiva, no erosiva hasta complicaciones como Barrett o Cáncer; siendo la más frecuente la no erosiva.

**Objetivo:** Evaluar el espectro de hallazgos endoscópicos en pac con síntomas por ERGE que consultaron a un Servicio de Gastroenterología de un Hospital de Agudos en el periodo 2012-2014.

**Material y métodos:** Se incluyeron 105 pac de ambos sexos con síntomas típicos relacionados con ERGE, con indicación de VEDA.

**Resultados:** De los 105 pac seleccionados, hubo 58 mujeres (55.2%) y 47 hombres (44.8%). Edad: Menores de 40 años: 22 pac (21%); mayores de 41 años: 83pac (79%).

**Motivo de consulta:** Síntomas típicos relacionados de ERGE con Indicación de VEDA: Edad mayor de 45 años: 60pac (57,1%); falta de respuesta al tratamiento con IBP por 8 semanas: 40pac (38%); presencia de síntomas de alarma: 5pac (4,7%). Hallazgos endoscópicos:

1.- Enfermedad no erosiva: 72pac (68.6%): Fem = 45pac(62.5%) / Masc = 27pac(37.5).

2.- Enfermedad erosiva: 20pac (19.1%): Fem=10pac (50%) / Masc: 10pac(50%). Clasificación de los Ángeles: Esofagitis A: 9pac (45%); esofagitis B: 5pac (25%); esofagitis C: 3pac (15%); esofagitis D: 3pac (15%).

3.- Complicaciones: 13pac (12.3%): Fem = 3pac (23%) / Masc = 10pac (77%). Cáncer: 8pac (61.5%); Esófago de Barrett: 5 pac (38.5%).

**Conclusión:** Analizando los resultados, la forma no erosiva o NERD es el hallazgo endoscópico más frecuente en pac con síntomas relacionados con ERGE que tienen indicación de VEDA, coincidiendo con la literatura mundial.

## TO-0-015

### HALLAZGO ENDOSCÓPICO: LESION COLÓNICA POR ANTI INFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

Sequeira, A.; Barba, A.; Duarte, B.; Tarabolino, F.; Banchero, A.; Pagliere, N.; Lueso Prado, M.; Goggia, P.; Bosolino, A.  
Servicio de Gastroenterología – Sanatorio J. Méndez – Buenos Aires – Argentina

**Introducción:** Los anti inflamatorios no esteroideos (AINES), son drogas muy efectivas y a su vez las más usadas a nivel mundial. Es bien conocido que pueden ocasionar graves complicaciones a nivel gastrointestinal. El riesgo de lesiones en el tracto digestivo alto se asocia incluso a dosis mínimas de estas drogas. Los AINES también pueden producir lesión mucosa a nivel más distal (intestino delgado y colon), como úlceras y estenosis, que podrán ser asumidas como secundarias a este tipo de fármacos cuando exista el antecedente de consumo de estas drogas, se hayan excluido otras causas y se compruebe la mejoría de las mismas tras discontinuar el fármaco.

**Objetivo:** Resaltar la importancia de los AINES como agentes lesivos sobre el tracto gastrointestinal inferior (TGI) y caracterizar los hallazgos endoscópicos que puedan ocasionar.

**Caso clínico:** Hombre de 45 años, con antecedentes de hernioplastia inguinal, consumo de aspirina diario. Consulta por episodio de proctorragia aislado, autolimitado. Video colonoscopia (VCC) (1): Estudio completo. En colon ascendente medio, lesión elevada de superficie irregular, erosionada y friable, que ocupa 1/3 de la circunferencia y estrecha la luz, franqueable (Anatomía patológica: mucosa colónica erosiva con signos isquémicos y membranas fibrino-leucocitarias). A los 2 meses se realiza nueva VCC (2) para marcación de la lesión y posterior cirugía: estudio completo. Sin lesiones evidentes. Por duda diagnóstica se repite nuevamente VCC (3): sin hallazgos patológicos.

**Discusión:** Las lesiones colónicas por AINES son inespecíficas y deberán ser consideradas siempre en el contexto de un paciente consumidor de estas drogas, siendo un diagnóstico de exclusión al descartar tumores, enfermedad inflamatoria intestinal o lesiones isquémicas. En el caso de nuestro paciente ante la sospecha de una lesión neoplásica, se repitieron 2 VCC donde fue clara la indemnidad de la mucosa tras la suspensión de la droga.

**Conclusión:** 1) La prevalencia de lesiones colónicas en consumidores de AINES es más baja que las lesiones gastroduodenales 2) Los AINES que más daño pueden ocasionar, son aquellos que tienen más selectividad por la COX-1 3) De manera concordante con la bibliografía, nuestro paciente consulto por proctorragia que es la forma de presentación más frecuente. 4) Los hallazgos endoscópicos más característicos son úlceras y estenosis, con afectación focal o difusa 5) El sitio mayormente afectado por AINES en el TGI es a nivel de la válvula ileocecal y el colon ascendente en segundo lugar 6) Las estrategias de prevención en pacientes consumidores de AINES para el TGI no están bien definidas, siendo los Inhibidores de bomba de protones no efectivos a dicho nivel, remarcando la importancia de la prescripción adecuada de dichos fármacos.

## TO-0-017

### ENDOSCOPIA DE URGENCIA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: EXPERIENCIA INSTITUCIONAL

Alonso Padilla, J. (1); Ríos, R. (1); Garrocho Machado, C. (2); Aleman, M. (2); Merino, L.F. (2); Garrocho, R. (1); Juárez, A. (1); Medina, S. (1); Pereyra, A. (1); Gadea, C. (2); Muñoz Bravo, K. (2); Gianodis, E. (2)  
(1) Residencia de gastroenterología. Hospital Centro de Salud Z. J. Santillán, Tucumán, Argentina. (2) Servicio de gastroenterología, hepatología y endoscopia. Hospital Centro de Salud Z. J. Santillán, Tucumán, Argentina

**Introducción:** La hemorragia digestiva alta (HDA) es una de las principales causas de ingreso hospitalario por enfermedad del tracto gastrointestinal, con una mortalidad elevada. El 80 al 90% es de causa no variceal siendo la úlcera péptica la patología más frecuente (40-50%). En un 5-8% de las ocasiones no se logra determinar la causa de la hemorragia a pesar de las exploraciones pertinentes. En general, la endoscopia debe realizarse dentro de las 24 horas tras el ingreso, permite determinar la causa del sangrado e instituir tratamiento endoscópico oportuno.

**Objetivos:** Identificar las causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta en urgencia médica. Determinar la manifestación clínica inicial predominante.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal. Los datos se recolectaron de informes endoscópicos realizados en urgencia, en pacientes con diagnóstico inicial de HDA, durante el período comprendido entre Junio de 2014 a Mayo 2015, en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Centro de Salud Zenón Santillán, Tucumán. Las variables fueron edad, sexo, presentación clínica, hallazgo endoscópico.

**Resultados:** Se analizaron 279 endoscopias realizadas en urgencia por HDA. 68% hombres y 32% mujeres. La edad promedio fue 58 años. El 43% resultó de causa variceal, mientras que el 22.56% fue por enfermedad úlcero péptica. Otras causas menos frecuentes fueron: gastropatía erosiva (13.26%), esofagitis en sus distintos grados (5.01%), desgarro de Mallory Weiss (5.01%) y lesiones vasculares (1.43%). A su vez 18 endoscopias resultaron normales, mientras que sólo en 8 casos no se llegó al diagnóstico etiológico. La presentación clínica más frecuente fue la hematemesis.

**Discusión:** Según la bibliografía la principal causa de admisión a endoscopia de urgencia por hemorragia digestiva alta es la enfermedad úlcero péptica, principalmente la úlcera duodenal. En nuestro servicio se identificó que la primera causa de HDA es de origen variceal, como probable consecuencia de la hipertensión portal, quizás asociándose al marcado incremento de casos de cirrosis hepática de origen enólico, cuya relación no se investigó en el presente trabajo y que arroja nuevas líneas de investigación a futuro. La edad promedio se acerca a la media mundial que corresponde a 60 años, así como el sexo masculino. La hematemesis es la presentación clínica más frecuente, que alerta a identificar HDA en urgencia. Palabras claves: hemorragia digestiva alta, endoscopia urgencia, variceal.

## TO-0-016

### GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA ASISTIDA POR ENDOSCOPIA

Chamorro, M.; Carmona, J.M.; Tapia, J.C.; Peña, E.; Rodríguez L.

**Antecedentes:** La gastrostomía endoscópica percutánea es el método de elección para nutrición en aquellos pacientes que requieren alimentación enteral por sonda por más de 30 días

**Objetivo:** Presentar nuestra experiencia en el manejo de pacientes con disfagia de diversos orígenes mediante la colocación de un gastrostoma en forma endoscópica y percutánea

**Diseño:** observacional y retrospectivo

**Material y método:** Se trataron 54 pacientes con diagnóstico de disfagia motora de causa diversa entre marzo 2010 y mayo 2014.

**Resultados:** Se realizaron 58 procedimientos, 30 fueron hombres. La edad osciló entre 19 y 67 años. Las causas que motivaron este procedimiento fueron: disfagia por causa neurológica el 91.3% y disfagia por tumores de esófago y orofaríngeos el 8.62%. El procedimiento fue exitoso en 58 oportunidades. El tiempo del procedimiento osciló entre 15 y 45 min dependiendo del hábito constitucional del paciente, colaboración y patología de base. No presentamos complicaciones durante la endoscopia. Tuvimos 4 arrancamientos de la sonda, 3 total y 1 parcial en pacientes con deterioro psicorgánico importante.

**Conclusiones:** Después de nuestra experiencia estamos convencidos que, si no existe ninguna contraindicación, debe ser de elección la G.E.P. a la gastrostomía quirúrgica por numerosas razones: no requiere un quirófano para su realización, se realiza en la sala de endoscopia. Se puede realizar con anestesia local, tiene menor índice de morbimortalidad que la gastrostomía quirúrgica, es más rápida, permite alimentar al paciente precozmente, en casos seleccionados se puede realizar en forma ambulatoria y presenta un escaso índice de complicaciones.

## VC-001

### RESECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA DE GIST GÁSTRICO

Pierini, A.; Imhof, H.; Ruiz, G.; Bonsembiante, N.; Galetti, F.

**Introducción:** El término GIST, se introdujo por primera vez en 1983. Mazur y Clark lo emplearon para designar, los tumores no epiteliales del tubo digestivo, que carecían de rasgos ultraestructurales de músculo liso y características inmunohistoquímicas de células de schwann. Las ecoendoscopia permiten determinar el origen del tumor y permite realizar diagnósticos diferenciales, además de predecir su comportamiento.

**Descripción de contenidos:**

**Presentación de caso:** Paciente femenina de 46 años de edad

**Motivo de consulta:** Epigastralgia de 3 meses de evolución

**Videoendoscopia alta:** En cuerpo, sobre vertiente posterior, de curvatura menor, abombamiento parietal, redondeado, cubierto de mucosa conservada.

**Ecoendoscopia:** Lesión hipoeoica redondeada, homogénea, de 22 mm de diámetro con límites netos y regulares, que nace de la muscular mucosa, de la pared gástrica, extendiéndose hacia la submucosa

**Conducta:** Resección submucosa endoscópica

**Biopsia:** Formación nodular de 2 x 1,7 x 1,3 cm. Proliferación fusocelular en haces anárquicos con escasa. Atipia nuclear. Mitois 0-1 por campo. Compatible con GIST.

**IHQ:** CD 34 (+) CD 117 (+)

**Comentarios:** Presentamos un caso de GIST, de bajo grado, resecado por vía endoscópica, consideramos que este abordaje representa, una alternativa entre el seguimiento y la cirugía convencional, siempre que se cuente con la ecoendoscopia, para determinar el origen y descartar signos de malignidad.

## VC-002

### DIVERTICULO DE ZENKER; DIVERTICULOTOMÍA ENDOSCÓPICA

Penalba, L.M.; Freijo, C.; Schiavonne, S.; Sánchez de Loria, J.C.; Kalousek, M.  
Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital de Agudos Donación F. Santojanni, Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** El divertículo de Zenker está ubicado en la pared posterior de la hipofaringe, se produce por pulsión en una zona de debilidad sobre el músculo cricofaríngeo y el constrictor inferior.

La clínica comprende desde manifestaciones leves hasta invalidantes (disfagia, desnutrición severa, complicaciones respiratorias). El estudio radiológico con contraste permite evaluar la localización, forma y tamaño del mismo.

La diverticulotomía endoscópica tiene como fundamento unificar la luz diverticular con la esofágica, esta opción terapéutica en equipos con experiencia presenta menor morbimortalidad que la cirugía abierta, con las ventajas de la miniinvasividad, así como el menor tiempo operatorio y de internación.

**Objetivos:** Nuestro objetivo es mostrar nuestra experiencia y resultados en el tratamiento endoscópico de esta patología.

**Paciente y métodos:** Paciente masculino, 82 años, presenta cuadro de 4 meses de evolución caracterizado por disfagia a líquidos y sólidos asociada a pérdida de peso (10 Kg. en 4 meses.). Se realiza seriada EGD con bario donde se evidencia imagen de aspecto diverticular a nivel de esófago superior. Se realiza veda donde se evidencia en cara posterior de cricofaríngeo divertículo de boca ancha de 3 cm. aproximadamente. No presenta otros antecedentes de importancia. Se realiza diverticulotomía endoscópica.

**Resultados:** el paciente evoluciona favorablemente, es dado de alta a las 24hs. en controles posteriores a 2 años refiere mejoría considerable de su sintomatología, se realiza seriada EGD, continúa en control por consultorios externos hasta la fecha.

**Discusión:** En la actualidad, debido a las grandes ventajas ya conocidas de la cirugía miniinvasiva, asociadas a la disminución del tiempo operatorio y de internación consideramos que el tratamiento de esta patología de manera endoscópica es de elección ya que en centros especializados se obtienen los mismos resultados que con cirugía abierta.

## VC-004

### RESECCIÓN ENDOSCÓPICA-LAPAROSCÓPICA TRANSANAL DE LESIONES DE RECTO

Naiderman, D.; López Fagalde, R.; Jury, G.L.; Amieva, L.; Dolan, M.  
Centro de Estudios Digestivos, Mar del Plata, Argentina

**Introducción:** La cirugía transanal mínimamente invasiva (T.A.M.I.S) es una técnica quirúrgica nueva, que se comenzó a utilizar en el mundo en el año 2009. Surgió como una alternativa a la resección transanal clásica y a la microcirugía endoscópica transanal (T.E.M) para lesiones benignas y malignas bien seleccionadas de recto. La aparición de esta técnica se vio favorecida por los dispositivos monopuerto utilizados en la cirugía laparoscópica abdominal. Permite resecciones de manera más sencilla y más rápida que por disección endoscópica submucosa (E.S.D) ya que se cuenta con un portal para la cámara y dos portales más de trabajo. El cambio de la óptica de laparoscopia tradicional por un video gastroscopio o un colonoscopio pediátrico, agregarían a esta técnica una versatilidad y sencillez aun mayor, debido a que se suma la posibilidad de lavar, aspirar, desempañar y tener diferentes ángulos de visión, sin necesidad de intercambiar instrumental. Se logran piezas quirúrgicas de muy buena calidad, incluso de espesor completo de la pared rectal, desde los 4 cm del margen anal hasta los 12 cm aproximadamente.

**Objetivo:** Mostrar una técnica novedosa que combina endoscopia y laparoscopia para resección más sencilla y completa de lesiones rectales que por E.S.D.

**Material y Método:** Se presenta un paciente masculino de 65 años y B.M.I de 38, con un adenocarcinoma de recto de 4 cm, a 8 cm del margen anal. La estadificación pre-operatoria por R.N.M informó T1N0M0.

Se utilizó un dispositivo transanal (SILS PORT, COVIDIEN) con dos accesos de 5mm y uno de 12 mm. Un videogastroscopio y un procesador (cv-145, Olympus), un insuflador de co2 de alto flujo (Karl Storz) y un bisturí armónico de 5 mm (johanson & johanson).

**Resultados:** La duración del procedimiento fue de 80 minutos, con una internación de 48 horas. El lecho quirúrgico se dejó abierto. La anatomía patológica informó los márgenes quirúrgicos libres. La única complicación, fue enfisema subcutáneo escrotal y abdominal que se resolvió espontáneamente sin necesidad de tratamiento. Se muestra la colonoscopia control de los 18 meses de post-operatorio, sin evidencia de lesión ni estenosis.

Se logra evitar una cirugía mayor con colostomía de protección, en un paciente obeso, con la alta morbimortalidad que dicho procedimiento conlleva.

**Conclusiones:** El T.A.M.I.S es una técnica que permite realizar con éxito resecciones de lesiones benignas y malignas bien seleccionadas de recto inferior y medio, con un tiempo operatorio corto y un bajo riesgo. Creemos que el cambio de la óptica tradicional de laparoscopia utilizada usualmente, por un gastroscopio o colonoscopio pediátrico, resulta una modificación interesante para facilitar la intervención y permite adicionalmente el trabajo en conjunto entre endoscopistas y cirujanos.

## VC-003

### HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA: UTILIDAD DE LA COLONOSCOPIA EN AGUDO CON ARGON PLASMA

Amarillo, H.A.; Di Primio, N.; Frías, N.; Frías, S.; Albornoz, M.

**Antecedentes:** La hemorragia digestiva baja presenta un desafío diagnóstico y terapéutico, con una elevada incidencia de mortalidad y de morbilidad asociada al tratamiento. El argón plasma (APC), se caracteriza por la coagulación sin contacto térmico, a una profundidad de 0,5 a 3 mm; minimizando el riesgo de necrosis transmural, estenosis, fistulas y perforación. Informes retrospectivos y prospectivos confirman la eficacia del APC para el tratamiento de la hemorragia rectal, con complicaciones que van desde 0% al 20% de casos.

**Objetivo:** Valorar efectividad del Argón Plasma para controlar el sangrado y evaluar sus complicaciones.

A propósito de dos casos.

Caso clínico n°1: 2011

- Mujer de 79 años, consulta por proctorragia, procedente de Catamarca. Presenta como antecedentes Braquiterapia y radioterapia por tumor de cuello de útero hace más de 20 años. En 2011 Realiza en una primera etapa tratamiento médico, al cual responde inicialmente. En 2012 repite sintomatología Se realiza ante falla del tratamiento médico coagulación de rectitis actínica con argón plasma. Seguimiento 6 meses Sin complicaciones no repite sangrado

Caso clínico n°2

- Varón de 76 años se interna por Enterorragia de 24 hs de evolución. Antecedentes: Cardiovasculares: FA, 2 bypass coronario. Gastrointestinales: HCD (2006), enterolisis por bridas (2007). Medicamentosos: consumo crónico de AAS Compensado y estable, TA 110/70 mm Hg, FC 100 x/min, FR 18 x/min. Características del sangrado: sangre roja rutilante, moderada cantidad, sin coágulos. Resto del examen sin particularidades. Tacto rectal: restos hemáticos Se realiza VCC de Urgencia, en donde se observó Divertículo Sangrante, el cual se coagula con Argón Plasma. Reinicia alimentación oral a las 24 hs. Tránsito intestinal se reanuda en forma inmediata. Evolución favorable sin repetir sangrado

**Conclusiones:** El tratamiento con APC es una opción eficaz en el tratamiento de pacientes seleccionados con hemorragia digestiva baja por rectitis actínica y enfermedad diverticular sangrante con alta efectividad y escasas complicaciones asociadas. La difusión de esta técnica contribuye en aumentar el arsenal terapéutico para una afección que hasta estos momentos no cuenta con un tratamiento que ofrezca una solución definitiva.

## VC-005

### ADENOMA GIGANTE DE RECTO: EXTRACCIÓN CON TÉCNICA DE DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA

Trelles, F.A.; Caldo, I.F.; Quiñones, S.A.; Steinberg, L.H.; Casalini Vañek, A.; Casbarien, O.; Marillet, M.; Majewski, I.S.; Carfagnini, P.J.; Ansa, A.; Garrido, M.E.; Viscardi, J.P.; Padin, L.F.; Brodersen, C.E.

Hospital Carlos G. Durand, CABA, Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** Por mucho tiempo la resección endoscópica de la mucosa (REM) y la cirugía han sido utilizados como tratamientos de primera línea para la resección de lesiones preneoplásicas colorrectales. Sin embargo la REM no es tan eficiente para la resección en bloque de tumores mayores a 20 mm, por la elevada tasa de lesión residual y recidiva local al extraerlas con técnica de piece-meal. La disección endoscópica submucosa (DES) fue diseñada para el tratamiento del cáncer gástrico superficial, permitiendo la resección en bloque de dichas lesiones, posteriormente esta técnica se propaga a otros sectores del tubo digestivo (esófago y colon).

**Descripción de contenidos:** 1. **Objetivos:** Paciente de 63 años con antecedentes de enfermedad por reflujo no erosivo, que consulta por cambio del ritmo evacuatorio. Se realiza videocolonoscopía que informa: en recto, lesión sétil con componente plano sobrelevado, (0-Is + 0-IIa de la clasificación de Paris) de 25 mm de diámetro, con patrón mucoso tipo III L y IV según la clasificación de Kudo.

2. **Diseño:** reporte de caso.

3. **Material y métodos:** se realizó semiología de la lesión descartando signos de invasión submucosa, luego elevó con solución de ácido hialurónico 0,3 % + indigo carmin para teñir el lecho submucoso. Posteriormente, se comienza con el corte circunferencial (Modo Endocut, Eff 2 100 W), para luego disecar a través del plano submucosa (ForcedCoag 40 W). Para el corte circunferencial y lateral se utilizó IT knife nano y FlushKnife BT 1,5 mm. La disección submucosa fue asistida con capuchón (Olympus). Durante el corte circunferencial se constató un leve sangrado, por lo que se realizó hemostasia con el extremo distal del flushknife (SoftCoag 80 W). Luego de la disección completa, se controló la escara sin evidenciar solución de continuidad. Se recuperó la pieza y se realizó el adecuado estaqueo para el posterior análisis histológico: Adenoma tubular con displasia de bajo grado con focos de displasia de alto grado, bordes libres de lesión, la mucosa se encuentra respetada.

**Conclusiones:** La DES ofrece numerosas ventajas frente a la REM: 1) mayor tasa de resección en bloque; 2) mayor tasa de resección completa; 3) mayor porcentaje de resecciones curativas, y 4) menor riesgo de recurrencia local.

Pero principalmente, la diferencia más significativa la presenta el análisis histológico de las piezas de más de 20 mm de diámetro reseçadas. Mientras que en las lesiones extraídas en bloque con la técnica de DES es factible evaluar los márgenes de la lesión y el compromiso en profundidad; con la técnica de REM en piece-meal, resulta prácticamente imposible.

**VC-006****MUCOSECTOMÍA DUODENAL**

López Falgale, R.; Jury, G.L.; Dolan, M.; Ramacciotti, G.; Amieva, L.; Miconi, D.; Ruiz, N. Centro de Estudios Digestivos (Ced). Mar del Plata. Pcia. de Bs As.

**Introducción:** Se realiza mucosectomía de una lesión de 5cm duodenal en una paciente de 40 años de edad, sin antecedentes personales de relevancia. Como antecedente familiar presenta una hermana con adenoCa de colon a los 38 años.

**Objetivo:** Resección endoscópica de lesión 5cm en duodeno, evitando la cirugía.

**Material y Métodos:** VEDA: En rodilla duodenal lesión plano elevada extendida en forma lateral de aproximadamente 5cm. Mediante cromo endoscopia y magnificación con equipo Fujinon utilizando fice se evidencia un patrón glandular del tipo III (l-s) y IV de la clasificación de Kudo. Se toma una biopsia dirigida a la lesión. AP: adenoma tubulo veloso con displasia de bajo grado.

Se realiza capsula endoscópica para descartar otras lesiones de intestino delgado la cual solo evidenció la lesión duodenal antes descrita y TAC de abdomen: sin lesiones.

Se evalúa la paciente junto a cirujano de cabecera y se decide la resección endoscópica de la misma. El procedimiento se realizó bajo sedación con propofol. Se medica previamente con anti-táspasmódico ev.

Se extirpa la lesión por medio de técnica de mucosectomía tipo piece meals dado el tamaño de la misma. Utilizando gastroscopio olympus serie 160, cap, ansas de polipectomía de diferentes tamaños, mono y multifilamento e inyector. Para elevar la lesión se utilizó azul de metileno diluido en sf. Al finalizar la resección se fulguraron con argón plasma los bordes y los vasos presentes en el fondo de la escara. El procedimiento duro aproximadamente 60 minutos. Todo el material extraído fue recuperado de estómago con red de roth. La anatomía patológica determino que la lesión de aproximadamente 6cm, era un adenoma túbulo veloso con displasia de bajo y alto grado.

Se realizaron 4 controles hasta la fecha: el primero a los 3 meses que determino una cicatriz a nivel del sitio de mucosectomía. Las biopsias: proceso inflamatorio crónico. Los restantes controles mostraron patrón vellositario conservado. Lleva dos años de seguimiento. **Conclusiones:** Se puede realizar la resección endoscópica de lesiones de estas características en duodeno, evitando la cirugía.

**VC-008****METÁSTASIS CUTÁNEA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO**

Viudez, P.J.; Rafielli, C.; Osorio González, G.; Stupnik, S.; Golub, M.V.; Gerlach, R.; Favre, F.Y.

Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

**Introducción.** El cáncer gástrico tiene gran importancia a nivel mundial, con alta incidencia en su presentación, siendo el adenocarcinoma la forma histológica más frecuente. En Argentina los carcinomas gástricos representan el 3.2% del total de los tumores malignos con un incremento en la región proximal y en las formas difusas

**Objetivo.** Presentación de un caso clínico.

**Paciente y métodos.** Paciente masculino de 43 años de edad sin antecedentes personales de relevancia que en febrero del año 2015, consulta al servicio de dermatología por presentar lesiones dérmicas en roseta, eritematosas con aumento de la temperatura local en tronco, hombro y parte proximal del brazo izquierdo. El cuadro es interpretado como un herpes zoster y tratado con AINES; por la persistencia de las lesiones dermatológicas se le indican corticoides locales sin observarse remisión de las mismas.

Se realiza biopsia de piel de la región supraclavicular siendo compatible con neoplasia epitelial maligna que presenta diferenciación glandular y presencia de material extracelular de aspecto mucinoso con embolias angio-linfoideas; Inmuno-histoquímica: CK 7: + CEA: +, MUC 1: +, MUC 2 +.

Se interna por importante linfedema del miembro superior izquierdo y se realizan estudios complementarios; el eco-doppler venoso de miembro superior izquierdo no presenta alteraciones, la TAC de tórax, abdomen y pelvis muestra ganglios axilares bilaterales y marcado engrosamiento de la pared gástrica a nivel del fórnix, cuerpo y antro, con múltiples imágenes ganglionares.

La videogastroscopia evidencia a nivel del tercio inferior esofágico cercano a la región cardial una lesión mamelonada, ulcerada y estenosada; observándose a nivel del fórnix y cuerpo una lesión ulcerada con pliegues anárquicos, engrosados y erosionados de consistencia aumentada que infiltran hasta la región angular (60 cm de ADS). La anatomía patológica informa la presencia de un carcinoma gástrico difuso pobremente cohesivo (OMS).

**Conclusión.** Las metástasis cutáneas son poco frecuentes y suelen aparecer en estadios finales de las neoplasias. Sólo en un 0,8% de las ocasiones, son la primera manifestación de la lesión tumoral y se asocia a un mal pronóstico.

**VC-007****COMPROMISO ESOFÁGICO DE LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS B GRANDES: UNA LOCALIZACIÓN INFRECUENTE**

Viudez, P.J.; Rafielli, C.; Osorio González, G.; Stupnik, S.; Golub, M.V.; Gerlach, R.; Favre, F.Y.

Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

**Introducción.** El linfoma no Hodgkin se origina con más frecuencia en los tejidos linfoideos pudiéndose diseminar a otros órganos, el aparato digestivo representa la localización extraganglionar más frecuente (30-60%), que constituyen el 1-5% de las neoplasias malignas del tubo digestivo.

El pronóstico depende del tipo histológico, el estadio y tratamiento. La mayor parte de las recaídas suceden en los 2 primeros años de finalizado el tratamiento.

**Objetivo.** Presentación de caso clínico.

**Paciente y métodos.** Paciente masculino de 57 años de edad HIV negativo, con antecedentes de linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes, que como primera manifestación presentó masa tumoral en retroperitoneo, resistente a múltiples esquemas quimioterápicos (6 ciclos de R-CHOP, 3R-CHAP- 2GDOX), cursando durante los mismos neutropenia febril, infecciones por herpes simplex y mucositis severa. A los dos años del diagnóstico inicial de su enfermedad comienza con disfagia para sólidos y líquidos, pérdida de peso y deterioro del estado general.

Se realiza una videogastroscopia observándose entre los 25 y 35 cm de la arcada dentaria superior una extensa lesión vegetante mamelonada con sectores ulcerados, de consistencia aumentada y friable que compromete el 50 % de la luz y a nivel subcardial sobre la cara posterior hacia curvatura menor se evidencia una lesión plano elevada de consistencia duro elástico de 1 cm de dm, cuerpo y antro de características normales. El estudio anatomopatológico de la lesión esofágica con inmunohistoquímica revela un linfoma B con células medianas y grandes con patrón difuso y elevado índice de proliferación. La inmunohistoquímica expresa: CD 45 +, CD20 +, CD79a +, Ki67 + (80% de la celularidad).

**Conclusión.** El linfoma difuso de células B (DLBCL) y el linfoma de tejido linfoide asociado a mucosa (MALT) son los subtipos más comunes de linfomas GI.

Los linfomas no Hodgkin del aparato gastrointestinal se localizan preferentemente en el estómago, seguido por el intestino delgado. En cambio, la afección esofágica es excepcional en los LNH.

Los linfomas constituyen únicamente el 0,5-1% de las neoplasias del esófago.

**VC-009****ALCOHOLIZAR, LIGAR Y ESPERAR ¿UNA OPCIÓN PARA LIPOMAS COLÓNICOS GIGANTES?**

Yantorno, M.; Carrica, S.; Correa, G.; Garavento, L.; Bello, G.; Epele, J.; Ojeda, E.; Ríos, A.; Redondo, A.; Villaverde, A.; Chopita, N.

**Introducción:** Los lipomas colónicos constituyen tumores adiposos benignos, con una prevalencia reportada del 0.3%. Si bien la gran mayoría son asintomáticos, los mayores de 2cm pueden asociarse a dolor abdominal, sangrado, obstrucción intestinal e intususcepción. El tratamiento endoscópico de lipomas mayor a 2cm es controversial, ya que se asocia a mayor riesgo de complicaciones.

**Materiales y métodos:** Una paciente, de 56 años, sin antecedentes patológicos, con historia de dolor abdominal, pérdida de peso no significativa y hematoquecia intermitente de 2 meses de evolución fue referida a nuestro centro para realización de videocolonoscopía. A nivel de colon transverso se evidenció una masa de 7cm, redondeada, con bordes lisos, con mucosa de aspecto normal, con pedículo corto y grueso, con signo de la almohada positivo. La sospecha diagnóstica se confirmó con ultrasonido endoscópico utilizando minisonda radial de 12Mhz, donde se observó una lesión hiperecogénica homogénea en la capa submucosa, confirmando la sospecha diagnóstica de lipoma. Se realizó tratamiento endoscópico en 3 sesiones, separadas por 2 semanas: inyección de alcohol absoluto para disminuir el tamaño de la lesión en la primera, colocación de endoloop (técnica de "ligar y dejar") en la segunda y resección de remanente y colocación de clips en la última sesión.

**Resultado:** La paciente permaneció internada 24 hs luego de cada procedimiento. Tras la segunda sesión la paciente eliminó por materia fecal restos de la lesión que fue enviada para análisis histológico. Presentó como única complicación sangrado subclínico, evidenciado durante el tercer procedimiento, que se resolvió endoscópicamente con colocación de hemoclips. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de lipoma. La paciente evolucionó posteriormente asintomática, sin dolor abdominal y ganancia de peso.

**Conclusiones:** Los lipomas colónicos son tumores no epiteliales benignos. Aquellos mayores a 2cm suelen ser sintomáticos; en estos casos el tratamiento endoscópico es controversial, por el riesgo asociado de complicaciones. La técnica de ligar y esperar utilizando endoloop se ha reportado en varias series, como una alternativa útil, evitando el riesgo vinculado al uso de corriente electroquirúrgica. La utilización de alcohol para ablandar tumores mesenquimáticos ha sido reportada en casos aislados. La combinación de ambas técnicas podría considerarse como una alternativa endoscópica en casos de lipomas colónicos gigantes.

## VC-010

### TRATAMIENTO DE FÍSTULAS DEL TRACTO DIGESTIVO CON SISTEMA OCLUSOR

Mahler, M.; Pizzala, J.E.; Abecia, V.; Rinaudo, S.; Marcolongo, M.; De Paula, J.A.  
Servicio de Gastroenterología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** el dispositivo over the scope clip (OTSC) es una herramienta cada vez más ampliamente utilizada en endoscopia. Sus indicaciones, entre otras, son el cierre de perforaciones y fístulas digestivas y el control de hemorragias en los que el tratamiento endoscópico convencional ha fallado.

**Objetivos:** presentar tres casos de fístulas postoperatorias en el tracto digestivo, dos en el tracto superior y una en el tracto inferior, ambas tratadas en forma exitosa con el dispositivo OTSC

**Métodos:** Caso 1: Hombre de 59 años de edad con antecedentes de cistoprostatectomía radical con neovigila tipo padovana por cáncer de vejiga. Como complicación postquirúrgica desarrolló una fístula entre la neovejiga y el recto. Se realizó videocolonoscopía en la que se observó en cara anterior de recto, solución de continuidad de aproximadamente 2 cm. Se insertó el sistema OTSC sobre un gastroscopio PENTAX 3470 LK y se liberó el dispositivo sobre el orificio fistuloso. Se infundió azul de metileno intravesical confirmando el cierre del trayecto fistuloso.

Caso 2: Mujer de 54 años de edad que cursó internación prolongada por ACV con requerimiento de ARM, como complicación de traqueostomía presentó fístula traqueoesofágica. Se realizó videoendoscopia digestiva alta en donde se observa orificio fistuloso. Se insertó sistema OTSC sobre un gastroscopio PENTAX 3470 LK y se liberó el dispositivo sobre el orificio fistuloso logrando el cierre definitivo del mismo. Se realizó seriada esofagográfica que confirmó el cierre.

Caso 3: Mujer de 55 años con antecedente de Cirugía bariátrica (Bypass gástrico). Desarrolló como complicación, fístula gástrica. Se realiza videoendoscopia digestiva alta en donde se observa trayecto fistuloso que comunica remanente gástrico con estómago. Se insertó sistema OTSC sobre un gastroscopio PENTAX 3470 LK y se liberó el dispositivo sobre el orificio fistuloso logrando el cierre del mismo. Se realizó seriada esofagográfica que confirmó el cierre.

**Conclusión:** El sistema ocluser es una herramienta de gran valor en la resolución endoscópica de fístulas, tanto en el tracto digestivo superior como el inferior y debe ser tenida en cuenta dentro del manejo multidisciplinario de estos casos.

## VC-012

### TRATAMIENTO EXITOSO DE PERFORACIÓN DUODENAL SECUNDARIA A MIGRACIÓN DE STENT PLÁSTICO BILIAR CON CLIP OVESCO

Marcaccio, F.H. (1); Macías Gómez, C.A. (1); Bertone, S. (2); Wright, F. (2); Mazza, O. (2); De Paula, J.A. (1)

(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital italiano de Buenos Aires, Argentina  
(2)Servicio de Cirugía, Hospital italiano de Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** El tratamiento endoscópico de las estenosis dominantes del vía biliar extra hepática asociadas a colangitis esclerosante primaria (CEP) es uno de las opciones terapéuticas más utilizadas. La perforación duodenal relacionada a la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se observa en un bajo porcentaje de los procedimientos (0,3 a 1,3 %), con una morbimortalidad del 16 al 18 %. Por tratarse de una complicación poco frecuente no existen algoritmos de manejo validados para su manejo. La forma de resolución habitual es la quirúrgica, existiendo reportes sobre la utilización del clip OVESCO, pero ninguno de su uso como consecuencia de la migración de una prótesis plástica biliar. **Materiales y métodos:** Se trata de un paciente masculino de 28 años de edad, con antecedentes de colitis ulcerosa (CU) que requirió proctocolectomía total con pouch ileoanal por presentar displasia severa asociada a la mucosa (DALM) a los 26 años y CEP con una estenosis dominante de conducto hepático común diagnosticada a los 21 años. Por presentar colangitis a repetición y empeoramiento de su estenosis por colangiografía se realizó CPRE con cepillado de la estenosis biliar y colocación de prótesis biliar plástica de 10 Fr x 9 cm. siendo externado 24 hs. después. El paciente reingresó por dolor abdominal y fiebre a las 48 hs. post CPRE, se realizó una tomografía axial computada (TAC) donde se observó moderada cantidad de líquido libre en el espacio parietocólico derecho e imagen compatible con perforación duodenal secundaria a la migración de stent plástico. Se evaluó el caso con el equipo multidisciplinario y se decidió la colocación de un drenaje tipo Nephrostomy bajo TAC donde se obtuvo líquido bilioso y mejoría del cuadro clínico inicial. Posteriormente se realizó endoscopia digestiva con extracción de stent plástico asistido con capuchón y colocación de clip OVESCO de 10 mm. Lo que provocó el cierre del orificio que se documentó radiológicamente; el débito por el drenaje cesó las 4 hs. posteriores a la colocación del clip OVESCO e inició alimentación oral a las 48 hs. posteriores al cierre de la perforación, se extrajo el drenaje y fue dado de alta a los 7 días posteriores al cierre del perforación con evolución satisfactoria hasta la fecha.

**Conclusión:** Presentamos este caso en el cual la utilización del CLIP OVESCO combinado con drenaje peritoneal percutáneo mostró ser exitoso en el manejo de la complicación. Esta modalidad de tratamiento puede ser considerada como una alternativa posible en casos seleccionados de perforación duodenal hacia peritoneo por migración de una prótesis biliar.

## VC-011

### RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA DE PERFORACIONES DURANTE COLONOSCOPIA, UN CAMBIO DE PARADIGMA?

Mahler, M.; Abecia, V.; Pizzala, J.E.; Manazzoni, D.; Rinaudo, S.; Nieto, D.; Marcolongo, M.; De Paula, J. A.  
Servicio de gastroenterología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** El sistema ocluser (over the scope clip -OTSC) es una herramienta cada vez más utilizada en endoscopia. Sus indicaciones, entre otras, son el cierre de perforaciones y fístulas digestivas y el control de hemorragias en los que el tratamiento endoscópico convencional ha fallado.

**Objetivos:** presentar nuestra experiencia en el tratamiento de perforaciones colónicas con el dispositivo OTSC.

**Métodos:** Presentamos 2 casos de perforaciones colónicas agudas que se trataron de forma exitosa con el dispositivo OTSC.

Caso 1: Paciente mujer de 65 años. En colon sigmoide se observa sobre orificio diverticular, solución de continuidad lográndose visualizar capa muscular y mesenterio. Se aproximan los bordes con pinza twin grasper y se coloca clip OTSC logrando el cierre definitivo. Se indicaron antibióticos endovenosos y observación por 24 horas.

Caso 2: A Nivel de ángulo esplénico se observó solución de continuidad con comunicación a la cavidad peritoneal, durante el procedimiento el paciente presentó neoperitoneo importante y dificultad ventilatoria, se ingresó a cavidad peritoneal y se aspiró el aire mejorando así el cuadro. Se colocó, asistido con pinza twin grasper, clip OTSC constatándose el cierre de la perforación. Se realizó prueba neumática de fuga por vía laparoscópica evidenciando indemnidad del colon.

Ninguno de los 2 pacientes presentó dolor importante después del procedimiento.

**Conclusión:** El sistema ocluser debe ser tenido en cuenta para el manejo de las perforaciones colónicas en endoscopia ya que permite una resolución rápida y de baja complejidad en este tipo de complicaciones.

## VC-013

### COMPLICACIÓN INFRECUENTE CPRE; PERFORACIÓN DUODENAL- RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA

Herrera Babot, G.W.; Romaña Murga, J.R.; Aleman, M.A.; Cejas, A.A.  
Sanatorio Modelo, Tucumán-Argentina

**Introducción:** la CPRE es un procedimiento no exento de complicaciones, las típicas son la Pancreatitis Aguda, la hemorragia postesfinterotomía, la sepsis de origen biliar (colangitis, colecistitis) y la perforación tanto del área papilar, por la esfinterotomía, como del duodeno por el endoscopia o prótesis biliares. Algunas de ellas potencialmente fatales La CPRE se asocia a una tasa de complicaciones del 5-10 % con una mortalidad del 0,4%. La tasa de perforación oscila alrededor del 1% de todas las esfinterotomías realizadas.

**Objetivo:** Mostrar un caso clínico de paciente con perforación duodenal por duodenoscopia y resolución exitosa con clips.

**Materiales y Métodos:** presentación de video de caso clínico.

Paciente de 56 años de edad. Antecedentes quirúrgicos: colecistectomía hace 3 años. Consulta por dolor abdominal tipo cólico, de tres meses de evolución. En Laboratorio patrón de colestasis. Ecografía: evidencia vía biliar extra hepática dilatada con litos. Colangiografía: colédoco dilatado 18mm con múltiples litos. CPRE: papila en 2da porción duodenal, con poro desgarrado, se accede a colédoco, se observa dilatación de unos 20mm con múltiples litos en su interior el de mayor tamaño de aproximadamente, 18mm, Se extrae con canastilla de Dormia litos pequeños, el de mayor tamaño se extrae con dificultad previa ruptura del mismo, inmediatamente se observa perforación en duodeno contralateral a papila de 2 cm aproximadamente. Se cambia a gastroscopio y se colocan 2 clips ocluyendo orificio.

**Resultados:** se indica tratamiento con antibióticos, dieta cero, SNG. Evolución favorable sin dolor abdominal, en laboratorio: leucocitosis que normaliza al 4to día de internación luego alta sanatorial, control a los 7 días, continúa paciente asintomática. Resonancia a los 30 días normal.

**Conclusiones:** Mostramos una infrecuente y dramática complicación de la CPRE, perforación duodenal contralateral a papila resuelta satisfactoriamente con el uso de clips endoscópicos sin necesidad de cirugía. El éxito del procedimiento depende de la detección precoz, de la disponibilidad de los accesorios necesarios y la experiencia del endoscopista.