

AOTA

GASTROENTEROLÓGICA LATINOAMERICANA

Supl N°1 Vol 46 año 2016

Congreso Argentino de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva

“Compartiendo la riqueza del abordaje multidisciplinario”



**RESÚMENES
DE TRABAJOS**

29-30 de Sept y 1 de Oct 2016
Hilton Hotel Buenos Aires
Argentina



Sociedad
Argentina de
Gastroenterología

Órgano oficial

SGU

Sociedad de
Gastroenterología
del Uruguay



Órgano oficial



Sociedad
Argentina de
Gastroenterología

SGU | Sociedad de
Gastroenterología
del Uruguay

Edita: Sociedad Argentina de Gastroenterología, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

ISSN 0300-9033

EDITOR EN JEFE

Horacio Vázquez
Hospital de Gastroenterología
Dr. Carlos Bonorino Udaondo, CABA.

COMITÉ EDITORIAL

Carolina Bolino
Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica
(GEDyT), CABA.

Josefina Etchevers
Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA.

Jorge Olmos
Hospital de Clínicas General San Martín,
Universidad de Buenos Aires, CABA.

Martín Olmos
Hospital Bernardino Rivadavia, CABA.

Lisandro Pereyra
Hospital Alemán, CABA.

CONSULTOR
Julio César Bai
Hospital de Gastroenterología
Dr. Carlos Bonorino Udaondo, CABA.

SECCIÓN IMÁGENES
Roberto Mazure

PÁGINA WEB
Gabriela Longarini

SECRETARIA
Mariela García Muñoz

PRODUCCIÓN Y EDICIÓN
Raúl Groizard

DISEÑO Y ARMADO DIGITAL
Candela Córdova

CORRECTOR
Hernán Sassi

REVISORES NACIONALES

Ana Adet	Carlos Miguel Lumi
Mario Barugel	Pablo Luna
Sandra Basso	Fernando Man
Román Bigliardi	Mariano Marcolongo
Fernando Cairo	Ricardo Mastai
María Cristina Cañero Velasco	Eduardo Mauriño
Marcela Carballido	Guillermo Méndez
Sebastián Augusto Carrica	Alberto Muñoz
Mariano Cartier	Fabio Nachman
Cecilio Cerisoli	Alejandro Nieponice
Fernando Chirido	Marina Orsi
Daniel Cimmino	Silvia Pedreira
Karina Collia	María Marta Piskorz
Luis Colombato	Graciela Salis
Rodolfo Corti	Alicia Sambuelli
Federico Cuenca Abente	Edgardo Smecuol
Cecilia Curvale	Luis Soifer
Jorge Daruich	Laura Sole
Juan Andrés De Paula	Silvia Susana Soler
Luis Durand	Eduardo Sosa
Nora Fernández	Hugo Tanno
José L. Fernández	María del Carmen Toca
Alfredo García	Lucio Uranga
Andrea González	Carlos Vaccaro
Nicolás González	María Inés Vaccaro
Estanislao Gómez	Walter Vasen
Ubaldo Gualdrini	Federico Villamil
Martín Guidi	Luis Viola
Silvia Gutiérrez	Marta Wegener
Hui Jer Hwang	David Zagalsky
Juan Lasa	Hugo Zandalazini
María Eugenia Linares	

REVISORES INTERNACIONALES

Herbert Burgos	Mario Reis Alvares da Silva
Henry Cohen	José M. Remes-Troche
Nicolás González	Roque Saenz
Angel Lanás	Asadur Jorge Tchekmedyian
Xavier Llor	Marcelo Vela
Carolina Olano	Elena Verdú
Julio Carlos Pereira Lima	



GASTROENTEROLÓGICA LATINOAMERICANA



**Sociedad
Argentina de
Gastroenterología**
SAGE

SGU | Sociedad de
Gastroenterología
del Uruguay

**COMISIÓN DIRECTIVA
SAGE - PERÍODO 2016**

PRESIDENTE

Silvia C. Pedreira

VICEPRESIDENTE

Sonia Niveloni

SECRETARIA

Laura I. Solé

PROSECRETARIA

Raquel A. González

TESORERA

Adriana R. Zelter

PROTESORERA

María Carolina Bolino

VOCALES TITULARES

María Eugenia Linares

Diego Fernández

Omar R. Miravalle

VOCALES SUPLENTE

Mariel Iriarte

Paola Adami

Viviana Valcarce

CONSULTOR EX-PRESIDENTE

Ángel Nadas

CONSEJO ASESOR DE SAGE

Ángel Nadas

Luis M. Bustos Fernández

Alfredo García

Claudio Bilder

Horacio Vázquez

**COMISIÓN DIRECTIVA
SGU - PERÍODO 2015-2016**

PRESIDENTE

Asadur Jorge Tchekmedyan

1^{er} VICEPRESIDENTE

Claudio Iglesias

2^{do} VICEPRESIDENTE

María Antonieta Pessolano

SECRETARIA

Luciana Nicoloff

TESORERO

Alicia Perez Medeiros

SECRETARIA DE ACTAS

Cecilia Torres

VOCALES

Javier Barreiro

Guido Annuiti

Suplentes preferenciales

Ethel Szafer

Álvaro Fiorini

Mónica Noble

PROGRAMACIÓN NACIONAL

Eduardo Gutiérrez Galiana

PROGRAMACIÓN INTERNACIONAL

Horacio Gutiérrez Galiana

COMISIÓN FISCAL

Miembros titulares

Rosario Terra

Laura Delgado

Álvaro Piazze

Suplentes preferenciales

Artigas Escudero

José Figueroa

Carlos Batalla

Acta Gastroenterológica Latinoamericana es el órgano oficial de la Sociedad Argentina de Gastroenterología (SAGE) y la Sociedad de Gastroenterología del Uruguay (SGU). Propiedad intelectual N° 231736.

Las opiniones y afirmaciones expresadas en artículos, editoriales u otras secciones de *Acta Gastroenterológica Latinoamericana* corresponden a los respectivos autores. Ni el Comité Editorial de la publicación ni la Sociedad Argentina de Gastroenterología se hacen cargo de ellas.



Bienvenidos

Estimados colegas:

Bienvenidos a este suplemento del Acta Gastroenterológica Latinoamericana, en el cual se publican una vez más los resúmenes de trabajos originales, casos clínicos y videos aceptados en el marco de Congreso Argentino de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Gastro 2016.

Constituye para nosotros un motivo de orgullo que el ACTA lleve adelante esta tarea, venciendo diversas dificultades, ya que es el órgano de difusión de SAGE y de la Sociedad de Gastroenterología de Uruguay y favorece la difusión de la producción científica nacional en el exterior por estar incluida en el sistema indexado internacional [Index Medicus, Current Contents, Periódica y Sociedad Iberoamericana de Investigación Científica (SIIC)].

Se presentarán 146 trabajos mediante una nueva modalidad que hemos elegido para su presentación: el formato electrónico, el cual, además de permitir la exposición oral de todos los trabajos, facilitará el acceso a los mismos on line, mediante la aplicación correspondiente.

En nombre de los Comités Organizadores del Congreso, queremos agradecer a los profesionales que generaron estos trabajos, a los revisores y comentadores de trabajos, el tiempo destinado a esta actividad tan importante, pues adicionalmente, participaron de otras tareas dentro de esta reunión científica y de su actividad asistencial, y a la secretaria CCM, quienes han cumplido un rol activamente en la coordinación de esta labor para llevar adelante esta presentación.

Comité Evaluador

Carolina Bolino

Juan Lasa

Lisandro Pereyra



AUTORIDADES

COMITÉ ORGANIZADOR DE GASTROENTEROLOGÍA

Presidente:
David Zagalsky

Secretario General:
Edgardo Smecuol

Secretarios Científicos:
Maricel Bellicoso
José Mella

Asesor Científico:
Eduardo Mauriño

Secretaria Técnica:
Liliana Spallone

Curso de Post Grado:
Horacio Vázquez

COMITÉ ORGANIZADOR DE ENDOSCOPIA

Presidente:
Saúl Berman

Secretaria General:
Silvina Gándara

Secretario Científico:
Sergio Etchepare

Secretario Técnico:
Ricardo Gotti

Coordinadores de área:
Laura Agoff
Leandro Manzotti
Félix Trelles

JORNADAS DE GASTROENTEROLOGIA Y ENDOSCOPIA PEDIÁTRICA

Marina Orsi
Silvia Ninomiya

SECRETARÍA DE TRABAJOS CIENTÍFICOS UNIFICADA

Carolina Bolino
Juan Lasa
Lisandro Pereyra





PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN LA REVISIÓN DE LOS TRABAJOS CIENTÍFICOS

ABECIA SORIA, Víctor Hugo	FIGUEREDO, Ricardo	OLIVERA SENDRA, Pablo
ADAMI, Paola Andrea	FILO, Gladys Lilian	OLMOS, Jorge
AMENDOLA, Rafael	GANDARA, Silvina	OMODEO, Mariana
ARGENTO, Rosana	GIL, Aníbal	ONGAY, Luis Rodrigo
AVAGNINA, Alejandra	GOMEZ, Estanislao	ORSI, Marina
BABOT, Gastón	GONZALEZ BALLERGA, Esteban	PASQUA, Analía Verónica
BARCIA, Teresa	GONZÁLEZ, Andrea	PEDREIRA, Silvia Cecilia
BELLICOSO, Maricel	GONZALEZ, María Laura	PEREYRA, Lisandro
BOLINO, María Carolina	GONZALEZ, Raquel Analía	PEREZ RAVIER, Roberto
BORI, Javier	GUIDI, Martin	PIGNATARO, Susana
BOSCH, Jorge	GUTIERREZ, Silvia Cristina	PROMENZIO, Esteban
BUSONI, Verónica	HWANG, Hui Jer	RAMOS, Rosa I.
CADIZ, Claudia Ana	IANTORO, Guido	RAUSCH, Astrid
CALDO, Ignacio Federico	IRIARTE, Sonia Mariel	REBAY, Mercedes
CANSECO, Sandra	JURY, Gastón	RODRIGUEZ, Pablo César
CARO, Luis	LASA, Juan	ROEL, Mariela
CARPINETA, Romina	LINARES, María Eugenia	SALIS, Graciela
CERISOLI, Cecilio	LONGARINI, Gabriela	SAMBUELLI, Alicia
CHAAR, Elsa Catalina	LUBRANO, Pablo	SANCHEZ, Christian
CHAVEZ, Emiliano	LUMI, Carlos Miguel	SMECUOL, Edgardo
CIOTTOLA, Franco	MAN, Fernando	SORDA, Juan
CIRINCIONE, Vilma Inés	MANAZZONI, Dante	SPALLONE, Liliana
COGHLAN, Eduardo	MANZOTTI, Leandro Nicolás	STEINBERG, Leandro Hernán
COHEN SABBAN, Judith	MATANÓ, Raúl	TAWIL, José
CORTI, Rodolfo	MATOSO, María Dolores	TOCA, María Del Carmen
DAGOSTINO, Daniel	MAURIÑO, Eduardo	TOPOR, Javier
DARUICH, Jorge	MAVROMATOPULOS, Elisabet	TORO, Martín Ariel
DI PAOLA, Leandro	MOORE, Rafael	TRELLES, Félix
DIMA, Guillermo	MORENO, María Laura	VILLAVARDE, Augusto
DURAND, Luis	NACHMAN, Fabio	VISCARDI, Juan Pablo
ESTEVEZ, Sebastián	NIEPONICE, Alejandro	YANTORNO, Martín
ETCHEPARE, Sergio	NINOMIYA, Inés	ZAGALSKY, David Horacio
FANJUL, Ignacio	NIVELONI, Sonia	ZELTER, Adriana
FERNANDEZ, José	NOVILLO, Abel	ZUBIAURRE, Ignacio

ÍNDICE DE TRABAJOS

GASTROENTEROLOGÍA	6 a 29
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	30 a 52
VIDEOS	53 a 56
INDICE POR AUTORES	57 a 71

TO - ESÓFAGO

0021 - ESTUDIO COMPARATIVO DE VARIABLES PH-MÉTRICAS ENTRE PACIENTES CON DIETA PROVOCADORA DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN EL ALMUERZO Y LA CENA: ¿ES MÁS IMPORTANTE EL CUIDADO EN LA CENA?

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Gastro: Esófago

Unidad Temática 2: Gastro: Nutrición

FANJUL, Ignacio | PERALTA, Daniel | LASA, Juan | DIMA, Guillermo | OLIVERA SENDRA, Pablo | SOIFER, Luis

CEMIC

Introducción: Introducción. La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se relaciona frecuentemente con la ingesta de alimentos. Algunas comidas podrían ser consideradas protectoras y otras provocadoras de RGE patológico y esto estaría también influido por el horario de la ingesta. **Objetivo:** Analizar las variables pH-métricas en pacientes que cumplen una dieta provocadora del RGE en el almuerzo y en la cena. **Materiales y métodos:** En un diseño de tipo corte transversal fueron analizados 45 pacientes con síntomas típicos de RGE entre enero y junio de 2015. Fueron divididos en forma aleatoria en dos grupos. Un grupo realizó una dieta provocadora del RGE en la cena y el otro grupo en el almuerzo. Luego fueron estudiados mediante una pHmetría y fueron comparados los porcentajes de pH menor de 4 en las 3 hs posterior a la ingesta de ambos grupos. No hubo diferencias en cuanto a edad, sexo, peso ni DeMeester's Score entre ambos grupos. Se utilizó para la comparación de variables categóricas el test de Fisher. Para la comparación de variables numéricas, se utilizó el test t de Student o el de Mann-Whitney (en el caso de variables no paramétricas). Se consideró como significativo un valor de p menor a 0.05. **Resultados:** El grupo de pacientes que realizaron la dieta provocadora de RGE en la cena incluyó 23 sujetos (edad promedio 51 años, sexo femenino 57%, DeMeester's Score 26) y el grupo con la dieta provocadora en el almuerzo incluyó 22 sujetos (edad promedio 54 años, sexo femenino 64%, DeMeester's Score 23). No se observó diferencia significativa en el porcentaje de tiempo con pH menor de 4 en las 3 hs posteriores a la ingesta entre almuerzo y cena en el grupo de pacientes con dieta provocadora de RGE en el almuerzo. En cambio, sí se observó diferencia estadísticamente significativa en el porcentaje de tiempo con pH menor de 4 en las 3 hs posteriores a la ingesta entre almuerzo y cena en el grupo de pacientes con dieta provocadora de RGE en la cena (%pH<4 promedio en la cena [dieta provocadora de RGE] 30% vs 18% en el almuerzo, p=0.048). **Conclusiones:** Solamente los pacientes con dieta provocadora de RGE en la cena mostraron diferencias en los tiempos con pH menor de 4 por lo que sería importante hacer mayor énfasis en el cuidado de las comidas en las cenas de estos pacientes.

TO - ESÓFAGO

0073 - ESOFAGITIS EOSINOFILICA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Gastro: Esófago

DON, Georgina | GIACOMANTONE, Candela | DOWECK, Judyth | BORI, Javier | CABANNE, Ana | REYES, Hugo | DULCICH, Florencia | ZERBO, Osvaldo | CORTI, Rodolfo

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGIA CARLOS BONORINO UDAONDO

Introducción: La esofagitis eosinofílica (EEO) es una enfermedad inflamatoria crónica del esófago que puede inducir cambios estructurales como resultado de la infiltración eosinofílica crónica y persistente. Los síntomas dominantes son la disfagia y la impactación alimentaria, aunque se han descrito otros síntomas asociados. Su diagnóstico se basa en la endoscopia digestiva alta y en el hallazgo de 15 o más eosinófilos/Campo de alta resolución (cpo) en las biopsias. Debido a la infrecuencia de esta entidad, existen pocos casos publicados en la literatura de nuestro país, la mayoría fueron documentados como casos clínicos o serie de casos por lo que no conocemos la respuesta clínica, endoscópica ni histológica al tratamiento en nuestro medio, lo cual justificaría la importancia de nuestra presentación. **Objetivo:** Evaluar la respuesta clínica, endoscópica e histológica posterior al tratamiento en una serie de casos con EEO. **Hipótesis:** El tratamiento médico genera mejoría sintomática, reducción del número de eosinófilos/cpo y mejora en los hallazgos macroscópicos de la endoscopia. **Materiales y métodos:** Se incluyeron 11 pacientes adultos, en el

periodo comprendido entre diciembre de 2010 a febrero de 2016, con confirmación diagnóstica de EEO, en la Unidad de Esófago y Estómago del Hospital Udaondo. Se evaluó el grado de disfagia (por Clasificación de Richter 0-3), hallazgos endoscópicos (por clasificación E. Dellon ACG 2013) y cantidad de eosinófilos/CAR, pre y post tratamiento. **Resultados:** De los 11 pacientes, 8 fueron tratados con spray de fluticasona deglutido, uno con budesonide en solución viscosa y dos con montelukast, asociado a IBP's por 12 semanas. 3 de los 8 pacientes tratados con fluticasona deglutido respondieron clínica y patológicamente pero no resolvieron la traquealización esofágica al examen endoscópico de control; el resto de los pacientes respondieron clínica, endoscópica y patológicamente favorable a los distintos tratamientos utilizados. **Conclusiones:** A pesar de los trabajos publicados donde se evidencia una relación hombres a mujeres de 3:1, en nuestra evaluación se observa un 100% de pacientes masculinos. Se evidenció un importante antecedente atópico en el 72% de los pacientes. Luego del tratamiento, los síntomas mejoran en un 100% vs 63 % observada en la literatura y el infiltrado de eosinófilos disminuye en un 90% de los pacientes en contraste con el 68% de lo publicado. En el 27% (3/11) de los pacientes persiste la lesión endoscópica luego del tratamiento, lo que sugiere que la alteración anatómica secundaria al proceso inflamatorio no respondería en todos los casos a pesar de un tratamiento adecuado. Dicha observación podría ser la responsable de acarrear trastornos estructurales del órgano a largo plazo.

TO - ESÓFAGO

0153 - PREVALENCIA DE ALTERACIONES ESOFÁGICAS EN LA VIDEODEGLUCION EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARINGEA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Gastro: Esófago

TACCHI, Mariel | RAMOS, Rosa I. | PROMENZIO, Esteban | SILVIA, Lamas | MATANÓ, Raúl

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED EL CRUCE "DR. NESTOR CARLOS KIRCHNER"

Introducción: La video deglución (VxRx) es una técnica dinámica que estudia la anatomía y fisiología de las fases de la deglución y es considerado el método gold estándar para evaluar disfagia orofaríngea (DOF). Sin embargo, un porcentaje de pacientes con síntomas de DOF presenta alteraciones a nivel esofágico, por lo que debería evaluarse la tercera fase en estos estudios dinámicos. **Objetivo:** investigar la prevalencia de alteraciones esofágicas en la Vx Rx en pacientes con DOF **Materiales y Métodos:** Se estudiaron 41 pacientes adultos derivados para VxRx entre marzo 2013 y diciembre 2015. Se excluyeron pacientes con incapacidad de cumplir órdenes simples, traqueostomizados, con diagnóstico previo de cáncer o tumores de la región cervical. Los estudios se realizaron en el servicio de Radiología con un radiólogo y un gastroenterólogo. La posición perfil izquierdo y anterior posterior, con volúmenes de 5, 10 ml y trago libre, con 3 consistencias (semisólidos, líquidos, y sólidos). Se evaluaron las 3 fases de la deglución (oral -orofaríngea-esofágica). **Resultados:** Fueron incluidos 27 pacientes con DOF. La edad media fue de 51 años (rango 27-85), 18 femeninos. El BMI fue de 24 (rango 14,8-39,9). Un 44, 4 % de los pacientes eran tabaquistas y un 40,74% tenían como antecedente HTA. Solo un 22,22% de total de los pacientes tenían síntomas de reflujo típico o atípico. El 14,81% presentaba dolor torácico. El 81,48% habían perdido menos de 5kg de peso corporal al momento de la consulta. La prevalencia de alteraciones esofágicas fue 51,8%. El 21,4% presentaron retardo en el vaciamiento esofágico, el 28,5% ondas terciarias, 21,4% componente ascendente, 14,2% hernia hiatal y 14,2% estenosis esofágica distal. **Conclusiones:** 1) La DOF puede ser una manifestación de alteraciones funcionales o estructurales del cuerpo esofágico. 2) Las 3 fases de la Vx Dx son imprescindibles para un estudio eficiente y completo.

TO - ESTÓMAGO

0054 - YERBA MATE (ILEX PARAGUARIENSES) CONSUMPTION INCREASES THE RISK OF HELICOBACTER PYLORI GASTRITIS

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Gastro: Estómago

Unidad Temática 2: Gastro: Nutrición

LASA, Juan | OLIVERA, Pablo | FANJUL, Ignacio | ZUBIAURRE, Ignacio | PERALTA, Daniel | MOORE, Rafael | DIMA, Guillermo | SOIFER, Luis

CEMIC

Introducción: BACKGROUND: *Helicobacter pylori* infection is one of the most common causes of chronic gastritis. Although much is known about this condition, the exact mechanism of contagion and its risk factors are not completely understood. Yerba mate (*ilex paraguariensis*) beverages are frequently consumed in the Southern countries in South America, mainly Argentina, Uruguay and Brazil. These kind of beverages are usually consumed in groups that share the same recipient that contains the beverage. Anti-bacterial and anti-oxidant properties of yerba mate have been described. The impact that its consumption may have on *Helicobacter pylori* gastritis is not known. AIM: To compare *Helicobacter pylori* chronic gastritis between yerba mate consumers and non-consumers with dyspepsia. MATERIALS AND METHODS: Patients with a diagnosis of dyspepsia (according to Rome III criteria) who attended our institution were consecutively enrolled. These patients belonged to a middle-class population of the Buenos Aires metropolitan area. Patients with anemia, diarrhea, gastrointestinal bleeding or unexplained weight loss were excluded. All patients underwent upper endoscopy with gastric biopsies to determine the presence of *Helicobacter pylori* as well as histological signs of chronic gastritis, intestinal metaplasia and/or dysplasia. At least four gastric biopsies (with two samples from the gastric body) were taken in each case. We sought to determine the presence of chronic gastritis risk factors, such as NSAIDs consumption, tabaquism, obesity, alcohol consumption. Yerba mate consumption was assessed during medical interview before endoscopy. PPI consumption was also assessed. Chi square test was used to compare categorical variables and Mann Whitney test was used to compare numerical variables. *Helicobacter pylori* gastritis was compared between mate consumers and non-consumers. Also, a univariate analysis was performed to determine *Helicobacter pylori* chronic gastritis risk factors. Finally, a multivariate analysis was also performed to establish independent risk factors for *Helicobacter pylori* chronic gastritis. RESULTS: Overall, 150 patients were enrolled. Yerba mate consumption was present in 51.32% of patients. Median age was 48 years (range 18-75) and 45% were women. There were no significant differences in terms of demographic features between yerba mate consumers and non-consumers. *Helicobacter pylori* gastritis was found in 23.35% of patients. Sixty percent showed at least one endoscopic lesion (mainly gastroduodenal erosions). No dysplasia was found and only 6% presented intestinal metaplasia. *Helicobacter pylori* gastritis was significantly more common in yerba mate consumers than in non-consumers (29.55 vs 15.6%, $p=0.05$). There were no significant differences in terms of NSAIDs or alcohol consumption, tabaquism or obesity between *Helicobacter pylori* gastritis and non-*Helicobacter pylori* gastritis. On multivariate analysis, yerba mate consumption [OR 2.43 (1.07-5.55)], age [OR 1.03 (1-1.04)] and PPI consumption [OR 0.17 (0.06-0.51)] were significantly associated with *Helicobacter pylori* chronic gastritis. CONCLUSION: Yerba mate consumption as well as age were significant risk factors for *Helicobacter pylori* infection.

TO - ESTÓMAGO

0059 - ESTADO HISTOPATOLOGICO DE LA MUCOSA GÁSTRICA EN ESTÓMAGOS RESECADOS POR ADENOCARCINOMA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Gastro: Estómago

KUJARUK, Mirra Raquel | DRA CABANNE, Ana | DRA DOWECK, Judith | DRA FILIPPA, Laura | DRA.BESTANI, Claudia | DULCICH, Florencia | DR CORTI, Rodolfo
HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA CARLOS BONORINO UDAONDO

Introducción: El adenocarcinoma gástrico (ACG) es una neoplasia que representa la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo, siendo Argentina un país de baja prevalencia. Representa el 10.4% de las muertes por cáncer; los factores ambientales juegan un rol fundamental en los cambios histopatológicos que conducen al cáncer. El 95% de los tumores malignos son ACG. Lauren clasificó el ACG en intestinal y difuso. El modelo de P. Correa explica la historia del cáncer de tipo intestinal con una serie de eventos que parten de la gastritis crónica activa, gastritis atrófica, metaplasia intestinal y displasia que finalmente conduce al ACG. La atrofia es el marcador actual de progresión de la gastritis crónica. OBJETIVOS: Evaluar en la mucosa adyacente al ACG, tipos de gastritis, *Helicobacter pylori* (HP), metaplasia intestinal, atrofia gástrica y displasia y comparar con los diferentes tipos de adenocarcinomas. Comparar el grado de atrofia de acuerdo a los criterios de Sidney Houston, OLGA y OLGIM en los diferentes tipos de adenocarcinomas. METODOS: Durante la revisión excluimos 27 casos que no contaban con muestras de cuerpo o antro. Evaluamos 76 piezas de gastrectomía resecadas por ACG corporoantrales. Los adenocarcinomas fueron clasificados según criterios de Lauren. Para valorar el estado de la mucosa gástrica adyacente al tumor se examinaron 476 muestras, 316 de cuerpo y 160 al antro. Las secciones estaban coloreadas con Hematoxilina-Eosina. Adicionalmente se efectuó coloración de Giemsa para la detección de HP. Aplicamos los criterios de Sidney Houston, OLGA y OLGIM para evaluar el grado de atrofia gástrica. La displasia fue clasificada con Viena revisada. RESULTADOS: De los 76 adenocarcinomas, 29 fueron intestinales, 32 difusos, 4 mixtos y 11 indeterminados. La gastritis crónica, excepto en un adenocarcinoma intestinal, estuvo presente en todos los casos. La metaplasia intestinal en el 83% de los intestinales, 59% de los difusos y 100% de los mixtos e indeterminados. HP positivo en el 14%, 28%, 50% y 27% respectivamente. La displasia fue más frecuente en intestinales y mixtos. Evaluada con Sidney, la atrofia glandular de grado severo, estuvo presente en un bajo porcentaje de casos. Con OLGA, mostraron atrofia avanzada el 41% de los intestinales, 12% de los difusos, 25% de los mixtos y 45% de los indeterminados. Con OLGIM la atrofia avanzada fue del 41% para

los intestinales, 6% difusos, 25% mixtos y 27% indeterminados. CONCLUSIONES: Con los sistemas OLGA y OLGIM la atrofia gástrica avanzada se evidencia en porcentajes similares en los adenocarcinomas intestinales y mixtos. En los casos de los adenocarcinomas difusos e indeterminados la atrofia gástrica avanzada fue mejor evaluada con el sistema OLGA. Con el sistema de Sidney Houston la atrofia severa se evidenció en un porcentaje mucho menor que con los sistemas OLGA y OLGIM. Se requiere un mayor número de muestras para validar los sistemas OLGA y OLGIM en nuestro país.

TO - ESTÓMAGO

0067 - ALTERACIÓN DE LA MUCOSA GÁSTRICA Y DE LAS HORMONAS REGULADORAS DEL APETITO EN RELACIÓN A *HELICOBACTER PYLORI* Y EL GENOTIPO INFECTANTE

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Gastro: Estómago

Unidad Temática 2: Endoscopia: Estómago

MANTERO, Paula(1) | MATUS, Gonzalo(2) | CORTI, Rodolfo(2) | CABANNE, Ana(2) | LUCARELLI, Lucía Ayelén(2) | ZERBETTO, Gerardo(3) | PISKORZ, María Marta(4) | ZUBILLAGA, Marcela(1) | JANJETIC, Mariana(5) | GOLDMAN, Cinthia(5)
CÁTEDRA DE FÍSICA, FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (1); HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA CARLOS BONORINO UDAONDO (2); INSTITUTO DE MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA MÉDICA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (3); HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSE DE SAN MARTÍN" (4); CÁTEDRA DE FÍSICA, FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES; CONICET (5)

Introducción: *H. pylori* coloniza el estómago y podría alterar la secreción de hormonas reguladoras del apetito de acuerdo a la virulencia de las cepas infectantes y la patología gástrica inducida. Nuestro objetivo fue evaluar la histología gástrica, las concentraciones de las hormonas grelina y leptina y el estado nutricional antropométrico de pacientes en relación a la infección por *H. pylori* y el genotipo de las cepas infectantes. Este estudio transversal incluyó adultos (18-70a) dispépticos con indicación de VEDA. Se realizaron encuestas sociodemográfica y alimentaria, se midió peso y talla para evaluación antropométrica y se extrajo sangre para dosar la concentración sérica de grelina y leptina por ELISA. Se realizó el 13C-Test del Aire Espirado y, durante la VEDA, la toma de biopsias de antro y cuerpo para análisis histopatológico y amplificación por PCR de genes de virulencia *vacA* y *cagA*. El análisis estadístico se hizo mediante los tests de χ^2 , Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, correlación de Spearman y regresión lineal. Se incluyeron 163 pacientes (40,8±14,0a) con una prevalencia de infección de 53,4% (IC95%;45,7-65,8%). No se encontró asociación entre la infección y la ingesta de nutrientes ni con los porcentajes de sobrepeso/obesidad en pacientes infectados y no infectados ($P=0,09$). Sin embargo, en pacientes *H. pylori* positivos la mediana de la concentración de grelina fue 306,5 pg/mL (RIQ: 230,0-385,5 pg/mL) y en los negativos 358,3 pg/mL (RIQ: 253,8-547,8 pg/mL) asociándose la infección a menor concentración sérica de grelina ($P=0,016$), incluso luego del ajuste por IMC y sexo mediante regresión lineal ($P=0,019$). No encontramos diferencias significativas en las medianas de leptina de pacientes positivos y negativos ($P=0,76$). Se observó una correlación inversa entre los niveles de grelina y el IMC ($r=-0,25$; $P=0,0013$), mientras que para la leptina esta correlación fue positiva ($r=0,56$; $P<0,00001$). El análisis histopatológico reveló una mayor prevalencia de gastritis crónica activa y gastritis atrófica/metaplasia intestinal en pacientes positivos respecto de los negativos, asociándose la infección con el tipo de patología gástrica en antro ($P<0,0001$) y cuerpo ($P<0,0001$). El tipo y severidad de patología en cuerpo gástrico se asoció a menores concentraciones séricas de grelina ($P=0,03$) independientemente de la infección. La prevalencia de cepas *cagA* positivas fue 71,3% (IC95%;61,0-79,7%), no habiéndose encontrado asociación entre el genotipo de *H. pylori* y el tipo de patología en antro ($P=0,47$) o cuerpo ($P=0,92$) ni con la concentración de grelina ($P=0,66$). Nuestro estudio demuestra que la infección por *H. pylori*, aunque no su genotipo, y la patología del cuerpo gástrico se asocia con menores concentraciones de grelina sérica en pacientes dispépticos, enfatizando el papel de *H. pylori* en la regulación hormonal del apetito.

TO - ESTÓMAGO

0171 - SIN LA TRIPLE TERAPIA: ¿QUE HACEMOS CON LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*?

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Gastro: Estómago

OJEDA, Estefanía | CORREA, Gustavo Javier | ORTIZ, Lucía | VITALE, Luisina | RIOS, Ariel Hernan | CARRICA, Sebastian Augusto | SCARPONI, Alicia | YANTORNO, Martin | CHOPITA, Nestor Alfredo

HIGA SAN MARTIN LA PLATA

Trabajo: Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) tiene en nuestro medio una seroprevalencia cercana al 76%. El tratamiento de erradicación más utilizado es el triple esquema estándar, que ha sido desaconsejado en muchos países por su alta tasa de falla terapéutica. Dada la importancia del patógeno, su potencial carcinogénico y prevalencia, resulta de vital importancia conocer la tasa de éxito del tratamiento a nivel local. Objetivos: Primario: determinar la tasa de respuesta terapéutica de la triple terapia estándar. Secundarios: 1) establecer la relación entre tasa de erradicación y variables como: epidemiológicas, motivo de solicitud y hallazgos endoscópicos, motivos de erradicación y adherencia al tratamiento. 2) Determinar la tasa de respuesta terapéutica de la cuádruple terapia híbrida en aquellos pacientes que fallaron con la triple terapia. Pacientes y métodos: Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron 170 pacientes, entre junio 2014 y noviembre 2015, con biopsia positiva para *H. pylori* asociado a alguna de las recomendaciones de erradicación del Consenso de Maastricht IV. Se excluyeron aquellos con tratamientos previos. Se administró Amoxicilina, Claritromicina y Pantoprazol a dosis estándar por 7 días, y control endoscópico al mes de finalizado el tratamiento con anatomía patológica, considerándose falla terapéutica cuando las mismas persistían positivas. La adherencia al tratamiento se evaluó por entrevista personal o seguimiento telefónico, y se les solicitó que entreguen los blisters de medicación vacíos. En aquellos pacientes que fallaron, se administró la terapia Híbrida (Amoxicilina y Pantoprazol por 7 días, y luego Amoxicilina, Metronidazol, Claritromicina y Pantoprazol por 7 días más). Se realizó control endoscópico con biopsias al mes. Las variables cualitativas fueron analizadas utilizando la prueba Chi cuadrado de Pearson. Resultados: De los 170 pacientes que recibieron el tratamiento, 104 obtuvieron biopsias de control negativas, con una tasa de éxito terapéutico del 61%. El 39% presentó falla al tratamiento. En cuanto al motivo de solicitud de la VEDA los más frecuentes fueron: dispepsia en mayores de 45 años (50%) y refractaria (16%). Los hallazgos endoscópicos más prevalentes fueron: 25% gastropatía nodular; 21% erosiva; 16% eritematosa; 12% úlcera péptica; 8% pólipos gástricos. En 10 pacientes (5%) el estudio fue normal. Los motivos de erradicación del *H. pylori* más frecuentes fueron: 53% dispepsia funcional; 18% gastritis atrófica y/o metaplasia intestinal; 13% deseos del paciente; 12% antecedente de úlcera péptica. Las variables que demostraron diferencias estadísticamente significativas fueron: escolaridad (primario incompleto) con una p 0,05, OR 2,06 (0,96-4,4); gastropatía erosiva con una p 0,05, OR 0,45 (0,19-0,99); y el haber traído los blisters de medicación vacíos, con una p 0,04, OR 1,95 (1,004 -3,81). De los 66 pacientes que fallaron con la triple terapia, 64 recibieron la terapia Híbrida con una tasa de respuesta terapéutica del 62,5%. Conclusiones: La tasa de erradicación observada (61%) se encuentra por debajo de la esperada para un esquema terapéutico para *H. pylori* (>80%). Podría interpretarse que la misma se relaciona intrínsecamente con la resistencia antibiótica creciente en nuestro medio, sobre todo a Claritromicina. Dado el bajo éxito terapéutico y la escasa disponibilidad de antibiograma, creemos que la triple terapia clásica debería ser abandonada. La terapia Híbrida como segunda línea de erradicación también tuvo una tasa de respuesta terapéutica insatisfactoria y por debajo de lo reportado en la bibliografía disponible. Son necesarios nuevos ensayos que evalúen la eficacia de otros tratamientos disponibles, y así determinar cuál sería el tratamiento empírico y de segunda línea de elección.

TO - ESTÓMAGO

0068 - HISTOPATOLOGÍA GÁSTRICA, SENSACIÓN DE APETITO E INGESTA ALIMENTARIA EN PACIENTES *HELICOBACTER PYLORI* POSITIVOS PRE- Y POST-ERRADICACIÓN

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Gastro: Estómago

Unidad Temática 2: Endoscopia: Estómago

GIACOMANTONE, Candela(1) | MANTERO, Paula(2) | DON, Georgina(1) | CORTE, Rodolfo(1) | CABANNE, Ana(1) | MARCHESI OLID, Liliana(3) | LUCARELLI, Lucía Ayelén(3) | ZUBILLAGA, Marcela(2) | JANJETIC, Mariana(3) | GOLDMAN, Cinthia(4)

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA CARLOS BONORINO UDAONDO (1); CÁTEDRA DE FÍSICA, FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (2); ESCUELA DE NUTRICIÓN, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (3); CÁTEDRA DE FÍSICA, FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES; CONICET (4)

Introducción: *H. pylori* estaría involucrado en la regulación del apetito. Nuestro objetivo consistió en evaluar el estado nutricional antropométrico, la sensación de apetito e ingesta alimentaria y la histopatología gástrica en pacientes pre- y post-erradicación de *H. pylori*. Se incluyeron adultos asintomáticos derivados a VEDA. Se realizó una encuesta sociodemográfica y se midieron peso y talla para determinar el Índice de Masa Corporal (IMC). La ingesta alimentaria fue evaluada mediante recordatorio de 24h y la sensación de apetito utilizando un cuestionario validado (SNAQ), cuyo puntaje indica riesgo significativo de

pérdida de peso. Se tomaron biopsias de antro y cuerpo gástricos para análisis histopatológico. Se indicó a los pacientes infectados regresar luego de 12 semanas para control post-tratamiento, el cual consistió en Levofloxacina 500mg (1/d,10d), Amoxicilina 1000mg (2/d,10d) y Pantoprazol 40mg (2/d,30d). El análisis estadístico se llevó a cabo usando los tests de χ^2 , Mann Whitney U. Se incluyeron 74 pacientes (42,8 $\pm$ 12,8a), 70,3% de género femenino (IC95%; 59,1-79,5). La prevalencia de la infección por *H. pylori* fue 64,9% (IC95%; 53,5-74,7%). Se obtuvo un 27,1% de bajo/normopeso, 47,9% de sobrepeso y 25,0% de obesidad en los pacientes *H. pylori* positivos y 23,1%, 46,2% y 30,8% en los negativos, no habiéndose encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($P=0,85$). La ingesta de energía y macronutrientes no difirió entre los pacientes infectados y no infectados. De acuerdo al puntaje SNAQ, el porcentaje de pacientes con riesgo de pérdida de peso fue 33,3% en los pacientes infectados y 30,8% en los no infectados, no habiendo diferido estadísticamente ($P=0,82$). El análisis histopatológico de las biopsias gástricas demostró que la infección se asocia con el tipo de patología gástrica en antro ($P<0,0001$) y cuerpo gástrico ($P<0,0001$). El porcentaje de erradicación obtenido en los 48 pacientes infectados a los cuales se indicó tratamiento de erradicación fue 67%. No se encontraron diferencias significativas en el estado nutricional antropométrico entre los pacientes pre- y post-erradicación. Los resultados de ingesta alimentaria de energía y macronutrientes pre- y post-erradicación indicaron una tendencia al aumento de la ingesta alimentaria en los pacientes luego de la erradicación de la infección. El porcentaje de pacientes con riesgo de pérdida de peso fue de 37,5% pre- y 25,0% post-erradicación, indicando un aumento de la sensación de apetito de los pacientes post-erradicación de *H. pylori*. La evaluación histopatológica de las biopsias de antro y cuerpo gástricos reveló una disminución de la severidad de la patología gástrica en los pacientes erradicados. La erradicación de *H. pylori* produciría una tendencia al aumento de la ingesta y la sensación de apetito de los pacientes.

TO - ESTÓMAGO

0080 - ESTUDIO DE FACTORES ASOCIADOS A LA PATOGENESIS DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Gastro: Estómago

Unidad Temática 2: Gastro: Investigación Básica

BUCCI, Pamela(1) | JIMÉNEZ, Félix(2) | BARBAGLIA, Yanina(2) | BARONI, María Rosa(1) | GLANI, Rita(1) | TEDESCHI, Fabian A.(1) | ZALAZAR, Fabian E.(1)

FACULTAD DE BIOQUÍMICA Y CIENCIAS BIOLÓGICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL (SANTA FE, ARGENTINA) (1); SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA, HOSPITAL "DR. J.M.CULLEN" (SANTA FE, ARGENTINA) (2)

Introducción: *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) es un patógeno gástrico de amplia distribución mundial, causante de gastritis crónica, enfermedad ulcero péptica y es factor etiológico de carcinoma gástrico. La evolución hacia una enfermedad maligna podría deberse a factores de virulencia específicos de la bacteria tales como los productos de los genes *cagA*, *vacA* y *babA2*. Además, existiría una relación entre la infección por *H. pylori* y polimorfismos en el gen de la IL-6 del huesped. OBJETIVOS: a) Identificar factores de virulencia de *H. pylori* (*cagA*, *vacA* y *babA2*) y el polimorfismo (-174 G>C) en la secuencia promotora del gen de IL-6 en el huesped., b) Correlacionar los genotipos de *H. pylori* presentes y el polimorfismo (-174 G>C) con los hallazgos histológicos en cada paciente. MATERIALES Y METODOS: Se trabajó con biopsias gástricas de pacientes con síntomas de gastritis ($n=169$), con indicación de fibroendoscopia digestiva alta. Para la identificación de *H. pylori*, se realizó una nested-PCR del gen *hsp60*. Los genes *cagA*, *vacA* y *babA2* fueron analizados por una PCR múltiple. El polimorfismo -174 G/C fue analizado por PCR-RFLP. Se realizó un análisis de asociación entre variables categóricas utilizando el test exacto de Fisher. Un valor de $p<0,05$ se consideró significativo. La fuerza de la asociación se evaluó a través de Odds ratio (OR). RESULTADOS: El número de muestras positivas para *H. pylori* en la población estudiada fue de 70. Según el análisis histológico, los pacientes *H. pylori* (+) se clasificaron en 3 grupos: a) Gastritis Crónica (GC), b) Gastritis Crónica Activa sin Metaplasia Intestinal (GCAsinMI) y c) Gastritis Crónica Activa con Metaplasia Intestinal (GCAconMI). El grupo GCAconMI mostró la mayor proporción de cepas de *H. pylori* *cagA* (+), *vacAs1m1* y la combinación *cagA* (+)/*vacAs1m1*. No hubo diferencias significativas en la proporción de genotipos de *H. pylori* entre los grupos GC y GCAsinMI. No se encontró asociación significativa entre el genotipo "triple virulento" (*cagA*+/+/*vacAs1m1*/+/*babA2*+) y los distintos diagnósticos histopatológicos. No encontramos diferencias entre los grupos GCAsinMI y GCAconMI. Por otra parte, la proporción del haplotipo GG en el promotor del gen de la IL-6 fue mayor en los pacientes con metaplasia intestinal, sin discriminar los genotipos de *H. pylori* presentes (75% vs 59%). Esta diferencia fue aún mayor cuando el análisis incluyó sólo a pacientes que presentan el genotipo *cagA*(+)/*vacAs1m1* ($p<0,05$; Odds ratio 6,4, IC=1.4-27.4). CONCLUSIONES: El 19% de los pacientes *H. pylori* (+) presentó metaplasia intestinal. En ellos se encontró la mayor proporción de cepas más virulentas (*cagA*+/+ y *VaAs1m1*), y predominio del haplotipo GG en el promotor del gen de IL-6. Los resultados obtenidos hasta el momento indica-

rían que la combinación de factores específicos de la bacteria (factores de virulencia) con determinantes de la respuesta inflamatoria del huésped (IL-6) estarían involucrados en el desarrollo de patologías gástricas más severas.

TO - ESTÓMAGO

0135 - HALLAZGOS HISTOLÓGICOS Y PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR H. PYLORI Y METAPLASIA INTESTINAL EN BIOPSIAS GÁSTRICAS EN EL HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. BONORINO UDAONDO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Gastro: Estómago

CABANNE, Ana | DULCICH, Florencia | CASTELLANOS, Karina | BESTANI, Claudia | DOWECK, Judith | ZERBO, Osvaldo | ARGONZ, Julio | CORTI, Rodolfo
HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGIA CARLOS BONORINO UDAONDO

Introducción: Diversas publicaciones proponen a la gastritis crónica atrófica, metaplasia intestinal (MI) e infección por *Helicobacter pylori* (Hp) como factores intervinientes en la carcinogénesis gástrica. Dado que su prevalencia es variable según las poblaciones, consideramos evaluarla en nuestro ámbito hospitalario. Objetivos: Evaluar la prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* y metaplasia intestinal en las biopsias gástricas y comparar con la prevalencia obtenida en un trabajo de similares características realizado en 2002 en colaboración con el Laboratorio Privado de Patología de Rosario. Material y métodos: Se confeccionó una base de datos a partir del registro de la Unidad de Patología de la cual se recolectaron 2.705 biopsias gástricas coloreadas con HE y Giemsa, entre enero de 2013 a mayo de 2015. Las variables estudiadas fueron sexo, edad, diagnóstico histológico, presencia de MI y Hp. Resultados: De 2.705 biopsias gástricas evaluadas: 59% correspondían a mujeres. La edad media fue de 46,8 años (rango: 14-96). El diagnóstico histológico fue en: 23,5% normales; 22,7% gastritis crónica; 50,1% gastritis crónica activa (GCA) y 2,7% gastropatía reactiva. En 1.341 biopsias (49,5%) se evidenció la presencia de Hp, de las cuales 86,5% estuvieron asociadas a GCA. En 301 biopsias (11,1%) se encontró MI; en el 46,5% de ellas Hp estaba presente. Conclusión: La prevalencia de Hp en esta cohorte fue del 49,5%. La lesión histológica más frecuente fue la GCA en 50,1%. Se observó MI en el 11,1% de los casos. En comparación con la serie de 3.186 casos reportada en 2002, la GCA fue el diagnóstico más frecuente en ambos estudios. Sin embargo, se observó una disminución en la detección de Hp en la serie actual y un incremento en la prevalencia de MI.

TO - INTESTINO DELGADO

0142 - EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL MEDIANTE EL CUESTIONARIO IBDQ-32

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Gastro: Intestino Delgado

Unidad Temática 2: Gastro: Investigación Básica

RODRIGUEZ NUÑEZ, María Guadalupe | CONLON, María Carolina | SPIAZZI, Renata Alina | CANICOBÁ, Marisa | MILANO, María Claudia
HOSPITAL PROF. A. POSADAS

Trabajo: Introducción: La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) engloba un grupo de enfermedades caracterizadas por la inflamación crónica de la mucosa intestinal de etiopatogenia desconocida, representadas por 3 entidades clínico-patológicas: la Colitis Ulcerosa (CU), la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Inclasificable (CI). Presentan compromiso clínico tanto intestinal como sistémico y ocurren en etapas productivas de la vida lo que conlleva a una disminución importante en la calidad de vida (CV) de los afectados, con considerables implicancias físicas y psicológicas. Objetivos: Determinar la percepción de la CV en los pacientes con EII mediante el cuestionario "Inflammatory Bowel Disease Questionnaire" (IBDQ-32), el cual fue traducido al español, validado y adaptado para medir la calidad de vida en estos pacientes. Se realizó una puntuación global con la totalidad de las preguntas obtenida de la sumatoria de las mismas, dividiéndola en baja, moderada y alta calidad de vida. Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y poblacional de pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de EII que aceptaron participar del mismo y en seguimiento por la Sección de Tubo Digestivo del Servicio de Gastroenterología. Se evaluaron 50 pacientes durante los meses de marzo y abril del 2015 a los que se les realizó el cuestionario IBDQ-32. Resultados: La población estudiada fue de 50 pacientes con EII, de los cuales 11 (22%) presentaron EC, 39 (78%) CU y ninguno con CI. Los resultados sobre la percepción de (CV) fueron: 30 pacientes (60%) con CV alta, de los cuales 23 (59%) tenían CU y 7 (63,6%) EC; 18 pacientes (36%) con CV moderada que incluyeron 15 (38,5%) con CU y 3 (27,3%) con EC. Sólo 2 pacientes (4%) presentaron CV baja, 1 (2,6%) con CU y otro (9,1%) con EC. Conclusión: En el presente estudio se encontró relación entre el tiempo de evolución de la enfermedad y la

disminución de la CV. No hubo diferencias significativas entre el tipo de EII y su relación con el grado de percepción de CV. Podríamos, por lo tanto, concluir que este cuestionario es una herramienta validada que permite medir la eficacia terapéutica utilizada en EII como un marcador de CV. Aplicarlo al inicio y durante un tratamiento permite establecer la evolución clínica y su relación con la CV.

TO - INTESTINO DELGADO

0152 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, BIOQUÍMICAS, ENDOSCÓPICAS E HISTOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA EVALUADOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN DE TERCER NIVEL

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Gastro: Intestino Delgado

ZANETTI, Matías | ROLAN, Nicolas | YASUFF, Yair | TARRAGA, María Fernanda | ARGÜELLO, Mariano | SANTIAGO, Gabriela | RODRIGUEZ DE MESA, Victoria | TARIFA, Aldo | DE SIMONE, Marcelo | ZANUZO, Ada | CAPONE, Cecilia | GOMILA, Jorge | FRANCISCO, Marisa | FERNANDEZ, Guillermo
HOSPITAL T J SCHESTAKOW

Trabajo: Estudio descriptivo retrospectivo transversal e inferencial. Se revisaron en forma retrospectiva historias clínicas de pacientes celíacos evaluados en nuestra Sección en el transcurso de 12 meses (Diciembre de 2014 - Diciembre de 2015). De un total de 1980 consultas se diagnosticaron 87 pacientes celíacos (4,39%). De los mismos se pudieron evaluar 74 pacientes. 82,4% fueron mujeres. Edad promedio al diagnóstico 32 ± 14 años. El 24,29% debutó con dolor abdominal acompañado o no de otros síntomas. Siendo el motivo de consulta más frecuente. El perfil serológico mixto (más de 2 anticuerpos positivos) fue el más frecuente en un 42,9% de los pacientes. Pero el 23,8% y el 22,2%, tiene anticuerpos aislados positivos ATTG y DPG respectivamente. El hipotiroidismo fue la enfermedad comórbida más frecuente detectada en el 10% de esta serie. Se detectó un déficit de Ig A en 2,2% de los casos. 64,3% tiene algún antecedente familiar. Endoscópicamente el 58% de los pacientes presentan signos de mosaico y peineado y 27,5% presentan imagen endoscópica normal. El estado nutricional más frecuente fue el normo peso con un 44,4% de los pacientes. El 19% de los pacientes tenían sobrepeso u obesidad. Según la clasificación de OSLO, la forma más frecuente de presentación fue la no clásica en un 32,4% de los pacientes, siendo potencial en un 25,6%. No hay relación significativa entre la variable clasificación clínica según Oslo y sexo del paciente, tampoco entre clasificación clínica y antecedentes familiares, ni con enfermedad comórbida, ni con estado Ig A. Se observó una relación estadísticamente significativa entre la clasificación clínica de Oslo y el perfil serológico (valor p: 0.05), los hallazgos endoscópicos, la presentación histológica y el estado nutricional (valor p <0.01). Los pacientes con forma de presentación clásica, no clásica y subclínica tuvieron más frecuentemente serología mixta +, endoscópicamente más peineado y mosaico e histológicamente estadios de Marsh III. Los pacientes con formas potenciales tuvieron más frecuentemente serología + aislada ATTG o DPG, aspectos normales endoscópicamente e histología por definición con Marsh menor a 2. Los pacientes con formas de presentación clásica y potencial tienen IMC más bajos y los pacientes con presentaciones no clásicas y subclínicas tienen IMC más elevados.

TO - INTESTINO DELGADO

0199 - VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INVENTARIO CYA-EC: UNA HERRAMIENTA PARA EVALUAR EL CUMPLIMIENTO Y LA AUTOGESTIÓN DE LA DIETA LIBRE DE GLUTEN EN LA POBLACIÓN CELÍACA ADULTA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Gastro: Intestino Delgado

Unidad Temática 2: Gastro: Nutrición

GONZÁLEZ, Andrea(1) | TEMPRANO, Paz(1) | SUGAI, Emilia(1) | LONGARINI, Gabriela(1) | COSTA, Florencia(1) | MORENO, María Laura(1) | SMECUOL, Edgardo(1) | NIVELONI, Sonia(1) | MAZURE, Roberto(1) | PINTO SANCHEZ, María Ines(2) | SALGADO, Pablo(3) | VAZQUEZ, Horacio(1) | MAURIÑO, Eduardo(1) | BAL, Julio(1)

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGIA CARLOS BONORINO UDAONDO (1); UNIVERSIDAD DE MC MASTER (2); CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE CIENCIA, DESARROLLO Y EDUCACIÓN SUPERIOR (3)

Trabajo: Antecedentes: El único tratamiento establecido para la enfermedad celíaca (EC) es la adherencia estricta a una dieta libre de gluten (DLG) de por vida, evitando aún la ingestión de trazas de gluten. No existen instrumentos validados que indaguen sobre los aspectos alimentarios críticos para evaluar el cumplimiento de la DLG. Objetivo: Evaluar la validez y confiabilidad del inventario CyA-EC para medir el cumplimiento y la autogestión de la DLG en la población celíaca adulta. Métodos: Se realizó el diseño del inventario, la evaluación por expertos, la etapa de pre-test y el análisis psicométrico. El CyA-EC,

quedó conformado por dos instrumentos diferentes: A) El cuestionario de cumplimiento (44 ítems); B) El cuestionario de autogestión (14 ítems). Luego se llevó a cabo un estudio observacional, prospectivo y transversal, incluyendo pacientes diagnosticados con EC en tratamiento con DLG durante al menos un año. Se comparó el CyA-EC con la entrevista por nutricionista experto en EC (ENE-EC), considerada como el test de referencia. Se evaluó la confiabilidad a través de χ^2 Cronbach (χ^2) y Kuder-Richardson (KR). Se calcularon la validez (sensibilidad y especificidad), valores predictivos y likelihood ratios para todas las dimensiones y sub-dimensiones del CyA-EC en comparación con el test de referencia. Se realizó un re-test en el 20% de la muestra. También se midieron los anticuerpos séricos (Transglutaminasa tisular IgA) y el auto-reporte de la adherencia, para comparar. Resultados: Se incluyeron 80 individuos adultos celíacos (66 mujeres), edad: 42 años (rango: 18-76). El instrumento de cumplimiento mostró una alta confiabilidad ($\chi^2 = 0,944$) y alta validez para todas las dimensiones ($p < 0,001$). El instrumento de autogestión también tuvo una buena confiabilidad (KR = 0,812) y validez ($p < 0,001$). Los valores de sensibilidad, especificidad y los valores predictivos positivos (AUC: 0,801) para la totalidad del inventario CyA-EC fueron 79,2%, 77,8% y 87,5%, respectivamente. El re-test tuvo un alto nivel de concordancia ($p < 0,001$). Los porcentajes de incumplimiento medidos por el ENE-EC, el CyA-EC, la serología y el auto-reporte, fueron 66,3%, 60,0%, 42,5% y 32,5%, respectivamente. No se detectó ninguna diferencia estadísticamente significativa en el cumplimiento general entre la ENE-EC y el inventario CyA-EC ($p = 0,332$). El tiempo medio para la realización de la prueba fue de 20 min. Conclusiones: El CyA-EC es un inventario fiable y validado para evaluar la adherencia a la DLG. Detecta tanto fuentes como trazas de gluten e identifica comportamientos de riesgo para el consumo de gluten. El uso del inventario CyA-EC insume poco tiempo, es no invasivo, es autoadministrable y permite un proceso educativo en el seguimiento del tratamiento de esta enfermedad.

TO - INTESTINO DELGADO

0201 - COSTO Y DISPONIBILIDAD DE LOS ALIMENTOS LIBRES DE GLUTEN EN ARGENTINA, Y SU RELACIÓN CON LA ADHERENCIA A LA DIETA LIBRE DE GLUTEN. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)
Unidad Temática: Gastro: Intestino Delgado
Unidad Temática 2: Gastro: Nutrición

GONZALEZ, Andrea(1) | TEMPRANO, Paz(1) | COSTA, Ana Florencia(1) | GORDILLO, M. Belén(2) | FONTANA, Rosa(3) | PICO, Mercedes(2) | LONGARINI, Gabriela(1) | MORENO, M. Laura(1) | SUGAI, Emilia(1) | SMECUOL, Edgardo(1) | NIVELONI, Sonia(1) | MAZURE, Roberto(1) | VAZQUEZ, Horacio(1) | MAURINO, Eduardo(1) | BAI, Julio César(1)

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA CARLOS BONORINO UDAONDO (1); HOSPITAL DE PEDIATRÍA J.P.GARRAHAN (2); HOSPITAL PROF. A. POSADAS (3)

Trabajo: Introducción: El costo y la disponibilidad de los alimentos libres de gluten (ALG) podrían ser factores asociados a la adherencia. Existen varios tipos de ALG: ALG Naturales: aquellos que en su composición química no contienen las proteínas formadoras de gluten. ALG Sustitutivos: cuando las harinas no permitidas se sustituyen por harinas libres de gluten. ALG Industrializados: aquellos en los que las trazas de gluten podrían estar presentes como consecuencia de la contaminación cruzada o de su utilización como aditivo alimentario. Objetivo: 1. Conocer el costo y la disponibilidad de diversos grupos de ALG en las diferentes regiones geográficas de Argentina y compararlos con sus homólogos con gluten (HG) 2. Evaluar su posible relación con la adherencia al tratamiento. Material y métodos: Estudio multicéntrico, descriptivo, de corte transversal y comparativo. En cada una de las zonas geográficas se analizó el costo y la disponibilidad de veinticinco ALG sustitutivos y de diez ALG industrializados, como así también sus HG. Esto se midió en tres locales de diferentes categorías: supermercados, almacenes de barrio y dietéticas. En cada zona geográfica se enrolaron de forma consecutiva 35 individuos con diagnóstico de EC en tratamiento con DLG por al menos un año. Se les realizó un cuestionario preestablecido para medir la relación del costo y la disponibilidad con la adherencia a la DLG, medida por auto-reporte. Resultados: El costo de los ALG sustitutivos fue un 253,2% (rango: 48,52% - 871,6%) más caro que sus HG ($p < 0,0001$). No se observaron diferencias significativas entre los ALG industrializados respecto de sus HG (9,42%; rango: 2,3% - 35,7%) ($p = NS$). La disponibilidad de los ALG en las diferentes áreas geográficas de Argentina fue variable, con un promedio de 50,4% del total de los 35 ALG propuestos. No se observaron diferencias significativas en la disponibilidad de los ALG en las diferentes áreas geográficas de Argentina ($p = NS$). La disponibilidad de los ALG varió según la categoría de local: con una mayor disponibilidad en supermercados (64,8%) y dietéticas (59,6%) en comparación con los almacenes de barrio (26,9%) ($p < 0,0001$). Se enrolaron 211 pacientes, de los cuales el 56% informó una adecuada disponibilidad de los ALG en el lugar donde vivía y el 85% informó que los ALG eran más caros que sus HG. La mayoría de los pacientes informaron que el costo más alto (77%) y la limitada disponibilidad (51,2%) de los ALG sustitutivos no tuvieron influencia en la adherencia a la DLG. Conclusiones: Este es el primer estudio que analizó el costo y la disponibilidad de los ALG en Argentina y su

relación con la adherencia a la DLG. Los individuos celíacos consideraron que la limitada disponibilidad y el mayor costo de los ALG sustitutivos no parecen ser un factor asociado a la adherencia a la DLG.

TO - INTESTINO DELGADO

0206 - NOTABLE CAMBIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA ÚLCERA DUODENAL EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)
Unidad Temática: Gastro: Investigación Básica

FERNÁNDEZ, Lucina

SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA, HOSPITAL "DR. J.M.CULLEN" (SANTA FE, ARGENTINA)

Trabajo: INTRODUCCIÓN Se analiza la frecuencia de la úlcera duodenal por percibirse en la práctica diaria una marcada disminución en su prevalencia. OBJETIVO 1. Evaluar la prevalencia locoregional de la úlcera duodenal. 2. Determinar si existe correlación entre los cambios de prevalencia y el uso de inhibidores de bomba de protones (IBP). MATERIALES Y MÉTODOS Trabajo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal de 5871 videoendoscopias digestivas altas (VEDAS) realizadas durante los años 1995-2015 por el servicio de Gastroenterología del Hospital J. M. Cullen de la ciudad de Santa Fe, a pacientes con síntomas digestivos o para control de su enfermedad de base, oriundos del centro y norte de la provincia de Santa Fe. Se analizaron tendencias temporales según década, edad y sexo. La fecha de inicio de compra y suministro del IBP en el efector de salud, ante la ausencia de datos en el sistema informático, se consultó con expertos del hospital. Criterios de inclusión •VEDAS realizadas entre los años 1995-2015. Criterio de exclusión •VEDAS que no pudieron concluirse o presentan informes incompletos. RESULTADOS De 5873 casos la edad fue analizada en 5794 pacientes, la mínima fue de 15 años, la máxima de 92, la media de edad 47,51 y desvío estándar de 14,98. El sexo se estableció en 5863 pacientes. 3019 mujeres (51,49%) y 2844 hombres (48,51%). El diagnóstico se determinó en 5792 estudios (98,6%), 1255 fueron normales (21,7%). De 4537 endoscopias patológicas (78,3%), 160 casos fueron úlcera duodenal (3,5%). 93 se hallaron en hombre (58,1%) y 67 en mujeres (41,9%). La media de edad fue de 51,21 años, el desvío estándar de 14,4. Para el período 1995-2001, de 1903 estudios, 106 corresponden a úlceras duodenales (5,6%). De las 3886 endoscopias realizadas durante el período 2002-2015, el recuento descendi a 54 casos (1,4%). Esto determina una marcada caída de la prevalencia durante el año 2002. A raíz de esto es que se realiza una comparación de proporciones. Coincidentemente se estableció como fecha de primera entrega de omeprazol en farmacia el año 2002. Se carecen de datos del año 2008. CONCLUSIONES La prevalencia de la úlcera duodenal fue del 1,4% en los últimos 13 años de estudio. La edad fue menor a lo publicado, sin embargo, se ha visto en los últimos años que su aparición se produce en pacientes más jóvenes. La distribución en cuanto al sexo es incomparable. El análisis temporal permite observar un cambio numérico y gráfico en su prevalencia con un punto de corte en el año 2002 donde se observa la inflexión de la curva y a raíz de lo cual se establece la comparación de proporciones en estos dos periodos de tiempo (1995-2001 y 2002-2015). La comparación refleja cambios significativos ($p < 0,0001$) que podrían ser correlacionados con la fecha de inicio del suministro de omeprazol a pacientes del hospital público provincial.

TO - INTESTINO DELGADO

0208 - PERFORMANCE COGNITIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELÍACA. PREVALENCIA DE DETERIORO COGNITIVO AL DIAGNÓSTICO Y LUEGO DEL TRATAMIENTO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)
Unidad Temática: Gastro: Intestino Delgado

LONGARINI, Gabriela(1) | RICHLI, Pablo(2) | TEMPRANO, Maria de La Paz(1) | COSTA, Ana Florencia(1) | VAZQUEZ, Horacio(1) | MORENO, Maria Laura(1) | NIVELONI, Sonia(1) | LOPEZ, Pablo(1) | HWANG, Hui Jer(1) | SMECUOL, Edgardo(1) | SUGAI, Emilia(1) | MAZURE, Roberto(1) | GONZALEZ, Andrea(1) | MAURINO, Eduardo(1) | BAI, Julio(1)

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA CARLOS BONORINO UDAONDO (1); INECO (2)

Trabajo: Introducción: Estudios previos han sugerido la presencia de deterioro cognitivo en pacientes con enfermedad celíaca activa (EC). La acalculia, amnesia, confusión y los cambios en la personalidad han sido reportados como los rasgos principales de este fenómeno. Sin embargo, esta asociación no ha sido completamente establecida. Objetivos: 1-determinar si los pacientes con EC presentan deterioro cognitivo al momento del diagnóstico. 2- comparar su performance cognitiva con una población no celíaca que presente síntomas similares y con controles sanos. 3- evaluar el efecto de 1 año de dieta libre de gluten (DLG). Materiales y Métodos: se enrolaron prospectivamente 50 pacientes adultos

(rango edad: 18-50 años) que concurrieron a la Sección de Intestino Delgado del Hospital Udaondo por presentar manifestaciones compatibles con EC, independientemente de su diagnóstico final. Al inicio, todos los individuos fueron sometidos a una evaluación cognitiva (test ACE-R, IFS y FAQs) y psicológica (inventario de Beck y de STAI). Luego se comparó la performance cognitiva de los sujetos con EC con los sujetos no celíacos que presentaban síntomas intestinales (controles enfermos) y con sujetos sanos que fueron equiparables en términos de edad, sexo y años de escolaridad. Los pacientes con deterioro cognitivo fueron reevaluados a los 6 meses y al año de inicio de la DLG. Resultados: 33 de 50 sujetos (66%) fueron diagnosticados como EC. Los pacientes y los controles enfermos no difirieron en relación a sexo ($p=0.65$), edad ($p=0.50$) o años de escolaridad ($p=0.15$). En comparación con la población control sana, los pacientes EC y los controles enfermos presentaron deterioro cognitivo (ACE-R: $p=0.004$; IFS: $p=0.008$; FAQs: $p=0.0001$) y niveles mayores de ansiedad y depresión ($p=0.023$ y $p<0.0001$, respectivamente). En comparación con los pacientes celíacos, los controles enfermos evidenciaron una tendencia a presentar mayor deterioro cognitivo (ACE-R: $p=0.06$). No hallamos diferencia entre los grupos enfermos en relación a las funciones frontales, lo cual fue evaluado mediante test IFS ($p=0.77$), como tampoco en relación a las actividades de la vida diaria analizada mediante FAQs ($p=0.781$). En comparación con los controles enfermos, los pacientes EC manifestaron menores niveles de depresión ($p=0.01$) pero rasgos similares de ansiedad (STAI: $p=0.94$). Al diagnóstico, 26 EC mostraron deterioro cognitivo, de ellos 17 pacientes fueron reevaluados luego de DLG. Luego de 6 meses de tratamiento, los pacientes con EC mejoraron sus puntuaciones en el test de ACE-R ($p<0.006$) y al año de tratamiento, se observó mejoría significativa a nivel de test ACE-R, inventario de Beck y de STAI ($p=0.017$, $p<0.04$ and $p<0.01$, respectivamente). Conclusiones: este estudio prospectivo sugiere que la función cognitiva alterada detectada en pacientes con EC al diagnóstico podría relacionarse con la presencia de una enfermedad crónica. Algunas funciones cognitivas no impresionan ser un fenómeno independiente ya que se relacionan con la mejoría temporal de la depresión pero no se asocian con afección predominante de deterioro ejecutivo (disminución de score test IFS) como usualmente se evidencia en los desordenes psiquiátricos. A los 6 meses de iniciado la DLG se observaron incrementos significativos de los scores del test ACER. Por el contrario, los scores y la proporción de pacientes con puntuaciones alteradas de IFS y FAQs continuaron siendo altos al año de la DLG.

TO - INTESTINO DELGADO

0209 - PREVALENCIA DE AUTOINMUNIDAD DE ENFERMEDAD CELÍACA EN MUJERES CON INDICACIÓN DE TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Gastro: Intestino Delgado

NIVELONI, Sonia(1) | COSTA, Ana(1) | BORGHI, C.(2) | LUGO, M.(1) | MORENO, Maria Laura(1) | STEFANOLLO, Juan(1) | LONGARINI, Gabriela(1) | TEMPRANO, Maria de La Paz(1) | MAZURE, Roberto(1) | VAZQUEZ, Horacio(1) | SMECUOL, Edgardo(1) | GONZALEZ, Andrea(1) | SUGAI, Emilia(1) | PAPIER, S(3) | MAURIÑO, Eduardo(1) | BAI, Julio(1)

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA CARLOS BONORINO UDAONDO (1); CENTRO DE MEDICINA REPRODUCTIVA CEGYR (2); CENTRO DE MEDICINA REPRODUCTIVA CEGYR (3)

Trabajo: Introducción: La enfermedad celiaca (EC) es un enteropatía multisistémica inducida por el gluten de la dieta en individuos genéticamente predispuestos. Si bien afecta aproximadamente al 1% de la población general, la mayoría de los pacientes permanecen sin diagnosticar. La EC puede presentarse con una amplia variedad de manifestaciones extraintestinales incluyendo trastornos ginecológicos y obstétricos. La infertilidad se presenta en un 14% de la población general, sin encontrar una causa definida en una proporción significativa de los casos. La relación de infertilidad con un subdiagnóstico de EC ha sido informada en diferentes estudios con valores variables (1%-8%) Sin embargo, esta asociación continúa siendo controvertida. Objetivos: Evaluar la prevalencia serológica de EC en una serie consecutiva de mujeres que asistían a una "clínica de fertilidad" para un tratamiento de Reproducción Asistida de Alta Complejidad. Material y métodos: se realizó un screening serológico prospectivo para EC en una serie de mujeres infértiles que cumplían los criterios de inclusión. Todas las pacientes realizaron una evaluación clínica y una prueba serológica específica de EC (anti-transglutaminasa tisular IgA [a-tTG IgA] y (polipéptidos deamidados de gliadina IgG + IgA [DGP A+G]) (INOVA Diagnostics, San Diego, CA). Se definió autoinmunidad celíaca a la positividad concomitante de ambos autoanticuerpos (por encima del valor de corte de 20 U/ml.) Resultados: Se incluyeron 211 mujeres (Edad, mediana: 38 años; rango: 27-42). Mientras se identificó una causa orgánica de infertilidad en 142 pacientes (67%), 69 mujeres (33%) fueron consideradas como infértiles "de causa inexplicable". Se encontró autoinmunidad celíaca en 5 de las 211 mujeres infértiles (2.3%; 95% CI:0.73-5.34) $p=0.057$ y en 2 de las 69 pacientes con infertilidad inexplicable (2.9%, IC 95%: 0.35-10.08) $p=NS$. No hubo diferencias significativas entre los grupos mencionados (OR 2.39; IC 95%: 0.23-8.54) $p=0.72$. La prevalencia esperable

de autoinmunidad relacionada a EC en la población femenina general del área geográfica considerada y de una edad similar es del 1.0; 95% CI, 0.0-1.9 (5/497 casos). (Gomez JC, et al. 2002 AJG; 97:2785-90). CONCLUSIÓN: Nuestros resultados evidenciaron un riesgo 2,9 veces mayor en la prevalencia de autoinmunidad de EC en las pacientes con infertilidad de causa desconocida con respecto a la población general. Nuestro estudio sugiere que la investigación para EC debería incorporarse a las herramientas de diagnóstico en la evaluación de pacientes que asisten a una "clínica de fertilidad", principalmente en aquellos sin causas orgánicas de este trastorno.

TO - INTESTINO DELGADO

0212 - I-FABP SÉRICA Y SEROLOGÍA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CELÍACA. ESTUDIO PROSPECTIVO A 1 AÑO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Gastro: Intestino Delgado

MORENO, Maria Laura | TEMPRANO, Maria de La Paz | HWANG, Hui | SUGAI, Emilia | VAZQUEZ, Horacio | LONGARINI, Gabriela | COSTA, Ana | SMECUOL, Edgardo | CISTERNA, Daniel | NIVELONI, Sonia | MAZURE, Roberto | GONZALEZ, Andrea | MAURIÑO, Eduardo | BAI, Julio

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA CARLOS BONORINO UDAONDO

Trabajo: Antecedentes:Proteínas unidas a ácidos grasos intestinales (I-FABP) presentes en el citoplasma de enterocitos, han sido consideradas un marcador sensible del daño mucoso intestinal. En Enfermedad Celíaca (EC) se han evaluado como herramienta no invasiva en el seguimiento. Objetivos: Evaluar las concentraciones séricas de I-FABP en una serie de pacientes celíacos al diagnóstico y luego de un año de tratamiento con dieta libre de gluten (DLG); comparar el comportamiento de I-FABP con el de los test serológicos específicos y evaluar la relación de los mismos con los cambios en la severidad del daño mucoso al año. Materiales/Métodos: Incluimos en forma prospectiva 26 pacientes celíacos y 26 controles sanos (25F/1M) (edad media:32 años). Para las determinaciones de I-FABP se utilizó un ensayo prototipo ELISA y para los anticuerpos tTG IgA, DGP IgA y DGP IgG se utilizó el ensayo QUANTA Flash (Quimioluminiscencia)(Inova Diagnostic Inc., San Diego, Ca). Resultados: Comparados con controles los pacientes celíacos al diagnóstico presentaron concentraciones significativamente más altas de I-FABP (615.5 vs 30.0 pg/mL, $p<0.0001$). De acuerdo con la curva ROC el valor de corte más adecuado para discriminar pacientes de controles fue 242 pg/mL (AUC 0.970; $p<0.0001$) con una Sensibilidad y Especificidad de 92,3%. Luego de un año de tratamiento las concentraciones de anticuerpos disminuyeron significativamente: tTG IgA de 2138 a 33 CU; $p<0.004$, DGP IgA de 237 a 18 CU y DGP IgG de 171 a 36 CU; $p<0.003$. La concentración mediana basal de I-FABP también disminuyó de 615 a 484 pg/mL ($p<0.05$) Sólo 5 pacientes (19.2%) al año tenían concentraciones de I-FABP por debajo del rango máximo encontrado en controles. 21/26 pacientes se biopsiaron al año. Todos alcanzaron algún grado de mejoría histológica. 14/21 persistieron con atrofia villositaria. Hubo correlación significativa entre las concentraciones de anticuerpos y el grado de enteropatía (Clasificación de Marsh modificada) ($p<0.0001$), pero no con las concentraciones de I-FABP ($r=0.05$; $p=NS$) No hubo correlación al año entre tTG IgA y I-FABP. Conclusiones: Pacientes con EC no tratada presentaron concentraciones elevadas de I-FABP. Las mismas fueron levemente afectadas luego de la DLG. A diferencia de trabajos ya publicados, nuestro estudio prospectivo evidenció falta de utilidad del I-FABP en el seguimiento a un año para evaluar la recuperación mucosa, en términos de biopsia duodenal proximal y Clasificación de Marsh. Nuevos estudios serán necesarios para establecer su utilidad en la práctica clínica.

TO - COLON Y RECTO

0007 - "TEST DE INTOLERANCIA A LA LACTULOSA: DISTENSIÓN ABDOMINAL Y PERFIL FERMENTATIVO". BALBUENA, M C A; PERALTA D; DIMA G; SOIFER L. HOSPITAL UNIVERSITARIO CEMIC, BUENOS AIRES, ARGENTINA. SECCIÓN DE GASTROENTEROLOGÍA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Gastro: Investigación Básica

BALBUENA, María Clara Azucena(1) | DIMA, Guillermo(2) | PERALTA, Daniel(2) | SOIFER, Luis(2)

HOSPITAL JOSÉ R VIDAL (1); CEMIC (2)

Introducción: INTRODUCCIÓN: La lactulosa es un hidrato de carbono no absorbible que suele emplearse como sustrato en la evaluación de la respuesta fermentativa intestinal (Test del aire espirado con lactulosa – LBT). Algunos pacientes con síndrome de intestino irritable refieren síntomas de intolerancia cuando realizan el LBT. OBJETIVOS: Comparar la severidad sintomática, el perfil fermentativo y el nivel de ansiedad entre los sujetos

con síndrome de intestino irritable con y sin intolerancia a la lactulosa. PACIENTES Y MÉTODOS: En forma aleatoria fueron seleccionados 40 sujetos con síndrome de intestino irritable (Roma III) a los cuales se les efectuó un LBT en el periodo comprendido entre julio del 2015 y marzo del 2016. En base a la respuesta clínica autoreferida mediante un cuestionario fueron divididos en dos grupos: 1) Sujetos sin intolerancia a la lactulosa (IL -) y 2) Sujetos con evidente intolerancia a la lactulosa (IL +). Todos los sujetos completaron un cuestionario vinculado a la severidad sintomática (IBSSSS), sobre el nivel de ansiedad (Derogatis) y se estimó el perfil fermentativo mediante el cálculo del área bajo la curva del acumulado de hidrógeno en aire espirado en los 180 minutos evaluados. Las variables fueron comparadas entre ambos grupos mediante test de T con dos colas para datos no apareados y con test de Fisher para variables cuantales. RESULTADOS: El grupo IL (-) fue de 20 sujetos, edad promedio 47 (40-54), 16 femeninos, IBS constipados 50% e IBS no constipados 50%. El grupo IL (+) fue de 20 sujetos, edad 45 (35-55), IBS constipados 50% e IBS no constipados 50%. No existieron diferencias significativas entre ambos grupos en relación a la edad, el tipo de IBS, la severidad sintomática global, el nivel de dolor, la afectación en relación a las evacuaciones, calidad de vida y el nivel de ansiedad. En cambio existieron diferencias significativas en relación a la apreciación subjetiva de la distensión y perfil fermentativo (Ver tabla). CONCLUSIONES: Los sujetos con síndrome de intestino irritable con intolerancia a la lactulosa refieren mayor distensión abdominal y una mayor excreción de hidrógeno relacionado con la ingesta de este hidrato de carbono.

Columna 1	IL (-)	IL (+)	Significación
Edad	47 (40 - 54)	45 (35 - 55)	ns
Género	4 M 16 F	5 M 15 F	
Tipo de SII	10 C 10 NC	10 C 10 NC	
Sev. Sint. Global	257,6 (± 53)	287 (± 27)	ns
Dolor abdominal	42,9 (± 13)	54,4 (± 10)	ns
Distensión abdominal	41,5 (± 13,4)	64,15 (± 9,1)	p: 0,006
Evacuaciones	54,8 (± 13)	61,4 (± 13)	ns
Calidad de vida	60,4 (± 8)	61,5 (± 6)	ns
Ansiedad	7,15 (± 3)	8,2 (± 5)	ns
ABC	3623 (± 1045)	4574 (± 1677)	p: 0,003

TO - COLON Y RECTO

0016 - ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED AGUDA GASTROINTESTINAL EN UN CENTRO ACADÉMICO DE ALTA COMPLEJIDAD DE ARGENTINA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Gastro: Colon y recto

Unidad Temática 2: Gastro: Estómago

MARINI, Juan Manuel | ZENON, María Elisa | BARROS, Augusto | MENGONI, Cristian | RAINERO, Germán | BERRO, Mariano | KUSMINSKY, Gustavo | COGHLAN, Eduardo | LAFFERRERE, Luis | NADALES, Angel

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Introducción: La Enfermedad Injerto contra Huésped (EICH) es una grave y frecuente complicación del Trasplante Alogénico de Progenitores Hematopoyéticos (TALO). La mayoría de las series describen una incidencia de entre 10 y 40% de los pacientes trasplantados. Es una enfermedad multisistémica con afectación gastrointestinal en hasta el 74 % de las veces y el diagnóstico de certeza en esos casos se obtiene mediante el estudio histopatológico de las biopsias de la mucosa del tracto digestivo. Objetivos. Conocer la incidencia de EICH aguda gastrointestinal sintomática en pacientes a los que se les realizó trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (TALO) en un centro académico de alta complejidad de Buenos Aires, Argentina en un período de 12 años. Asimismo se buscó determinar qué síntomas fueron los que se presentaron con mayor frecuencia, enumerar los hallazgos endoscópicos en esta población y registrar las complicaciones u eventos adversos vinculados a los procedimientos endoscópicos. Materiales y métodos. Se realizó un estudio de corte transversal, descriptivo, retrospectivo, en el que se evaluó mediante endoscopia digestiva, la frecuencia de EICH aguda gastrointestinal sintomática, en pacientes con síntomas digestivos sugerentes de EICH aguda gastrointestinal que se hayan sometido a un TALO en el Hospital Universitario Austral (HUA), durante el período comprendido entre enero de 2003 y enero de 2015. Resultados. Sobre un total de 147 sujetos mayores de 16 años que recibieron un TALO, se observó una incidencia de 25,17% de EICH aguda gastrointestinal. Los síntomas gastrointestinales más frecuentes fueron diarrea, vómitos y dolor abdominal. Debido a que los síntomas son poco específicos el diagnóstico clínico de

EICH aguda gastrointestinal resulta dificultoso. La mayor parte de los estudios endoscópicos en pacientes con histología compatible fueron normales, y cuando se evidenciaron lesiones, las erosiones de la mucosa fueron las más frecuentes. Nuestra serie mostró que la sumatoria de rectosigmoidoscopia (RSC) o videocolonoscopia (VCC) a la esofagogastroduodenoscopia (EGD) aumento el rédito diagnóstico. Esto último podría explicarse por la naturaleza de afectación parcheada de esta enfermedad. De hecho se realizó diagnóstico de EICH aguda gastrointestinal en algunos pacientes con síntomas altos y biopsias negativas en EGD pero con biopsias colorectales positivas. No se evidenciaron complicaciones asociadas a los estudios endoscópicos realizados. Conclusiones. La incidencia observada de EICH aguda gastrointestinal es similar a la reportada en la literatura y los síntomas más frecuentes son diarrea, vómitos y dolor abdominal, sin embargo, estos no se acompañan de hallazgos endoscópicos característicos relevantes. El rédito diagnóstico parece aumentar con la combinación de biopsias endoscópicas tomadas por esofagogastroduodenoscopia y rectosigmoidoscopia o colonoscopia.

TO - COLON Y RECTO

0043 - PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Gastro: Investigación Básica

BARRIOS, María Luz(1) | CÁNEPA CLARIS, María Victoria(1) | ESPINOZA, Natalia Gisel(1) | GONZÁLEZ, Mariano Andrés(1) | BUGALLO, Mario Jerónimo(2)

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE (1); SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA, HOSPITAL "JUAN RAMÓN VIDAL" (2)

Introducción: El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es una patología funcional digestiva, singularizada por presencia de dolor o molestia abdominal asociado a alguna alteración de la frecuencia y/o consistencia de las heces, sin que existan causas orgánicas detectables. Para la realización de un diagnóstico certero y la diferenciación de otras patologías digestivas que comparten la sintomatología, se han propuesto los criterios de Roma. La prevalencia del SII en Latinoamérica está poco documentada. Los escasos estudios arrojan una estimación de entre el 9 y el 18%, encontrándose esta variabilidad debida a una multiplicidad de factores. Nuestro objetivo fue determinar la prevalencia del SII en estudiantes de primero a sexto año de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste, ubicada en la ciudad de Corrientes, Argentina, durante el período comprendido entre abril y mayo del 2016. Materiales y métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, en el que se incluyeron, mediante un muestreo aleatorio sistemático, 300 alumnos de la facultad de Medicina y que asisten a alguno de los seis años en los que está repartido el plan de estudios de la carrera. Para la recolección de datos se utilizó una encuesta estructurada y adaptada al léxico de los participantes, en la que se registraron datos como: sexo, edad, lugar de origen, año de cursado, cumplimiento de los criterios de Roma III, hábito evacuatorio e identificación del tipo de heces mediante la Escala de Bristol. Criterios de inclusión: Alumnos masculinos y femeninos que estén cursando actualmente alguno de los años de la carrera de Medicina en la Universidad Nacional del Nordeste. Criterios de exclusión: Alumnos ausentes los días de la realización de la encuesta, estudiantes de intercambio. Resultados: El 16% (48) de los estudiantes presentaron dolor o molestia abdominal asociado a dos o más criterios de Roma III, del cual un 77% (37) son mujeres y un 23% (11) son varones. La media para la edad en este grupo fue de 22,6 años. Las prevalencias más altas del SII se registraron en quinto y sexto año, con un 26 y 24% respectivamente. Respecto al hábito evacuatorio, un 56% (27) exoneraba 4 a 7 días de la semana, 36% (17) menos de 3 veces por semana y un 8% (4) más de tres veces al día. Los tipos de heces (según la escala de Bristol) más frecuentes fueron el 3 con el 50% (24) y el 2 con 23% (11). Conclusión: El porcentaje de estudiantes que cumplen los criterios de Roma III para SII (16%), se encuentra dentro de los valores de prevalencia registrados para Latinoamérica. Destacamos la importancia de la presente investigación, ya que podría servir de sustento para futuros emprendimientos que tengan como objetivo el fortalecimiento de la base de datos epidemiológicos de este síndrome, conocido pero a la vez no tan investigado en nuestro medio.

TO - COLON Y RECTO

0060 - DISMINUCIÓN EN LA CONCENTRACIÓN DE PROTEÍNA S CIRCULANTE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN ACTIVA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Gastro: Colon y recto

SAMBUELLI, Alicia(1) | DE LARRAÑAGA, Gabriela(2) | CHAVERO, Paula(1) | ERRAS-TI, Andrea Emilse(3) | CARRERA SILVA, Eugenio Antonio(4) | TESSONE, Licina(3) | BELLICOSO, Maricel(1) | NEGREIRA, Silvia(1) | GONCALVES, Silvina(1) | GIL, Anibal(1) | HUERNOS, Sergio(1) | TIRADO, Pablo(1) | ROTHLIN, Carla Vanina(5)

Introducción: Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII), colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC) se asocian a un riesgo mayor de trombosis. La proteína S (PROS1) plasmática es un anticoagulante que funciona como cofactor de la proteína C activada. Deficiencias en PROS1 aumentan el riesgo de trombosis. Recientes estudios fisiopatológicos y experimentales en animales demostraron que PROS1 es también una proteína anti-inflamatoria debido a su actividad agonista sobre los receptores tirosina quinasa TAM (TYRO3, AXL y MERTK), Rothlin et al. 2015, Carrera Silva et al. 2013. Una disminución de PROS1 plasmática podría relacionarse con la actividad o fenotipo de la EII humana. **OBJETIVOS:** 1. Investigar si existen diferencias entre los niveles de PROS1 en pacientes con EC y CU comparados entre sí y con controles sanos. 2. Estudiar si hay relación entre los niveles de PROS1 y la actividad de las EII. **MATERIAL Y METODOS:** se determinó PROS1 libre (inmunorutridimetría, Liatest, Stago, Francia) en 86 EII: 38 H, 48 M (CU: n 54, EC: n 32) y 30 controles sanos (18 H y 12 M), edades medias 38.9±16.0, 40.4±15.0 y 38.2±12.2 respectivamente. Se cuantificó la actividad de la EII por índices: CDAI (EC activa >150) y Mayo (CU activa >2), y se clasificó por Montreal. **RESULTADOS:** En EC los valores medios de PROS1 (91,3±28,5) fueron significativamente menores que en controles (109,6±23,9, p=0,0077) y en CU (104,0±28,2, p=0,048). En EC activa (n 20, CDAI: 265,9±68,2) los niveles de PROS1 (85,8±24,3) fueron significativamente más bajos vs controles (p = 0,0015); vs. remisión (n 12: CDAI: 58,2 ± 43,0) fueron menores (100,2±33,5) sin lograr significancia. En EC activa, la diferencia con los controles fue a expensas del subgrupo moderado-severo (n17, CDAI 275,9±69,6, PROS1 84,2±26,0, p=0,0023) pero no de los leves (con valores intermedios). PROS1 fue más baja en EC activa vs. CU activa a modo de tendencia p=0,082. En la CU activa (n 31) PROS1 (98,90± 27,8) no se diferenció vs. controles, ni vs. remisión (n 23, PROS1 110,91±27,5). La extensión de la CU (11 proctitis vs. 43 izq/extendidas) no resultó en diferencia significativa de PROS1 (116,2±24,9 vs. 100,9±28,5). Los niveles de PROS1 en EC fueron más bajos, aunque no significativamente en EC de Int. Delgado (80,3±15,8) vs. Colon (94,9±31). En EC los comportamientos inflamatorio, estenosante, fistulizante y perianal no mostraron diferentes niveles de PROS1. **CONCLUSIONES:** 1) Los niveles de PROS1 fueron significativamente más bajos en EC vs. controles y CU. 2) Los EC activos se diferenciaron de los controles, observándose la diferencia en el subgrupo moderado-severo. Futuros estudios evaluarán el impacto de la disminución de PROS1 circulante en pacientes de EC activa y la activación de los receptores TAM. Estos hallazgos sugieren que la disminución de PROS1 en EC podría contribuir al aumento de riesgo de trombosis y potencialmente al proceso inflamatorio de esta enfermedad.

TO - COLON Y RECTO

0071 - MANIFESTACIONES CLÍNICAS INICIALES EN PACIENTES CON ADENOMAS Y CÁNCER COLORRECTAL

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Gastro: Colon y recto

Unidad Temática 2: Endoscopia: Colon y Recto

MARILLET, Marcela | GARRIDO, Mariano | MAURETTE, María Victoria | MENENDEZ, Silvia | PADÍN, Lorenzo | BRODERSEN, Carlos

HOSPITAL CARLOS G. DURAND

Introducción: Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es uno de los más frecuentes y de mayor mortalidad a pesar de los avances en su diagnóstico y tratamiento. Más del 95% son adenocarcinomas, precedidos por lesiones adenomatosas. La comprensión de su patogenia y manifestaciones clínicas es fundamental para reducir la morbilidad. Con este trabajo se pretende describir manifestaciones clínicas iniciales y factores de riesgo asociados al hallazgo endoscópico de CCR y/o adenomas en una población, y compararlo con la bibliografía existente. **Objetivos:** Describir la prevalencia de factores de riesgo y manifestaciones clínicas asociadas al hallazgo endoscópico de CCR y/o adenomas. **Materiales y métodos:** Es un trabajo descriptivo, de corte transversal desarrollado en la Unidad de Gastroenterología del Hospital Carlos G. Durand de Septiembre/2014 a Agosto/2015. Los datos fueron recabados de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de CCR y/o adenomas. Se determinó localización anatómica y características de las lesiones encontradas, número y tamaño, técnica de polipectomía. Se evaluaron también edad, sexo, motivo de consulta, síntomas y signos previos a la endoscopia (hematoquezia, dolor abdominal, cambio en ritmo evacuatorio, pérdida de peso, diarrea crónica), y antecedentes personales y familiares. **Resultados:** Se incluyeron 107 pacientes (53,3% hombres y 46,7% mujeres)

de los cuales 90 (84,1%) presentaban una única lesión y 17 pacientes más de una (7,5% 2 lesiones, 6,5% 3 lesiones y 1,9% 4 lesiones), dando un total de 134 lesiones halladas: 31 CCR (1 sincrónico) y 103 adenomas. Edad media al diagnóstico fue 61 años y el principal motivo de consulta hematoquezia (32,7%). El 14,1% refirió más de un síntoma y de estos 7 pacientes tenían CCR. La región rectosigmoidea fue la localización más frecuente y la edad de presentación fue principalmente entre 50 y 70 años, con predominio masculino para CCR (66,7%) y femenino para adenomas en general (53,2 %). En lo referente a manifestaciones clínicas (incluyendo síntomas, hallazgos de laboratorio y examen físico) hematoquezia y anemia fueron las más frecuentes (63,3%). Conclusiones: Los motivos de consulta más frecuentes fueron similares a los citados en la bibliografía (hematoquezia y anemia), con edad de presentación entre 50 y 70 años, afectando mayormente a rectosigmoidea. Los síntomas más frecuentes fueron hematoquezia y dolor abdominal. Hasta un 30% de los pacientes con adenomas no presentaba síntomas. Se ratifica así la importancia de las ya conocidas manifestaciones clínicas, edad, y antecedentes familiares/personales, asociados a CCR y adenomas, para lograr un diagnóstico precoz, mejorar la prevención del CCR y reducir su morbimortalidad.

	CCR	Pólipo (Aden) <5 mm	Pólipo (Aden) 6-10 mm	Pólipo (Aden) >10 mm	Lesión Plana (Aden) <10 mm	Lesión Plana (Aden) 10-20 mm	Lesión Plana (Aden) >20 mm
Hematoquezia	19	7	8	7	-	1	2
Dolor abdominal	8	2	13	4	2	2	2
Alteración ritmo evacuatorio	17	7	8	1	-	2	-
Masa palpable abdominal	1	-	-	-	-	-	-
Masa palpable al tacto	7	-	-	-	-	-	1
Screening CCR	-	2	6	2	2	-	-
Antec Filar CCR	-	-	5	2	1	-	-
Antec Filar Adenomas	3	4	-	-	-	1	1
Vigilancia de Adenomas	-	2	3	1	2	-	-
Imagen por TC/RMN	9	-	2	3	-	-	-
Anemia	19	5	5	5	-	2	1
Pérdida de peso	10	2	3	1	-	-	-
SOMF+	-	1	2	1	-	-	-
Control CU	-	-	1	1	-	-	-
Diarrea Crónica	-	3	-	-	-	-	-
Otros	1	1	-	-	-	-	-

TO - COLON Y RECTO

0103 - ENTEROCOLITIS NEUTROPÉNICA EN ADULTOS

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Gastro: Colon y recto

HERRERO, Gabriela Solange | MANRESA, María Mercedes | GIROTTI, Claudio | CALZONA, María Cecilia

HIGA PROFESOR DR RODOLFO ROSSI

Trabajo: La Enterocolitis Neutropénica (EN) es una entidad anatomoclínica infrecuente que ocurre como complicación potencialmente mortal en pacientes con recuento de Neutrófilos < 1500/ mm³. La prevalencia es 5,3% en adultos hospitalizados para el tratamiento de enfermedades hematológicas malignas y tumores sólidos. La mortalidad es 30-50%. Algunos autores hallaron que la misma es mayor cuando el espesor parietal es > o igual a 10mm. **OBJETIVOS:** Determinar la mortalidad de la EN en la serie presentada. Definir si existe asociación entre mortalidad y espesor de la pared intestinal > o igual a 10 mm. Evaluar la presencia, en esta serie, de los factores de riesgo (FR) de EN ya conocidos. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo en pacientes > 15 años con EN, tratados en la UTMO de un hospital público de la provincia de Buenos Aires (mayo/2014 - abril/2016). Se diagnosticó EN ante fiebre, dolor abdominal y engrosamiento de la pared intestinal > 4 mm y/o distensión de asas intestinales con contenido líquido, por Ecografía y/o Tomografía Computada (TC). Los datos se procesaron con EPI Info7. Se usó Mediana (Me) ± 1 ES, como parámetro de posición y test de Fisher, para

comparar variables cualitativas. Se consideró estadísticamente significativo $p < 0,05$. RESULTADOS: Se incluyeron 6 pacientes, 3 (50%) mujeres y 3 (50%) varones, con una Me de edad de $42 \pm 8,20$ (r: 18-61). Se hallaron como enfermedades oncohematológicas de base: Leucemia Mielode Aguda (LMA) en 2/6 (33,33%), Leucemia Linfoblástica Aguda B (LLA-B) en 2/6 (33,33%), Linfoma Hodgking tipo Esclerosis Nodular en 1/6 (16,66%) y Linfoma Linfoblástico T en 1/6 (16,66%). Uno/6 (16,70%) tenía como comorbilidad HIV. La Me de recuento de Leucocitos fue $500/\text{mm}^3 \pm 149,81$ (r: 100-1100). Todos los pacientes se encontraban internados al inicio del cuadro clínico, con una Me de $15,50$ días $\pm 7,77$ (r: 6-58). La QT recibida con mayor frecuencia fue Alcaloides de la Vinca en 3/6 (50%) y Doxorubicina en 2/6 (33,33%). El dolor se localizó en FID en 3/6 (50%) y en flanco derecho en 2/6 (33,33%). Tuvieron distensión abdominal 4/6 (66,7%), diarrea 4/6 (66,7%), náuseas y vómitos 1/6 (16,66%). Se encontró engrosamiento parietal en 5/6 (83,33%), 4 por ecografía y 1 por TC, con una Me de $8 \text{ mm} \pm 1,74$ (r: 4,5-12); y asas intestinales dilatadas con contenido líquido en 1/6 (16,66%). La EN se localizó en ciego en 2/6 (33,33%), colon ascendente en 2/6 (33,33%), transverso en 2/6 (33,33%) e ileon en 1/6 (16,66%). Los Hemocultivos fueron negativos en 2/6 (33,33%); positivo para Klebsiella en 3/6 (50%) y para Pseudomona en 1/6 (16,66%). En la tabla se puede ver la evaluación de la variable FR. Recibieron tratamiento con antibióticos de amplio espectro, factores estimulantes de colonias y ayuno 6/6 (100%), SNG 1/6 (16,66%), NPT 3/6 (50%). Ningún paciente requirió intervención quirúrgica. Las complicaciones fueron sepsis en 4/6 (66,7%) e fleo en 2/6 (33,33%). Obitaron 3/6 (50%). No se encontró asociación de mortalidad con espesor de la pared intestinal > 0 igual a 10 mm ($p=0,20$). Uno/6 (16,66%) tuvo recurrencia de la enfermedad. DISCUSIÓN: Presentamos una serie de 6 pacientes adultos con EN, que consideramos relevante dada la baja prevalencia de la enfermedad. En Argentina hallamos, en adultos, comunicaciones de "case reports" y series de casos semejantes en número a la nuestra. La mitad de nuestros pacientes fallecieron, tal como se ha comunicado en otros estudios. A diferencia de otras publicaciones, no hallamos asociación entre mortalidad y espesor de la pared intestinal > 0 igual a 10 mm . En la evaluación de la variable FR, encontramos con mayor frecuencia: Administración de antibióticos, QT y corticoides en las 2 semanas previas, TAMO en el año previo, antecedentes de LMA y LLA-B.

Factores de riesgo	n°	%
Antibióticos en las 2 semanas previas	6	100
Quimioterapia en las 2 semanas previas	5	83,33
Corticoides en las 2 semanas previas	3	50
TAMO en el año previo	3	50
Antifúngicos previos	2	33,33
Quimioterapia antes de las 4 semanas previas	1	16,66
Radioterapia previa	1	16,66

TO - COLON Y RECTO

0139 - DIFERENCIAS EN LA PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA EII ENTRE PACIENTES ADULTOS JÓVENES Y MAYORES AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)
Unidad Temática: Gastro: Colon y recto

DOLAN, Martin Eduardo | AMIEVA, Leandro | CANO, Martin | JURY, Gaston | LOPEZ, Rafael | MICONI, Diego | NAIDERMAN, Diego | RAMACIOTTI, Gonzalo | RUIZ, Nicolas | JURY, Ruben

CENTRO DE ESTUDIOS DIGESTIVOS

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) clásicamente se ha considerado que se presenta en jóvenes. Sin embargo, del 5 al 15% son diagnosticados a una edad superior a los 60 años. Hay cierta controversia en los estudios comparativos respecto a la epidemiología entre estos dos grupos de edad, por lo que es necesario realizar investigaciones que permitan definir dichas particularidades. Objetivo: Describir el comportamiento de la colitis ulcerosa (cu) entre dos grupos etarios de acuerdo a la edad en el momento del diagnóstico en adultos jóvenes (AJ < 60 años) y mayores (AM > 60 años). Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes con diagnóstico confirmado de cu obtenido de la base de datos de EII del CED creada a partir junio del 2012 hasta marzo del 2016 agrupando según la edad al momento del diagnóstico en AJ o AM, definiendo criterios de severidad la utilización de corticoides endovenosos (CEV), inmunomoduladores (INM), biológicos, cirugía y mortalidad relacionada a la cu. Resultados: En total 151 pacientes, 137 (90,7%) con diagnóstico de CU, 5 (3,65%) se excluyeron por falta de seguimiento. De 132 pacientes 115 (87%) fueron AJ, 68,7% SF ($p < 0,05$), media de edad 32,3 (10-56) duración de la enfermedad 8,2 años (IC 6,7-9,77 $p < 0,05$). 17 pacientes (13%) AM, 70,6% SF, media de edad 67 (60-78) duración de la enfermedad 3,59 años (IC 1, 94-5,8). Tiempo al diagnóstico 3,88 meses (0,5-12) en AM y 5,19 (0,1-48) AJ. Extensión (Montreal) E1 52,2%, E2 30,4%, E3 17,4% en AJ y E1 35,3%, E2 29,4%, E3

35,3% en AM. Índice endoscópico de Mayo moderado en ambos grupos 76%. Brote clínico inicial, AJ leve 69,6%, Moderado 25,2%, Severo 5,2%. En AM L 70,6%, M 23,5% y S 5,9%. Manifestaciones clínicas, 72,2% proctorragia, diarrea 16,5%, otros 11,3% en AJ. En AM proctorragia 41,2%, diarrea y otros 29,4% respectivamente ($p < 0,05$). CEV en 14,8% en AJ y 5,9% en AM. Corticorefractario en 3,5% en AJ. Corticodependiente 17,4% y 11,8% en AJ y AM respectivamente. Necesidad de INM, AJ 18,3%, AM 11,8%. Terapia biológica solo en AJ 6,1%. AJ presentó patrón recidivante en 71,3% remisión clínica 27,8%, continuo 0,9%. AM 58,8% remisión clínica ($p < 0,05$). Requerimiento de cirugía 1,5% AJ. Sin mortalidad relacionada a la cu en ambos grupos. Conclusión: En los datos obtenidos podemos observar que el porcentaje de AM de nuestra población concuerda con las estadísticas internacionales, preponderando diferencias significativas en el SF predominando en ambos grupos, la forma de presentación clínica siendo la proctorragia en AJ más frecuente y la remisión clínica más probable en AM. No encontrándose diferencias significativas en la utilización de CEV, INM, biológicos y cirugía.

TO - COLON Y RECTO

0141 - EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL A PARTIR DE LA FORMACIÓN DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO ÚNICO DE MAR DEL PLATA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)
Unidad Temática: Gastro: Colon y recto

DOLAN, Martin Eduardo | AMIEVA, Leandro | CANO, Martin | JURY, Gaston | LOPEZ, Rafael | MICONI, Diego | NAIDERMAN, Diego | RAMACIOTTI, Gonzalo | RUIZ, Nicolas | JURY, Ruben

CENTRO DE ESTUDIOS DIGESTIVOS

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal son trastornos crónicos con gran impacto en la calidad de vida, si no son diagnosticados y tratados en forma oportuna. Es de crucial importancia realizar el abordaje de dichas patologías a través de unidades especializadas para asegurarle al paciente una atención personalizada y de calidad. Objetivo: Presentar la experiencia en el manejo de la EII en un Centro de Mar del Plata a partir de la formación de la unidad especializada para conocer los aspectos más relevantes de dicha patología. Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de pacientes con diagnóstico confirmado de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) obtenidos a partir de la formación de la Unidad de EII desde junio del 2012 con datos retrospectivos y prospectivos hasta marzo del 2016. Resultados: Total 151 pacientes, 137 CU (90,7%) 11 EC (7,3%) y 3 colitis indeterminada (2%). De los 137, 5 se excluyeron por falta de seguimiento. De estos, la edad media al diagnóstico 36,73 años (IC 34,04-39,6). Sexo femenino (SF) 68,9%. Tiempo al diagnóstico (TD) 5,02 meses (IC 4,1-6,06). Promedio de duración de la enfermedad 7,58 años (IC 6,27-8,97). Antecedentes familiares de CU 5 pacientes (3,78%). Manifestaciones clínicas: proctorragia 68,2%, diarrea 18,2% otras 13,6%. Extensión endoscópica (Montreal) E1 50%, E2 30,3%, E3 19,7%. Severidad endoscópica (MAYO) L 18,2%, M 77,3%, S 4,5%. Clasificación clínica al debut L 69,7%, M 25%, S 5,3%. Brotes severo durante la evolución de la enfermedad 13,5%. Patrón recidivante 71,3%, remisión clínica 27,8%, continuo 0,9%. Requerimiento de inmunomoduladores (INM) 17,4%, terapia biológica 5,3%. Detección de clostridium difficile 1,5%, colectomía 1,5%. 11 pacientes con EC, ED 35,5 años (IC 23, 7-48,6), SF 54,5%. TD 8,27 meses (IC 3, 45-16,73). Promedio de duración de la enfermedad 4,13 años (IC 1,78-7,8). Manifestaciones clínicas: dolor abdominal, diarrea 54,5%, síntomas obstructivos 27,3% perforación 9,1%, proctorragia 9,1%. Clasificación (MONTREAL) A2 72,7%, A3 27,3%, L1, L2 45 % respectivamente. B1 72,2%, B2 18,2%, B3 9,1%. Brote clínico inicial L 54,5%, M 9, 1%, S 36,4%. Patrón recidivante 36,4%, remisión 63,6%. Requerimiento de INM 27,3%, Biológicos 18,2%. Cirugía 27,3%. Tabaquista activo 54,5%. Conclusión: Creemos vehementemente que es de vital importancia tener estadísticas propias de la EII para conocer el comportamiento en nuestro medio, y al ser una unidad especializada brindar la ventaja de contar con un único criterio con que permite abordar a los pacientes de una forma más confiable, oportuna y eficaz.

TO - COLON Y RECTO

0198 - MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE LAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES (EII)

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)
Unidad Temática: Gastro: Colon y recto

CONLON, Maria Carolina | RIOS, Amanda Rita | SPIAZZI, Renata Alina | BONFANTI, Miriam | MILANO, Maria Claudia

HOSPITAL PROF. A. POSADAS

Trabajo: INTRODUCCIÓN Las EII incluyen 3 entidades: la colitis ulcerosa (CU), la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis clasificable (CI). De las manifestaciones extraintestinales (30%) se

describen por orden de frecuencia las articulares y luego las cutáneas entre 9-23%, siendo muchas veces la forma de presentación de estas enfermedades. OBJETIVO Describir las manifestaciones cutáneas en pacientes con EII. TIPO DE ESTUDIO Descriptivo, prospectivo y observacional. PACIENTES Y METODOS Desde abril del 2013 a abril del 2016 se recibieron en la Sección de tubo digestivo 257 pacientes con EII. Entre ellos 35 pacientes (18 hombres y 14 mujeres) presentaban manifestaciones cutáneas: 20 pacientes portadores de EC; 14 CU y 1 paciente con CI. Se observaron manifestaciones específicas (fisuras, fístulas, Crohn oral, Crohn cutáneo.) en un total de 17 casos; manifestaciones inespecíficas como pioderma gangrenoso, Síndrome de Sweet, eritema nodoso, aftas orales entre otras , en 5 pacientes y afectaciones asociadas (misceláneas) en 31 pacientes. RESULTADOS Las manifestaciones cutáneas en el total de pacientes estudiados representan el 13,60%, en concordancia con el descripto en la literatura. CONCLUSIONES El conocimiento de las diferentes manifestaciones cutáneas de las EII nos permite un diagnóstico precoz y muchas veces sugiere el primer brote o recaída de la enfermedad. IMPLICANCIAS La inclusión del dermatólogo en el grupo multidisciplinario es de fundamental importancia para el diagnóstico y tratamiento de estas patologías junto a la de la enfermedad de base.

TO - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0085 - PREVALENCE OF CLINICALLY IMPORTANT PANCREATIC CYSTS FOUND INCIDENTALLY ON CT AND MRI SCANS PERFORMED FOR NON-PANCREATIC INDICATIONS

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Gastro: Hígado, Vesícula, vías biliares y páncreas

MELLA, Jose Manuel | GÓMEZ, Estanislao J. | OMODEO, Mariana | GONZÁLEZ, Raquel | FISCHER, Carolina | ROEL, Mariela | PANIGADI, Nicolas | PEREYRA, Lisandro | MATUS, Gonzalo | GIACOMANTONE, Candela | HADAD, Adrián R | LUNA, Pablo | VIZCAINO, Beatriz | MOHAIDLE, Adriana | CIMMINO, Daniel G. | PEDREIRA, Silvia C. | BOERR, Luis Alberto

HOSPITAL ALEMÁN

Introducción: Introduction. Current high-resolution CT and MRI scans allow identification of incidental pancreatic cysts (PCs) in patients imaged for diseases unrelated to the pancreas. It is well known that PCs are considered to be a risk factor for pancreatic cancer which is rarely detected in the early stages. However, most of these incidental lesions might not be clinically important according to the current guidelines. Aims. To assess the prevalence of PCs in a population of adult patients undergoing cross-sectional imaging (CT or MRI) for non pancreatic reasons in a community hospital, and to determine the prevalence of clinically important PCs (CIPCs) based on current guidelines (Tanaka, 2012). Material and Methods. All patients with abdominal contrast enhanced-CT or MRI scans performed during a one-year period (2014) were retrospectively reviewed to identify PCs. Patients with known/suspected pancreatic diseases were excluded. In patients with more than one scan, only the most recent was reviewed. The following data were gathered for each patient: indication, age, gender, presence of PCs, number, size, location, communication with pancreatic duct (PD), presence of worrisome features (size > 30mm, thickened wall, non-enhancing mural nodule, PD dilatation 5-9 mm, abrupt change in PD) and high-risk stigmata (enhancing solid component, PD dilatation > 10 mm). CIPCs were defined as those with worrisome features or high risk-stigmata. Prevalence was calculated as the number of patients with PCs per 100 individuals imaged (%). Multivariate analysis was carried out to assess the influence of age. Results. Five hundred sixty five patients fulfilled inclusion criteria and their scans were reviewed (507 abdominal CT and 58 abdominal MRI) during this 12-month period (Table 1). Sixty patients (media age 70±14 years, range 28-91; 50% male) were found to have incidental PCs, representing a prevalence of 8.6% (CI95% 6.3-11.5) in CT scans and 27.5% (CI95% 16-41) in MRI scans. PCs were solitary in 75% (CI95% 62-85) of cases and the media size was 14.4±11 mm in diameter (range 3-61); most of them were smaller than 20 mm (76%, CI95% 64-86). Seven patients (1.2%, CI95% 0.5-2.5) had CIPCs based on size > 30mm (n=5), size > 30mm and PD dilatation (n=1), and presence of solid component (n=1). The prevalence of CIPCs was 1.2% (CI95% 0.4-2.5) in CT scans (6/507) and 1.7% (CI95% 0.01-9) in MRI scans (1/58). Prevalence was significantly influenced by age (p=0.001, Figure 1), increasing up to 17% (CI 12-23) for PCs and 2.4% (CI 0.8-5.5) for CIPCs in patients older than 70 years. Conclusion. According to actual guidelines and using current CT and MRI technologies, the prevalence of CIPCs was 1-2 patients per 100 subjects imaged for diseases unrelated to the pancreas, and it was significantly increased by age.

	CT scans (n=507)	MRI scans (n=58)	p (Value)
Age media (years ± SD)	63 ± 14	61 ± 15	0.22
Pancreatic (%; CI 95%)	8.6 (6.3 - 11)	27.5 (16 - 40)	< 0.01
Size mm (media, ± SD)	14.25 ± 12	14.43 ± 8	0.44
Solitary (%; CI 95%)	81 (67 - 91)	62 (35 - 84)	0.15
Clinically important pancreatic cyst (%; CI 95%)	1.2 (0.4 - 2.5)	1.7 (0.01 - 9)	0.39

TO - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0083 - EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN PANCREÁTICA EN EL SÍNDROME METABÓLICO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Gastro: Hígado, Vesícula, vías biliares y páncreas

PROF DR TISCORNIA, Osvaldo(1) | LOPEZ MINGORANCE, Fabiana(1) | MASELI, Maria Del Carmen(2) | BUSTOS, Ma Fernanda(2) | YAPUR, Viviana(2) | RODRIGUEZ, Selene(1) | PROF DR DI CARLO, Maria Beatriz(2) | PROF DR NEGRI, Gustavo(2)

PROGRAMA DE ESTUDIOS PANCREÁTICOS-HOSPITAL DE CLÍNICAS" JOSÉ DE SAN MARTÍN-UBA (1); FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA-INFI-BIOC-UBA (2)

Introducción: El síndrome metabólico (SM), tiene como epicentro de alteración metabólica la resistencia a la insulina. La secreción de la misma involucra directamente al islote de Langerhans componente endocrino del páncreas. A través de la interacción del eje endocrino-exocrino, afecta al acino pancreático componente exocrino de la glándula. El test del Pancreolauril (PLs) mide indirectamente la función exocrina a través de la acción de una enzima colesteroesterasa pancreática específica en la luz intestinal. El Pancreatograma evalúa de manera global la función pancreática. Objetivo: Evaluar en pacientes con SM, respecto de controles, la función pancreática endocrina-exocrina. Materiales y Métodos: pacientes de ambos sexos, rango (33-73) años: controles (n=30) y con SM (n=41), diagnosticados según criterio de ATPIII. Se evaluó el eje endocrino-exocrino a través de: Pancreatograma: Prueba de tolerancia oral a la glucosa ampliada, se determina a tiempos 0, 30, 60 y 120 minutos post estímulo(mps), en suero, glucosa(Glu) e insulina(Ins) y en tiempo 0 actividad de amilasa(AMI), amilasa pancreática(AMI-P) y lipasa(LIP). Pls: se determina en suero a tiempos 0,60,120,150,180,210,240mps, la concentración de fluoresceína liberada por acción de la enzima sobre el sustrato dilaurato de fluoresceína. Análisis estadístico: Test de Student. InfoStatv2015-UNC.p<0,05 Resultados: Los resultados se expresan en la tabla como Media±Desvío Standard. Discusión: hiperglucemia acompañada de hiperinsulinemia en todos los puntos la curva, pone de manifiesto la resistencia a la insulina en ayunas(hepática) y la resistencia periférica de los tejidos, evidenciada en los tiempos 30 y 60 del pancreatograma, las insulinas de los pacientes con SM duplican el valor de los controles. La actividad de AMI y LIP de los pacientes con SM, se encuentra dentro de los valores de referencia, pero la actividad de AMI es significativamente mayor que los controles a expensas de la isoenzima AMI-P; indicio de la acción de la insulina a nivel del páncreon. La hiperinsulinemia característica del SM, estimularía la secreción de amilasa, e inhibiría parcialmente la secreción de lipasa Los PLs de pacientes con SM fueron significativamente menores que los controles, de hecho, el 46%(19) presentaron resultados menores al valor de corte (4,5mg/l), evidencia de una disminución de la función exocrina. Conclusión: estos resultados demuestran la necesidad de efectuar un pancreatograma y la importancia de evaluar la Ins en el SM. Comprobamos la alteración de la glándula a nivel exocrino, en un síndrome donde la base es una alteración del metabolismo endocrino.

Glu (mg/dl) tiempo (min)	Control (n=30)	SM (n=41)	p
0	85 ± 10	110 ± 21	< 0,0001
30	128 ± 8	175 ± 29	< 0,0001
60	131 ± 26	206 ± 30	< 0,0001
120	99 ± 15	179 ± 41	< 0,0001
Ins (µU/ml) tiempo (min)			
0	6,6 ± 2,6	14,5 ± 11,2	0,0003
30	39,9 ± 17,1	66,1 ± 62,7	0,0292
60	52,6 ± 25,3	91,2 ± 63,0	0,0023
120	34,7 ± 20,9	108,3 ± 70,3	< 0,0001
HOMA IR	1,41 ± 0,16	4,01 ± 2,97	< 0,0001
AMI (U/L)	73 ± 26	81 ± 36	< 0,0001
AMI-P (U/L)	26 ± 8	46 ± 18	< 0,0001
LIP (U/L)	67 ± 42	60 ± 35	ns
PLs (mg/ml)	7,2 ± 1,8	5,5 ± 2,4	0,0066
PLs < 4,5 mg/ml	0	19	-

TO - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0094 - AFECTACIÓN PANCREÁTICA DE LA FIBROSIS QUÍSTICA EN ADULTOS

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Gastro: Hígado, Vesícula, vías biliares y páncreas

MANRESA, María Mercedes | D'ASCENZO, María Virginia | CALZONA, María Cecilia | GRANERO, Noemí | BARÁN, Ezequiel | HENDRIKSEN, Berta Elizabeth

HIGA PROFESOR DR RODOLFO ROSSI

Trabajo: INTRODUCCIÓN: La Fibrosis Quística (FQ) es una enfermedad autosómica recesiva, caracterizada por disfunción de las glándulas de secreción exocrina. En Argentina, la incidencia estimada es 1/7213 recién nacidos y el 22,5% de los pacientes tienen > 17 años. La prevalencia de Insuficiencia Pancreática (IP) es 85-90%; la de Diabetes Relacionada con la FQ (DRFQ) 20% en adolescentes y 40-50% en adultos; la de Pancreatitis Aguda (PA) 1,24%. Las mutaciones del gen CFTR se clasifican en leves y severas con respecto a la función pancreática. La presencia de una mutación leve mantiene la función pancreática con un patrón dominante. OBJETIVOS: Conocer la prevalencia de Afectación Pancreática de la FQ (APFQ) en adultos. Evaluar la asociación de desnutrición con IP y DRFQ. Evaluar la asociación de mutaciones del gen CFTR con IP. Determinar la prevalencia de los diferentes hallazgos ecográficos en el páncreas. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo en pacientes > 15 años asistidos en una Unidad de FQ de adultos de la ciudad de La Plata entre Mayo/2010 y Junio/2016. El diagnóstico de FQ se realizó según el Consenso Nacional de FQ. Se consideró APFQ a la presencia de IP, DRFQ y/o PA. Se aceptó como IP Elastasa fecal <200 µg/g (ELISA). Se diagnosticó DRFQ según los criterios de la ADA y PA ante la presencia de dolor abdominal agudo, Amilasemia elevada y/o imágenes compatibles. Ningún paciente tuvo otras causas de enfermedad pancreática. Se consideró Desnutrición a un IMC <18,5 kg/m². Las ecografías abdominales se realizaron con ESAOTE MyLab 40. Los datos se procesaron con InfoStat/L. Se usó Media ± 1 DS como parámetro de posición y test de Chi² para comparar variables cualitativas. Se consideró estadísticamente significativo a un valor de p<0,05. RESULTADOS: Se incluyeron 108 pacientes, 47 (43,52%) mujeres y 61 (56,48%) varones, con una x de edad de 28 ± 10 DS (r: 16-65). De los 108 pacientes, 83 (76,85%) se diagnosticaron en la infancia y 25 (23,15%) a partir de los 16 años. Tuvieron APFQ 80/108 (74,07%); IP 77/108 (71,30%); DRFQ 31/108 (28,70%) y PA 4/108 (3,70%). Se encontró asociación entre IP y diagnóstico de FQ en la infancia; 68/82 pacientes (82,93%) que fueron diagnosticados en la infancia presentaron IP mientras que 6/23 (26,09%) que fueron diagnosticados en la edad adulta la desarrollaron (p<0,0001). Se halló Desnutrición en 20/108 (18,52%), de los cuales 17 (85%) tenían IP (p=0,1334) y 7 (35%) DRFQ (p=0,5601). Se evaluó la ecografía abdominal en 61/108 (56,48%); el páncreas no se visualizó en 4/61 (6,56%), fue normal en 34/57 (59,65%), hiperecótico en forma difusa en 19/57 (33,33%) y presentaba quistes en 4/57 (7,02%). El examen genético figuraba en las historias clínicas de 94/108; 5/94 (5,32%) no tenían las mutaciones estudiadas; 31/94 (32,98%) eran homocigotas F508del, 30 de los cuales (96,77%) tenían IP (p=0,0003) y 6/94 (6,38%) eran heterocigotas R334W, 5 de los cuales (83,33%) tenían SP (p=0,0012). DISCUSIÓN: Presentamos la APFQ en una serie de 108 pacientes adultos. Al respecto, sólo hallamos en Argentina datos sucintos del RENAFQ. Encontramos una prevalencia de IP de 71,30%, de DRFQ de 28,70% y de PA de 3,70%. La proporción de IP hallada fue menor que la reportada en la literatura, pero coincide con la recientemente publicada en series de adultos (70-80%). En cambio, la proporción de PA y DRFQ resultó superior e inferior respectivamente, en comparación con otras comunicaciones. No encontramos, a diferencia de otros autores, asociación de Desnutrición con DRFQ ni con IP. Sí hallamos asociación de IP con F508del homocigota y de SP con R334W heterocigota. El hallazgo más frecuente en la ecografía pancreática fue hiperecogenicidad difusa.

TO - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0148 - HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO UN PROBLEMA EMERGENTE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE CONSULTARON AL "SERVICIO DE HEPATOLOGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA"

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Gastro: Hígado, Vesícula, vías biliares y páncreas

Unidad Temática 2: Gastro: Pediatría

LOSADA GOMEZ, Claudia Liliana | MANTEROLA, Manuela | GONZALEZ, Teresita | BESGA, Andrea | ZOSI, Anabella | CHEREAU, Clara | MENENDEZ, Lorena | RUIZ, Lucas | MARTINEZ, Karol | LEIZA, Lorena | CUETO, Eduardo | BEN, Ricardo
INSTITUTO DE DESARROLLO E INVESTIGACIONES PEDIÁTRICAS (IDIP), HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA, CICPBA

Trabajo: El Hígado graso no alcohólico es la principal causa de hepatopatía crónica en niños y se define como una acumulación de grandes glóbulos grasos en el citoplasma de

los hepatocitos, los cuales interfieren en la función metabólica del hígado. Cuando las toxas que favorecen dicha condición se mantienen por largos períodos pueden producir inflamación y fibrosis, es decir esteatohepatitis, luego esteatonecrosis, y cirrosis hepática que constituye una indicación de trasplante hepático. Actualmente, es la tercera indicación de trasplante en adultos, y representa 13% de los trasplantes realizados. Se estima que del 10 al 30% de los pacientes con Hígado graso no alcohólico, pueden progresar a Esteatohepatitis no alcohólica; y de estos 7 al 10% pueden desarrollar cirrosis. En pediatría, la enfermedad del hígado graso no alcohólico es un problema emergente por su asociación con la obesidad infantil y representa un problema de salud pública. La ecografía es el método que se utiliza de primera elección para su detección en la práctica clínica debido a su bajo costo, disponibilidad, su sensibilidad de 60-94% y su especificidad de 66-97%. Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo, con revisión de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de hígado graso, que asistieron a consulta de hepatología del Hospital Sor María Ludovica de La Plata durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de Diciembre de 2015. RESULTADOS La experiencia de estos últimos 6 años evidencia se realizó en el servicio de Hepatología del Hospital de niños Sor María Ludovica de La Plata un total de 212 diagnósticos de hígado graso nuevos; es decir un promedio de 35 casos al año. La edad osciló de los 12 meses hasta los 17 años El promedio de edad de los pacientes fue 10 años y la distribución por género fue: sexo femenino 48% (102 casos), sexo masculino 52% (110 casos); sin diferencia significativa entre ambos. En cuanto al grupo etareo más comprometido fue el de adolescentes con el 39%, seguido de escolares con 31% De los 212 pacientes, 96% cursan con obesidad o sobrepeso, con un 60% del total que presentan obesidad grave. En cuanto a los hallazgos clínicos encontramos que el 54% de nuestros pacientes presentan acantosis, 9% hepatomegalia, 3% xantomas y 2% esplenomegalia. Las enfermedades asociadas se encontraron presentes en el 21% de nuestros pacientes, en donde el asma, la hipertensión arterial y el hipotiroidismo, ocuparon los primeros lugares. En cuanto a la obesidad en el grupo familiar se registró que el 92% de los progenitores eran obesos, con un discreto predominio paterno 52%. Asociado a obesidad en abuelos en el 65% y obesidad de los hermanos en el 43% de los casos. Padres obesos, tienen hijos obesos y el ciclo se perpetúa. En Argentina, la verdadera importancia del Hígado graso en pediatría se desconoce, pero es una causa en aumento de cirrosis y trasplante hepático. Su prevalencia va en aumento dada su relación con la epidemia mundial de obesidad, la dieta alta en grasa y carbohidratos junto a una vida sedentaria. Se ha convertido en uno de los principales motivos de consulta del hepatólogo pediatra. Es por tanto indispensable educar tanto a pacientes como a padres en la necesidad de realizar actividad física y seguir una dieta saludable.

TO - NUTRICIÓN

0061 - VALORACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y COLORRECTAL

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Gastro: Nutrición

CASBARIEN, Octavio | KOSNICKI, Ludmila | CORTINEZ, Ezequiel | LUBIENIECKI, Daniela Carina | PADIN, Lorenzo Fernando | BRODERSEN, Carlos
HOSPITAL CARLOS G. DURAND

Introducción: Introducción: La desnutrición es una complicación en los pacientes oncológicos, con un 15-20% a 80-90% de prevalencia en la enfermedad avanzada. Esto resulta en una hospitalización prolongada, mala respuesta a tratamiento, aumento de complicaciones, escasa supervivencia y mayores costos de atención. Existen dos modelos de desnutrición en las enfermedades malignas: el primero conduce a una reducción de la ingesta, "anorexia" y es agravada por los efectos secundarios del tratamiento. El segundo: producido por la liberación de transmisores endógenos o productos del tumor. La evaluación nutricional se define a partir de parámetros dietéticos, bioquímicos, clínicos y antropométricos. Objetivo principal: Realizar una evaluación nutricional de los pacientes con reciente diagnóstico de cáncer de esófago, estómago y colon/recto, sin tratamiento oncológico previo y efectuar comparaciones. Materiales y métodos: Es un trabajo de Tipo Descriptivo-Corte Transversal, realizado en la Unidad de Gastroenterología del Hospital Carlos G. Durand desde Enero 2015 hasta Marzo 2016. Se incluyeron: pacientes de 18 a 80 años con reciente diagnóstico de carcinoma de esófago, estómago y colorectal, independiente del tipo y grado histológico. Se excluyeron aquellos pacientes que hubiesen realizado algún tipo de tratamiento ya sea quirúrgico u oncológico y aquellos con alguna patología sistémica que cause desnutrición previa evidente. En cada paciente se evaluaron parámetros antropométricos, bioquímicos y finalmente una Valoración Global Subjetiva generada por el paciente (VGS-GP). Se determinó el Índice de Masa Corporal (IMC, Peso / Talla²)18. Se extrajo sangre y en el plasma separado por centrifugación se determinaron: albúmina, TTR, transferrina, ApoB, C3c y C4c. Resultados: Se recolectaron un total de 32 pacientes en los cuales se observa un aumento de la VSG de los pacientes con patología gástrica y esofágica, en comparación de la patología colorectal. Se observa al comparar los resultados con los valores de referencia (VR) (test de Dunnett) una disminución estadísticamente significativa (p<0,01) de los en los niveles de transferrina, ApoB (83,6 ± 51,1 mg/dL), C4c (26,8 ± 10,9 mg/dL), y TTR (19,1 ± 9,4 mg/dL), lo cual sugerirían des-

equilibrios nutricionales en la población estudiada. Por otro lado se observa disminución estadísticamente significativa ($p<0,05$) en los valores de TTR en los tres grupos ($18,8 \pm 8,8$ mg/dL en CCR, $17,2 \pm 13,4$ mg/dL en CA de estómago y $17,2 \pm 13,4$ mg/dL en CA esófago). En el grupo con cáncer de estómago y el de esófago presentan concentraciones inferiores de ApoB ($64,6 \pm 39,1$ mg/dL) y C4c ($22,4 \pm 11,8$ mg/dL), respectivamente. El grupo de pacientes con cáncer colorrectal al presentar el mayor número de casos, se analizó si hubo diferencia en el perfil de proteínas séricas estudiadas entre los estadios temprano y avanzado. Se pueden ver valores inferiores estadísticamente significativos ($p<0,02$) en las concentraciones de Transferrina ($170,5 \pm 73,6$ mg/dL) y TTR ($14,3 \pm 9,9$ mg/dL) en el grupo de cáncer en estadio avanzado. Conclusiones: Al momento del diagnóstico los tres grupos presentaron IMC por encima de 18,5. Los pacientes con cáncer de estómago-esófago presentaron mayor compromiso nutricional. Se debería realizar un estudio enfocándose a la TTR como marcador temprano de desnutrición en estas patologías.

	CCR	CA Estómago	CA Esófago
Número de Ptes. (%)	18 (56)	7 (22)	7 (22)
Sexo femenino (%)	44,4	57,1	42,8
Edad $x \pm DE$ (máx y min)	$61,27 \pm 14,68$ (80 - 28)	$62,57 \pm 12,93$ (80 - 43)	$70,14 \pm 5,58$ (80 - 64)
IMC $x \pm DE$ (máx y min)	$25,94 \pm 4,44$ (35,8 - 19)	$23,2 \pm 5,45$ (32 - 17)	$25,2 \pm 5,32$ (33 - 19,5)
Estadio temprano (n)	13	1	0,44
Estadio avanzado (n)	5	6	0,15
VSG $x \pm DE$ (máx y min)	$8,77 \pm 6,52$ (26 - 1)	$18 \pm 6,48$ (26 - 7)	$16,57 \pm 6,94$ (28 - 8)

TO - NUTRICIÓN

0216 - FACTORES DE RIESGO Y MEDIDAS PREVENTIVAS DE OSTEOPOROSIS EN INDIVIDUOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Gastro: Nutrición

FURNUS, Valeria | CASASCO, Florencia | CHOCCA, Agustina | SANCISI, Gabriela | GONZÁLEZ, Andrea

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGIA CARLOS BONORINO UDAONDO

Trabajo: INTRODUCCIÓN: Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tienen un mayor riesgo de osteoporosis en relación a la población general. Se observa que un 11-42% de los pacientes con EII presenta osteoporosis. Existen varios factores que contribuyen a la enfermedad ósea, entre los cuáles se reconocen el uso prolongado de corticoides, la deficiencia de calcio y vitamina D, el índice de masa corporal (IMC) bajo o la pérdida de peso, edad, sedentarismo y la actividad inflamatoria de la enfermedad. Como medida preventiva la guía de la Sociedad Británica de Gastroenterología para EII y Enfermedad celiaca (2007) sugiere adecuar la ingesta diaria de calcio y/o suplementar con calcio para asegurar una ingesta de 1000mg (1200mg en mujeres postmenopáusicas y hombres mayores de 55 años), buscar y tratar la deficiencia de vitamina D y estimular ejercicio frecuente. OBJETIVOS: Conocer la prevalencia de factores de riesgo de osteoporosis y la prevalencia del cumplimiento de las medidas preventivas. MATERIALES Y METODOS: Estudio descriptivo, analítico, observacional a muestras independientes, transversal y prospectivo. Muestra consecutiva de 68 individuos que asistieron al consultorio externo del Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo entre octubre 2015 y marzo del 2016. RESULTADOS: Los principales factores de riesgo de osteoporosis en la muestra analizada fueron la exposición solar insuficiente (54,4%, IC95% 41,8-66,6%) y el uso prolongado de corticoides (38,2%, IC95% 26,7-50,8%) seguido por un IMC<20kg/m² (16,2%, IC95% 8,3-27,1%) y pérdida de peso grave (13,2%, IC95% 6,2-23,7%). Con respecto a las medidas preventivas de osteoporosis en esta población se evidenció una prevalencia de ingesta inadecuada de calcio del 73,5% (IC95% 61,4-83,5%) con una mediana de 740,28mg/día (IC95% 642-890mg/día) sin diferencia significativa según la duración de los síntomas gastrointestinales en el último año ($p=0,784$). La prevalencia de ingesta de suplementos con calcio y vitamina D fue de 8,8% (IC95% 3,3-18,2%). En relación a la recomendación profesional, el 44,1% (IC95% 32,1-56,8%) no recibió recomendación de consumo de lácteos, el 22,1% (IC95% 12,9-33,8%) se le indicó disminuir su consumo y el 33,8% (IC95% 22,8-46,3%) se le indicó aumentar. CONCLUSIONES: Como profesionales de la salud sugerimos que los esfuerzos se dirijan hacia la prevención, considerada una estrategia eficaz y factible para evitar la osteoporosis en esta población. Intervenciones simples como la prescripción de actividad física moderada, la exposición solar en horarios adecuados, aumento de la ingesta de lácteos y la suplementación temprana con calcio y vitamina D, podría evitar la disminución de la densidad mineral ósea. PALABRAS CLAVES: Enfermedad inflamatoria intestinal, factores de riesgo, osteoporosis, calcio, vitamina D.

TO - PEDIATRÍA

0130 - MANIFESTACIONES DIGESTIVAS INFLAMATORIAS EN ENFERMEDAD GRANULOMATOSA CRÓNICA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Gastro: Pediatría

Unidad Temática 2: Gastro: Colon y recto

CONTRERAS, Mónica | NEDER, Maria Daniela | WEDE, Gabriela | STAVE, Karen | ORTÍZ SÁNCHEZ, Paola | BOTTERO, Adriana | WEYERSBERG, Christian | OLEASTRO, Matías | BOSALEH, Andrea | SASSÓN, Liliana

HOSPITAL NACIONAL DE PEDIATRIA SAMIC JUAN P GARRAHAN

Introducción: La Enfermedad Granulomatosa Crónica (EGC) es una Inmunodeficiencia Primaria que afecta la función de los fagocitos y predispone a padecer infecciones recurrentes y complicaciones inflamatorias. El compromiso digestivo comprende Enfermedad Inflamatoria Intestinal Like (Crohn), diferentes grados de atrofia vellositaria, trastornos motores, obstrucción intestinal e infecciones recurrentes. Objetivos: Describir los síntomas digestivos y las características endoscópicas e histológicas en pacientes con EGC seguidos en un hospital pediátrico de alta complejidad. Materiales y Metodos: Desde 1989 a 2015 se diagnosticaron 65 pacientes con EGC, se realizó un estudio retrospectivo donde se revisaron sus historias clínicas, partes endoscópicas e informes histológicos Resultados: La edad media de diagnóstico de EGC fue de 14 meses (1-96meses). Se observó compromiso digestivo en 16 pacientes (24,6%). La edad media al momento de la primera manifestación digestiva fue 24meses. La diarrea crónica fue el síntoma más frecuente (62,5%), seguida de los abscesos y fistulas perianales (18,7%). El 75% de los pacientes presentó durante la evolución otras manifestaciones digestivas, siendo los abscesos perianales recurrentes, el problema más frecuente (31,2%). Se realizó Endoscopia Digestiva Alta y Baja con biopsias en 13 pacientes (81,2 %), siendo las úlceras aftoides en colon el hallazgo más frecuente. El diagnóstico histológico fue de Colitis inespecífica en 11 pacientes, 9 de los cuales evidenciaban presencia de macrófagos pigmentados, en 4 pacientes se diagnosticó Enfermedad Inflamatoria-like (Colitis con Granulomas), y en otros 4, Enteropatía con diferentes grados de atrofia vellositaria. Se instauró tratamiento en 11 pacientes, 7 recibieron antibióticos, 6 Mesalazina y 3 corticoides. El 90 % presentó respuesta clínica y de laboratorio favorable. No hubo mortalidad asociada al compromiso digestivo. Conclusión: El compromiso gastrointestinal es habitual en la EGC. Las complicaciones inflamatorias digestivas deben tenerse siempre en cuenta por lo que estos pacientes requieren correcto diagnóstico, y manejo multidisciplinario adecuado para lograr disminuir la morbimortalidad asociada.

TO - PEDIATRÍA

0133 - ACALASIA: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE GASTROENTEROLOGÍA INFANTIL. HOSPITAL DE PEDIATRÍA J.P.GARRAHAN

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Gastro: Pediatría

Unidad Temática 2: Gastro: Esófago

GONZALEZ, Juliana | ROCCA, Ana | CONTRERAS, Monica | WEYERSBERG, Cristian | BOTTERO, Adriana | BUSQUET, Laura | FRAIRE, Carlos | TAKEDA, Silvia | RUBIO, Martin | SASSON, Liliana

HOSPITAL DE PEDIATRÍA J.P.GARRAHAN

Introducción: Introducción: La incidencia anual de Acalasia esofágica (AE) es de 1/100000 casos, menos de un 5% en niños. Existen escasos trabajos en este grupo. El diagnóstico no siempre puede confirmarse por manometría ni está establecida cual es la terapéutica ideal. Objetivo: Describir la experiencia en el manejo de AE en un Hospital Pediátrico. Evaluar respuesta al tratamiento dilatador y requerimiento de cirugía. Comparar resultados obtenidos con balón Rigiflex y vascular. Describir las complicaciones de ambas terapéuticas. Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en el Servicio de Gastroenterología de un Hospital pediátrico. Se analizaron historias clínicas de pacientes con AE entre enero/1992 y diciembre/2013. Se registraron manifestaciones clínicas, metodología diagnóstica y tratamiento. Análisis estadístico: Statistix 7.0. Resultados: Se incluyeron 43 pacientes (49% mujeres), de 10,05± 3.99 años de edad al diagnóstico (rango: 2 meses a 16 años). El tiempo medio desde el inicio de los síntomas al diagnóstico fue de 15.3 ± 17.3 meses (rango: 0 a 7 años). Clínica: vómitos (84%, 36/43), disfagia (72%, 31/43) y descenso de peso (70%, 30/43), 1 paciente asintomático (Acalasia familiar). Enfermedades asociadas en 3 casos (Síndrome de Down, Bloom y Triple A) y 7% (3/43) Acalasia familiar. El 78% correspondieron a Acalasia Grado II, 12% Grado I y 10% Grado III, con confirmación diagnóstica por manometría en 58%, 1 presentó Acalasia Vigorosa. La endoscopia inicial fue normal en 43% de los casos, dilatación esofágica 40%, signo del resalto

28% y esofagitis 6%. La manometría esofágica en 25 niños (58%) observó aperistalsis en el cuerpo y falta de relajación del EEI en el 100%, sólo uno EEI hipertensivo. Uno presentó Acalasia Vigorosa. La dilatación endoscópica constituyó la primera opción terapéutica en 42 pacientes. Ver tabla. El tiempo entre las dilataciones fue 10.5± 16.6 meses (rango: 19 días a 6 años). Complicaciones: 2 perforaciones esofágicas resueltas con tratamiento médico. En 4 de los 8 pacientes estudiados se confirmó RGE. Se realizó Miotomía Heller en 19 (44%), 1 como tratamiento inicial. Complicaciones: ERGE 31,6% (6/19), perforación esofágica 15,8% (3/19), Síndrome de dumping 10,5% (2/19). Cuatro (21%) tuvieron recaída. Conclusiones: Nuestro estudio aporta datos demográficos y clínicos similares a las publicaciones internacionales. Destacamos que en el 60% de los casos el diagnóstico se confirmó con manometría y en los restantes con la clínica y Rx. La forma más frecuente de presentación fue la acalasia grado II. Si bien un porcentaje elevado requirió cirugía, se requieren más estudios para demostrar que ésta es menos frecuente en el grupo dilatado de inicio con rigiflex.

	Total	Buena evolución	Requirieron cirugía	Sin dato
Dilatado				
Con balón Reflex	26 (62%)	11/26 (42%)	9/26 (35%)	6/26 (23%)
Con balón vascular	12 (29%)	3/12 (25%)	7/12 (58%)	2/12 (17%)
Sin especificar balón	4 (9%)	0/4 (0%)	2/4 (50%)	2/4 (50%)
Total	42 (100%)	14/38 (37%)	18/42 (43%)	10/42 (24%)

TO - PEDIATRÍA

0136 - ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA. ESTUDIO RETROSPECTIVO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Gastro: Pediatría

Unidad Temática 2: Gastro: Esófago

CONTRERAS, Monica | MORTARINI, Maria Alejandra | BIASOLI, Florencia | PELAEZ, Carol | SAMBUCETI, Evelin | VAZQUEZ, Maria Virginia | WEYERSBERG, Christian | ROCCA, Ana | SASSON, Liliana

HOSPITAL DE PEDIATRÍA J.P.GARRAHAN

Introducción: Introducción En pacientes con Esclerodermia cualquier parte del sistema gastrointestinal puede estar afectado siendo el compromiso esofágico el más frecuente. Los mecanismos involucrados no están aun bien establecidos postulándose el daño vascular, la excesiva acumulación de colágeno y anomalías inmunológicas. Ante la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico el tratamiento sintomático con inhibidores de la bomba de protones habitualmente es la primera estrategia terapéutica. Es importante establecer el diagnóstico de certeza de Enfermedad por Reflujo gastroesofágico (ERGE) para mejorar el pronóstico en este grupo de pacientes. **Objetivo** Evaluar la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y sus complicaciones, en un estudio retrospectivo de una cohorte protocolizada de pacientes con esclerodermia seguidos en un Hospital Pediátrico de alta complejidad. **Material y métodos** De los 20 pacientes con diagnóstico de Esclerodermia seguidos en Clínica multidisciplinaria de Vasculitis entre 2007 a 2014, se excluyeron 3 por no haber completado con la metodología de estudio. 17 pacientes fueron sometidos a anamnesis, examen clínico y estudios complementarios: Seriada Esofagogastrroduodenal (SEGD), PH metría esofágica de 24 hs y/o Videoesofagogastrroduodenoscopia. **Resultados** De 17 pacientes con esclerodermia, el 90% correspondió al sexo femenino. La mediana de edad al diagnóstico de esclerodermia fue 7.83 años, rango 10 meses - 16 años y la edad promedio al primer síntoma digestivo 11.5 años. El 70% tuvo síntomas digestivos, siendo los más frecuentes: disfagia (8 pacientes), pirosis y regurgitación (6 pacientes). La SEGDR se realizó en todos los pacientes y fue patológica en 4, presentando: estenosis del tercio inferior (2 pacientes) e irregularidad de contornos en tercio inferior de esófago con hipomotilidad (2 pacientes) Se realizó PH metría esofágica a 9 pacientes (2 patológicas) y VEDA a 14 pacientes (6 patológicas), de los cuales 4 pacientes presentaron esofagitis según la clasificación de Los Ángeles (LA): 1 paciente LA A, 2 pacientes LA B, 1 paciente LA D, 1 paciente erosión gástrica y 1 paciente estenosis en tercio superior. Se documentó ERGE en el 35%, 2 pacientes fueron no erosivos y 4 pacientes ERGE erosivo. Del total documentado el 33% era asintomático. El seguimiento en promedio fue 5.4 años. **Conclusión** La mayoría de los pacientes presentaron síntomas digestivos. En un tercio, se documentó enfermedad por reflujo. Un grupo considerable de pacientes con ERGE eran asintomáticos. Destacamos la importancia de realizar un plan de estudios sistematizado y un abordaje multidisciplinario para prevenir complicaciones severas en estos pacientes.

TO - PEDIATRÍA

0149 - PROCESO DE TRANSICION DE PACIENTES CON PATOLOGIA CRONICA GASTROINTESTINAL Y HEPATICA: NUESTRA EXPERIENCIA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Gastro: Pediatría

MANTEROLA, Manuela(1) | GONZALEZ, Teresita(1) | BESGA, Andrea(1) | LUQUE, Carlos(1) | GUZMAN, Luciana(1) | BOROVIA, Paula(1) | BEN, Ricardo(1) | ZUBIRI, Cecilia(1) | BERNEDO, Viviana(1) | MICULAN, Sandro(1) | LOSADA GOMEZ, Claudia(1) | MARTINEZ, Karol(1) | MENENDEZ, Lorena(1) | BELLONI, Rodrigo(2) | BARBERO, Rodolfo(2) | BOLOGNA, Adrian(2) | YANTORNO, Martin(2) | CORREA, Gustavo(2) | GARBI, Laura(2) | CHOPITA, Nestor(2)

HOSPITAL SOR MARIA LUDOVICA. LA PLATA (1); HIGA SAN MARTIN LA PLATA (2)

Trabajo: Introducción Debido a los avances en la medicina, cada vez existen más pacientes con patologías crónicas que llegan a la adultez. El pasaje de la asistencia de adolescentes con patologías crónicas desde un hospital pediátrico a otro que asiste adultos es conceptualizado de distintas maneras. Por un lado se encuentra la transferencia, que es un evento puntual; es el pasaje de una institución a otra. La transición en cambio, es un proceso dinámico, complejo y planificado, que incluye el acto de transferencia propiamente dicho. El objetivo principal de este trabajo es presentar la experiencia del Consultorio de Transición del Servicio de Gastroenterología y Hepatología del Hospital Sor María Ludovica de La Plata en el periodo comprendido entre agosto 2012 a marzo 2016 a un hospital de adultos. **Métodos** Es un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte trasversal. La población corresponde a pacientes mayores de 16 años, con patología crónica gastrointestinal y hepática atendidos en el Servicio de Gastroenterología y Hepatología del Hospital Sor María Ludovica de La Plata que fueron derivados al consultorio de transición. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas y registrados en planillas de Excel. El proceso de transición se realiza de forma programada, progresivamente y considerando las características individuales de cada caso. **Resultados** Durante el periodo comprendido entre agosto de 2012 a marzo de 2016 se atendieron 42 pacientes en el Consultorio de Transición del Servicio de Gastroenterología y Hepatología del Hospital de Niños Sor María Ludovica, 12 de sexo masculino y 30 sexo femenino, entre 16 a 30 años con una edad promedio de 20 años. 32 ya fueron transferidos al Hospital de adultos, los 10 pacientes restantes aún se encuentran atendidos en el Hospital de Niños en el proceso de transición. 24 pacientes(57%) tuvieron patología hepática de base, 14 (33%) patología gastrointestinal y 4 pacientes (10%) presentaron patología mixta. Las patologías mas frecuentes fueron Transplante Hepático, Hepatitis Autoinmune y Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Los 32 pacientes que fueron transferidos, 3, se encontraron inestables con reactivación de su patología de base. Todos los pacientes fueron derivados al Hospital San Martín de La Plata, excepto 1 paciente que fue derivado al Hospital de Neuquén. Hasta el momento todos los pacientes se encuentran en seguimiento. **Discusión** El proceso de transición y el momento de transferencia, requieren ser introducidos en el campo de la medicina moderna ya que los avances en la medicina han permitido un aumento en el número de niños y adolescentes con enfermedades crónicas, alcanzando la adultez hasta en un 85%. A pesar de que no existe un único modelo de transición; nuestra experiencia fue favorable porque diseñamos una forma de trabajo que considera tanto la realidad del paciente y de su entorno como el ámbito de los hospitales en los cuales se realizó el trabajo, logrando un adecuado seguimiento de los pacientes con patologías crónicas, ya que hasta la actualidad todos siguen con controles en el hospital de adultos con mejor adherencia al tratamiento si lo comparamos con la etapa previa de la creación de este consultorio.

TO - MISCELÁNEAS

0185 - MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES DE LA INFECCIÓN POR DENGUE EN EL ADULTO EN UN HOSPITAL PUBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Gastro: Investigación Básica

PIGNATARO, Susana | ARGENTO, Rosana | ABULAFIA, Jaime | BARTOLOMEO, Ines | DE SILVESTRE, Patricia | LONGO, Analía | PRADO, Cecilia | RODRIGUEZ, Selva

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSÉ MARIA PENNA

Trabajo: RESUMEN: Introducción: El dengue es una enfermedad común en áreas tropicales y subtropicales que se caracteriza por fiebre, cefalea, artralgia y mialgia. Ocasionalmente, los pacientes desarrollan síntomas abdominales y gastrointestinales, sin embargo, existe poca información respecto a la frecuencia real de estas manifestaciones digestivas. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de manifestaciones gastrointestinales en un grupo de pacientes adultos con diagnóstico de dengue atendidos durante el periodo enero-mayo 2016. **Material y Método:** Se realizó una revisión retrospectiva de 1364 pacientes con

diagnóstico de dengue para determinar la frecuencia de síntomas gastrointestinales, los que fueron atendidos en consultorios externos de febriles del Hospital "José M. Penna" de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se aplicó estadística descriptiva, utilizando la prueba del χ^2 y la prueba exacta de Fisher con un nivel de significancia de $p < 0,005$. Resultados: el 64% de los pacientes presentaron manifestaciones gastrointestinales. En los pacientes ambulatorios el dolor abdominal fue el síntoma más frecuente (43%), seguido de náuseas (36%), vómitos (32%), diarrea (8%). Se hospitalizaron 99 (6,77%) de los pacientes, de los cuales el 100 %, $p < 0,00001$ presentaron alguna manifestación gastrointestinal. Los síntomas más frecuentes fueron: dolor abdominal (100%), náuseas (90%), vómitos (76%), diarrea (61%), Hepatomegalia (18%), esplenomegalia (5%), sangrado digestivo (10%) y ascitis (1%). Conclusión: nuestros hallazgos indican una alta frecuencia de síntomas gastrointestinales en pacientes con dengue, los que fueron significativamente mayor en los pacientes hospitalizados. El diagnóstico diferencial de un síndrome febril agudo con síntomas gastrointestinales, en pacientes en áreas endémicas o con historia de viaje debe incluir al dengue.

CC - ESÓFAGO

0028 - OSTEÓFITO: CAUSA RARA DE DISFAGIA

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Gastro: Esófago

MOLINER, Carolina(1) | PAVELIC, Adriana Maria(2) | GIANNINI, Marcelo Oscar(3) | HIGAYC ALEJANDRO KORN (1); HIGAYC ALEJANDRO KORN (2); HZGA HORACIO CESTINO (3)

Descripción: CASO CLINICO Paciente masculino de 72 años de edad que consulta a nuestro hospital por presentar disfagia orofaríngea, no progresiva, de 2 años de evolución. Examen clínico y neurológico dentro de parámetros normales, sin pérdida de peso, en buen estado general, laboratorio sin hallazgos patológicos. Antecedentes de Hipertensión Arterial en tratamiento con losartán. Se realiza Videoendoscopia Digestiva Alta en la que no se encuentran daños de la mucosa. Se solicita interconsulta con Otorrinolaringología para evaluación y realización de Fibronasolaringoscopia que también resulta normal. Se solicita Tomografía Axial Computada de cuello con contraste que informa marcada alteración degenerativa que involucra los cuerpos vertebrales cervicales, con extensos osteofitos anteriores, que improntan en la cara posterior de la unión faringo-laríngea, condicionando deformación de la misma y reduciendo su diámetro antero-posterior. Dado el buen estado general del paciente y siendo su disfagia leve se decide realizar tratamiento conservador con dieta blanda. OBJETIVO: comunicar una causa de disfagia muchas veces no diagnosticada por su desconocimiento. Los osteofitos cervicales son una causa poco frecuente de disfagia. Se han descrito varios mecanismos por los que un osteofito puede generar disfagia. En 1° lugar puede causar obstrucción mecánica directa del esófago o la hipofaringe. En 2° lugar, la disfagia puede ser causada por osteofitos pequeños, si se encuentran en los puntos fijos del esófago (cartilago cricoides a nivel C6). En 3° lugar, los osteofitos pueden causar una reacción inflamatoria alrededor del esófago o una neuropatía por compresión. El diagnóstico debe ser precedido por un exhaustivo estudio imagenológico que incluya Rx simple, TAC, RMN, esofagograma baritado y endoscopia esofágica. Los pacientes deben tener un examen otorrinolaringológico y endoscópico adecuado. Cuando los tratamientos conservadores han fracasado y se tiene la certeza de que el proceso es mecánico compresivo la solución quirúrgica puede restablecer la función digestiva.



CC - ESÓFAGO

0092 - CASO CLÍNICO: ACALASIA ESOFÁGICA Y LESIÓN SUBEPITELIAL GÁSTRICA

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Gastro: Esófago

Unidad Temática 2: Gastro: Estómago

DRA DOWECK, Judith | DR. ITURRALDE ARGERICH, Javier | DR. CUENCA ABENTE, Federico | DULCICH, Florencia | DRA. RIZZOLO, Mariana | DRA. CABANNE, Ana | DRA. MENENDEZ, Graciela | DRA ORBUCH, Florencia | DR. PATERNO, Mauricio | DR. CORTI, Rodolfo

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGIA CARLOS BONORINO UDAONDO

Descripción: Introducción: la acalasia esofágica es el trastorno funcional gastrointestinal más frecuente. Se caracteriza por ausencia de peristalsis de los dos tercios inferiores del esófago y ausencia o relajación incompleta del esfínter esofágico inferior. Su asociación con lesiones subepiteliales gástricas es un hecho infrecuente de observar y deberá descartarse la posibilidad de pseudoacalasia. Caso clínico: paciente varón de 48 años de edad con antecedentes de serología y epidemiología de Enfermedad de Chagas (sin compromiso de órganos extradigestivos). Consulta por disfagia para sólidos de 4 meses de evolución, no progresiva y pérdida moderada de peso. Estudios realizados: Rx tránsito esofágico y SGD. Megaesófago grado II; VEDA: esófago sin lesiones mucosas, dilatado se franquea el cardias con resalto. A nivel subcardial lesión elevada de 4 cm de diámetro recubierta de mucosa sana. Ecoendoscopia no se pudo franquear el cardias. TAC dilatación esofágica. Manometría esofágica: aperistalsis del cuerpo, no pudiéndose evaluar el EEI. Tratamiento: por vía laparoscópica gastrectomía atípica, confección de rafia gástrica, más miotomía de Heller sobre cara lateroposterior derecha y válvula antirreflujo tipo Dor (180). A Patológica: leiomioma gástrico, sin mitosis en 50 campos de gran aumento y perfil inmunohistoquímico: actina y desmina reactivo difuso; CD117; DOG 1 y CD 34 no reactivos. Evolución satisfactoria con recuperación ponderal y de la disfagia. Observaciones: Conclusión: describimos un caso de la infrecuente asociación de leiomioma subcardial y acalasia esofágica con excelente evolución tras la conducta quirúrgica.

CC - ESÓFAGO

0180 - PSEUDOObSTRUCCIÓN INTESTINAL ¿ESCLEROSIS SISTÉMICA O SÍNDROME PARANEOPLÁSICO?

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Gastro: Esófago

SACCHI FALCONE, Anabella Ana | ROLDAN, Nery | PAREDES PITTA, Martha María | FIORENTINO, Roxana | FACIO, Lucila | FURIA, Marina | MILITO, Daniela | IANTORNO, Guido

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGIA CARLOS BONORINO UDAONDO

Descripción: La pseudoobstrucción intestinal (PSOI) se caracteriza por cuadros clínicos recidivantes de obstrucción intestinal en ausencia de un proceso obstructivo mecánico. Se origina por alteración de la motilidad intestinal por afectación muscular, neurológica o de ambas. Entre sus causas secundarias se mencionan la esclerosis sistémica (ES) y el cáncer de células pequeñas de pulmón (small cell lung cancer-SCLC) como síndrome paraneoplásico. La ES es una enfermedad autoinmune caracterizada por desarrollo de fibrosis tisular, vasculopatía y presencia de autoanticuerpos. En el 80% de los casos presenta afectación del tubo digestivo, siendo los trastornos esofágicos los más frecuentes. Objetivo: Reporte de un caso. Caso clínico: Varón de 49 años, tabaquista severo, antecedentes de Fenómeno de Raynaud y esofagitis D. Intervenido por cuadro de suboclusión intestinal con lesión estenosante de intestino delgado en enterorMN no constatado en la cirugía, donde se realizó colostomía de transverso por evidenciar dilatación de colon derecho. Derivado para estudio de diarrea crónica. Laboratorio: FAN: 1/5120, anticentrómero: 1/40. Vol. MF: 416ml/24h, esteatocrito: 2%, Cl. alfa1-AT: 6ml/24h. Capilarescopía: patrón de ES. SEG: RGE espontáneo de gran volumen y lento aclaramiento. VEDA: Esfagitis D, estenosis péptica. Dilatación con bújia 12,8. Bulbo normal. Manometría esofágica: aperistalsis con ondas de amplitud disminuidas en el tercio inferior del esófago. Presión del EEI en el límite inferior del valor normal. Patrón de ES. TC tórax: Derrame pleural bilateral. Tractos pleuroparenquimatosos y opacidades reticulonodulares periféricas. Infiltrado intersticial. Lesión nodular de 17 mm, bordes espiculados y contacto pleural en ápice izquierdo. Adenopatías mediastinales. Se realiza PAAF. AP: negativo para células neoplásicas. Material inflamatorio. Broncoscopia: Se toma muestra para BAL. AP: negativo para células neoplásicas. Evolución: Se diagnostica ES, se descarta SCLC. Inicia seguimiento con reumatología y neumonología, IBP doble dosis, nutrición parenteral total, atb empírico para sobrecrecimiento bacteriano (SIBO) y proquinéticos; eritromicina EV + octeotride y prucalopride (según autorización de medicación de uso compasivo ley vigente junio 2015). Evolucionan favorablemente. Observaciones: La PSOI es una entidad poco frecuente. Muchas veces los pacientes sufren cirugías innecesarias y el diagnóstico tardío determina gran morbilidad. Se asocia a ES y, si bien es menos frecuente, ante un paciente con PSOI y nódulo pulmonar se debe descartar SCLC. La manometría es esencial para su diagnóstico. El tratamiento es sintomático; el uso de IBP, proquinéticos y el soporte nutricional son fundamentales. La diarrea por SIBO es habitual lo que agrava el deterioro nutricional por lo que se acepta el tratamiento atb empírico. La complejidad de estos enfermos aconseja siempre un abordaje interdisciplinario.

CC - ESÓFAGO

0202 - DISFAGIA OROFARÍNGEA DE COMIENZO BRUSCO EN FRANJAS ETARIAS DIFERENTES

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Gastro: Esófago

STAVE SALGADO, Karen | RAMOS, Rosa I. | TACCHI, Mariel | PROMENZIO, Esteban | MATANÓ, Raúl

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED EL CRUCE "DR. NESTOR CARLOS KIRCHNER"

Descripción: Introducción: La disfagia es la percepción de que hay un impedimento al pasaje normal del material deglutido. Topográficamente se divide en orofaríngea y esofágica. La disfagia orofaríngea (DOF) se presenta como consecuencia de enfermedades neuromusculares, relajación anormal del esfínter esofágico superior o lesiones estructurales locales. Las características evolutivas de la disfagia y edad del paciente orientan al diagnóstico etiológico: una disfagia de instauración brusca debe hacer sospechar una causa aguda, mientras que una progresión rápida acompañada de pérdida de peso puede ser causada por una neoplasia. En pacientes jóvenes la DOF en general obedece a patologías musculares, membranas y anillos, en cambio en personas de más edad habitualmente es producida por patologías del sistema nervioso central como accidentes cerebrovasculares. El porcentaje de presentación de DOF post ACV bulbar varía entre el 25 y 65%, sin embargo hay pocos reportes de presentación brusca de la DOF sin patología conocida previa. Caso Clínico: se presentan 2 pacientes que comienzan con DOF de instalación aguda, sin otro síntoma agregado. Paciente 1: 61 años, masculino, con antecedentes de HTA. Asiste para VEDA por DOF, de 48 hs. de evolución. Trae Rx baritada de cuello que muestra retención del contraste a nivel valecular y de senos piriformes. Sin pasaje a través del cricofaríngeo. VEDA: normal. Se solicita RNM de cerebro: lesión isquémica bulbar. Evoluciona favorablemente a los 6 meses de su cuadro isquémico. Paciente 2: Paciente masculino, de 36 años, que comienza 5 meses antes de la consulta, con DOF de inicio brusco, sin antecedentes previos. Pérdida de peso de 12 ks. Estudiado en otro centro, trae SGD con evidencia de material de contraste en la vía aérea, por lo cual se estudia desde el punto de vista neumonológico. Se realiza VxDx, evidenciándose ausencia de apertura del cricofaríngeo, con penetración y aspiración deglutoria y postdeglutoria, con reflejo tussígeno conservado. Se solicita RMN de cerebro. Tumor bulbo-protuberancial, de aspecto quístico, de aprox 8 cm de diam. Se deriva a neurocirugía, quienes realizan la resección tumoral. Diagnóstico histopatológico: quiste aracnoidal. Buena evolución clínica, Vx RX POP mediato: normal. Conclusiones: 1) La DOF puede presentarse en patología neurológica aguda independientemente de la edad 2) La sospecha clínica de enfermedad neurológica en estos pacientes adelanta el diagnóstico y mejora la calidad de vida. Observaciones: Este trabajo se basa en Video degluciones, sería bueno poder presentarlo en forma oral, si fuese aceptado.



CC - ESTÓMAGO

0036 - CASO INFRECLENTE DE MEMBRANA ANTROPILÓRICA EN ADULTOS

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Gastro: Estómago

ALDABE, Noel Victoria Eugenia | IRIARTE, Sonia Mariel | CANTEROS, Santiago | LEDESMA, Claudia Viviana | VERA, Natalia | CORDERO, Hernan | REYNOSO, Aixa
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Introducción: La membrana antropilórica es una tela submucosa cubierta por mucosa gástrica, su obstrucción puede ser completa o parcial si esta perforada. Asociada a herencia autosómica recesiva, afecta a ambos sexos por igual, incidencia menos del 1% de todas las

atresias del tracto digestivo. Una obstrucción completa produce vómitos persistentes no biliosos que aparecen poco tiempo después del nacimiento y la obstrucción incompleta depende del tamaño de la perforación de la membrana, pero generalmente se presenta como vómitos recurrentes en los primeros meses de vida y en la primera infancia, puede estar asociada con dolor epigástrico tras la ingesta de alimentos. Los métodos diagnósticos van desde SEG, ecografía abdominal, VEDA, ecoendoscopia. RESUMEN Paciente de sexo femenino de 56 años de edad, que consulta en reiteradas oportunidades desde 2003, por: epigastralgia y vómitos, medicada con omeprazol. Presentó antecedente de Hemorragia digestiva alta con descompensación hemodinámica que requirió internación y soporte transfusional. La paciente continuó persistiendo con los síntomas hasta la actualidad, por tal motivo se realizó VEDA, con diagnóstico presuntivo de: Estenosis pilórica, en otra institución. Ante dicho diagnóstico se decide realizar nueva VEDA, en la cual se evidencia en la región antral membrana con estenosis puntiforme, que se dilata con balón hidráulico, logrando franquear dicha lesión, evidenciándose el píloro de características normales. Se toman biopsias de la región no obteniéndose material con valor patológico, se realiza Tc de abdomen y pelvis con contraste, observando dilatación de la cámara gástrica, Tiempo de vaciamiento gástrico: retención gástrica aumentada con imagen de reloj de arena. Ante lo expuesto se decide realizar Ecoendoscopia observando: engrosamiento parietal a predominio de capa submucosa con espesor máximo de 7 mm, sin compresión extrínsecas en dicha región. Actualmente en plan de tratamiento endoscópico vs quirúrgico. Se decide presentar el caso ante la poca evidencia bibliográfica en paciente adultos.



CC - ESTÓMAGO

0124 - A PROPÓSITO DE UN CASO: ADENOCARCINOMA GÁSTRICO EN PACIENTE JOVEN

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Gastro: Estómago

CAMPODÓNICO, Pía | VERA, Andrea | SPROVIERO, Daniela | MEDRANO, Carlos | CORIA, Gonzalo Mauricio | BRACONE, Hernan | PINASCO, Rosalba | NARDI, Graciela | REGNASCO, Santiago | SAÁ, Cristina

HOSPITAL DE AGUDOS DR. IGNACIO PIRIVANO

Descripción: Introducción: El Adenocarcinoma gástrico representa el 95% de los tumores gástricos. La incidencia varía dependiendo de la región geográfica, Argentina presenta una baja tasa. Esta patología afecta principalmente a pacientes mayores de 60 años, siendo inusual la presentación en adultos menores de 40 años (<15%). Caso clínico: Paciente masculino de 20 años de edad, sin antecedentes de relevancia. Consultó por dolor abdominal periumbilical asociado a disminución de peso. Al ingreso se realizó laboratorio que evidenció leucocitosis con hipereosinofilia periférica y ecografía abdominal donde se observó ascitis moderada. Se realizó paracentesis con líquido ascítico sin parámetros para hipertensión portal, con presencia de eosinófilos, BAAR negativo. Se decidió internación para estudio. Se solicitó proteinograma, anticuerpos (Ac) para enfermedad celíaca, Ac para Hepatitis autoinmune, collagenograma, serologías para HIV, Hepatitis, Chagas, VDRL, PPD, con resultados negativos, IgE aumentada. El Frotis de sangre periférica confirmó hipereosinofilia. Coproparasitológico seriado negativo. La TC de abdomen con doble contraste evidenció ascitis y engrosamiento a nivel del íleon terminal y válvula ileocecal. Videocolonoscopia: Hasta íleon terminal, mucosa levemente congestiva y pérdida del patrón vascular a nivel recto-sigma. Se tomaron múltiples biopsias, que arrojaron como resultados una rectocolitis leve inespecífica con infiltración eosinofílica. Videoendoscopia digestiva alta: A nivel de cuerpo gástrico por debajo del cardias y hasta antro proximal, sobre curvatura menor y cara anterior hasta vertiente posterior, mucosa elevada, engrosada, congestiva con pérdida del patrón normal y pliegues con falta de elasticidad y distensibilidad a la insuflación. La anatomía patológica informó adenocarcinoma gástrico con células en anillo de sello. Conclusión: Presentamos el caso de un adenocarcinoma gástrico en un paciente de 20 años, una patología maligna, poco frecuente en nuestro medio, infrecuente en adultos jóvenes, en quienes presenta un mal pronóstico asociado a estadios avanzados de la enfermedad al momento del diagnóstico. Su baja incidencia lleva a no sospechar la patología y por ende, a un diagnóstico tardío.

CC - ESTÓMAGO

0125 - POLINEUROPATIA SENSITIVA SECUNDARIA A ANEMIA PERNICIOSA COMO PARTE DE UN PROBABLE SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOINMUNE TIPO II

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Gastro: Estómago

CAMPODÓNICO, Pía | CHOW BRANDT, Otto | PÁEZ, María | CORIA, Gonzalo Mauricio | BRACONE, Hernán | PINASCO, Rosalba | LA VÍA, José | NARDI, Graciela | REGNASCO, Santiago | SAÁ, Cristina

HOSPITAL DE AGUDOS DR. IGNACIO PIROVANO

Descripción: Introducción: La anemia perniciosa es una enfermedad autoinmune, donde existe una malabsorción de Vitamina B12 por déficit del Factor Intrínseco de Castle, secundaria a una atrofia gástrica. Representa entre un 20 y 50 % de las causas de déficit de B12. Presenta una prevalencia del 0.1 %, la cual aumenta en el grupo etáreo mayor a 60 años. Es común la asociación con otras patologías autoinmunes como DBT Tipo1, Tiroiditis de Hashimoto y Vitiligo, como parte de el síndrome poliglandular autoinmune tipo II. Caso clínico: Paciente masculino de 52 años de edad con antecedentes de Tiroiditis de Hashimoto, consulta por síndrome de impregnación, dificultad en la marcha y debilidad en cuatro miembros de tres meses de evolución. Laboratorio, Hto: 33 %, Hb: 11.5 g%, VCM: 116 fl, HCM: 39.2, LDH: 552 U/L, VSG: 22 mm/H, TSH: 65.4 mU/L, ATPO: 103.9 U/L, Reticulocitos: 0.4, Ferremia: 47 mcg%, Transferrina: 1.8 mcg%, Saturación de transferrina: 19 %, Vit B12: 106 pg/ml. Frotis de sangre periférica con macrocitosis y neutrófilos hipersegmentados. El electromiograma evidenció una neuropatía sensitiva. Anti células parietales y anti factor intrínseco positivos. RMN de encéfalo y columna, con lesiones puntiformes hiperintensas en T2 y FLAIR en la sustancia blanca bihemisférica periventricular y en médula espinal, compatibles con lesiones desmielinizantes. La Videoendoscopia Digestiva Alta (VEDA) evidenció ausencia de pliegues gástricos con vasos por transparencia. Anatomía patológica: atrofia gástrica con presencia de células calcificantes compatible con metaplasia intestinal. Conclusión: Presentamos un caso de mielopatía y neuropatía sensitiva en el cual durante el abordaje diagnóstico encontramos además de la causa inmediata, una asociación de patologías. Llegando a la conclusión, que ante el diagnóstico de una anemia perniciosa, profundizar el estudio del paciente, nos puede llevar al diagnóstico de otras patologías asociadas.

CC - ESTÓMAGO

0132 - PANCITOPENIA COMO EXPRESIÓN CLÍNICA DE ANEMIA PERNICIOSA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Gastro: Estómago

DACA ALVAREZ, María | ESCOBAR FERNANDEZ, Rafael | PAGLIERE, Nicolas | BARBA, Analía

SANATORIO JULIO MENDEZ

Introducción: La anemia perniciosa (AP) es un desorden autoinmune con déficit de Vitamina B12 por falta de factor intrínseco (FI). Es el estadio final de la gastritis crónica atrófica autoinmune por destrucción de las células parietales productoras de FI mediante anticuerpos anti célula parietal (ACP) y Anti factor intrínseco (AFI). La AP representa el 20-50 % de los déficits de VIT B12; se presenta a cualquier edad, con predominio en mayores de 60 años. Se presenta de forma insidiosa, habitualmente como anemia megaloblastica, también puede expresarse como anemia ferropénica y rara vez como pancitopenia, entre otras. Si bien de curso benigno, constituye una entidad preneoplásica que motiva la vigilancia endoscópica. La pancitopenia puede ser provocada por múltiples causas entre ellas (congénitas, infecciosas, autoinmunes, medicamentosas, nutricionales o hipovitaminosis B12 y ácido fólico). Objetivo: Presentar un caso de pancitopenia como manifestación clínica infrecuente de anemia perniciosa. Caso clínico: Paciente, masculino, 43 años, Antecedente Familiar de Primer Grado de Cáncer Gástrico. Consulta por mareos y lipotimia. Frotis al ingreso: Hto 16.9 Hb 5.4 Gb 1560 (N: 660) Plaquetas 38000 (Anemia Ferropénica, Neutropenia y Plaquetopenia) PAMO: Hiperclorur con marcados cambios megaloblasticos. TAC de Tórax Abdomen y Pelvis: Normal. VEDA: Pérdida de pliegues gástricos. Vasos por transparencia, se biopsia. Histología: Pangastritis crónica atrófica moderada con Metaplasia intestinal extensa severa. H. Pylori + VCC: normal. Laboratorio: Se descarta HIV, Hepatitis B y C, CMV, Toxoplasmosis, Parvovirus, Mononucleosis, Sífilis. VIT B 12 100 (243-894), Anticuerpo ACP+ y AFI+, Gastrina 308 (10-115). Se realiza Tratamiento con Vitamina B12 parenteral con mejoría de las series. Pendiente erradicación de H. Pylori. Laboratorio al egreso: Hto 32.6 Hb 10 Gb 6340 Plaquetas 507000. Discusión: El diagnóstico de AP es histológico, dosaje de B12 bajo, y de ACP y AFI, con una sensibilidad y especificidad del 81,5%, 90,3% y 37%, 100% respectivamente. La sospecha clínica se basó en el déficit de vitamina B12, confirmado por histología y anticuerpos. El

antecedente familiar de cáncer gástrico, reforzó el diagnóstico, sabiendo que el 20% de los familiares de pacientes con AP, la presentan, y que el riesgo de progresión a cáncer gástrico es de 1 a 3%. Los predictores de alto riesgo de cáncer gástrico son: metaplasia intestinal severa y antecedente familiar de primer grado de cáncer gástrico. Conclusiones: 1) La sospecha clínica se basa en el déficit de vitamina B12, independientemente de la manifestación clínica. 2) El diagnóstico debe confirmarse con la histología gástrica y los anticuerpos ACP y/o AFI. 3) El intervalo de vigilancia endoscópica no está claro, en nuestro caso sería anual por ser un paciente con alto riesgo de cáncer gástrico.

CC - ESTÓMAGO

0144 - TBC GÁSTRICA, UNA LOCALIZACIÓN INFRECUENTE DE LA TBC DIGESTIVA

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Gastro: Estómago

ARIAS, Marcela Carolina | DEL VALLE, Raquel | ROHWAIN, María Jose | ROLDAN, Judith | ECHAGUE, Francisco | MARTIN QUIRAN, Mariana | CARRARO, Cecilia | FIORENTINO, Roxana | DULCICH, Florencia | BORI, Javier | DOWECK, Judith | PATERNO, Mauricio | CABANNE, Ana | VASEN, Walter | CORTI, Rodolfo | MAURINO, Eduardo

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGIA CARLOS BONORINO UDAONDO

Descripción: INTRODUCCIÓN: La infección primaria o secundaria del estómago en la TBC no es frecuente. Habitualmente está asociada a una TBC pulmonar o estado de inmunodeficiencia. Clínicamente simula una enfermedad ulcerosa péptica o maligna. La razón de la rareza de la lesión gástrica es atribuida a las propiedades bactericidas del ácido gástrico, a la escasez de tejido linfóide en la pared gástrica y a la integridad de la mucosa gástrica. Las posibles rutas de la infección incluyen la infección directa, la vía hematogena o la extensión a punto de partida de otra lesión tuberculosa. OBJETIVO: Presentación de un caso CASO CLÍNICO: Paciente de 30 años, oriundo de Bolivia, consulta por dolor abdominal en hipocondrio derecho, vómitos postprandiales tardíos, pérdida de peso de 17kg y sudoración nocturna de 3 meses de evolución. LABORATORIO: VSG 22 Alb 2,9. RX DE ABDOMEN: prominente nivel hidroaéreo de cámara gástrica. VEDA estómago: contenido de retención. En antro región prepilórica estenosis de la luz con mucosa irregular y friable. Débito por SNG 1 litro. Impresión diagnóstica: sme de retención gástrica. Dx diferencial: Ca gástrico. AP de VEDA: gastritis crónica granulomatosa con células gigantes multinucleadas. ZN PAS Y GROCOTT negativo. TAC: infiltrados alveolo intersticiales periféricos en topografía de LSI y lingual con retracción pleural. Líquido pleural laminar en seno costofrénico izq. Dilatación gástrica con engrosamiento de pliegues mucosos, engrosamiento asimétrico irregular de la pared duodenal de 27 mm de diámetro axial máximo extendido en topografía ampular Vateriana con delimitación imprecisa con el contorno cefálico de páncreas. Dilatación de vía biliar proximal. Líquido perivesicular y perihéptico laminar. EVOLUCION: Laparoscopia exploradora + gastroenteroanastomosis y toma de biopsias. Se palpan y se observan múltiples implantes sobre epiploon, meso, ligamento redondo, pared gástrica y peritoneo parietal. Se constata proceso tumoral prepilórico de 5x6 cm aprox. Y se agrega adenopatías sobre meso intestinal. AP: ganglio linfático con granulomas caseificantes. Mucosa de tipo antro pilórica con infiltrado linfoplasmocitario y aislados granulomas. Tejido adiposo con granulomas caseificantes. DX: proceso inflamatorio crónico granulomatoso, con ZN se observan escasos BAAR en la muestra ganglionar. En seguimiento por infectología, realiza tto antitímico. Observaciones: CONCLUSION: La TBC gástrica es una entidad rara aunque debe ser considerada como diagnóstico diferencial en pacientes con lesiones pseudotumorales, ulceradas o con obstrucción al tracto de salida gástrico con biopsias reiteradas negativas para neoplasia, particularmente en áreas endémicas para TBC.

CC - INTESTINO DELGADO

0078 - MUJER DE 54 AÑOS CON ENFERMEDAD CELÍACA, CONVULSIONES Y CALCIFICACIONES CEREBRALES

Modalidad: 2-Casos Clínicos

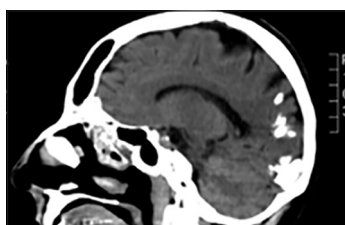
Unidad Temática: Gastro: Intestino Delgado

DIEHL, Fernando | BOLOMO, Andrea | CARLINO, Yanina | GONZALEZ, Roxana | MIRETTI, Virginia | BAENAS, Diego | BALDERRAMO, Domingo | HIGA, Mariano | BERTOLA, Silvia

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

Descripción: Mujer de 54 años de edad, con antecedentes de epilepsia desde los 8 años de edad que recibió tratamiento con carbamazepina 600 mg/día. Hasta los 50 años presentó múltiples episodios convulsivos sin remitir completamente con la medicación. En ese momento se realizó diagnóstico de enfermedad celíaca (EC), la cual se sospechó por la pre-

sencia de síndrome diarreico, anemia, desnutrición y pérdida de peso de 5 kilogramos en 2 meses. Se realizó dosaje de anticuerpos IgA antitransglutaminasa; IgA antiendomisio; IgG e IgA antigliadinas, arrojando todos valores patológicos. Se completó estudio con videoendoscopia digestiva alta, donde se observó mucosa de segunda porción de duodeno con patrón en mosaico, franca disminución de pliegues y signos de atrofia con "scalloping". La biopsia duodenal informó hipertrofia críptica, severa atrofia de vellosidades intestinales (Marsh III), con cambios regenerativos en los enterocitos e incremento de linfocitos intraepiteliales (>40%). Se inició dieta libre en gluten, reposición de vitamina B12 y ácido fólico. La paciente presentó posteriormente mejoría clínica digestiva y ausencia de crisis epilépticas por 12 meses. Al año diagnóstico de EC presentó una nueva crisis convulsiva parcial compleja con automatismos bucofaciales y movimientos tónicos en miembros superiores, por lo que se interna nuevamente para estudio. Se realizó TAC de cerebro sin contraste que mostró imágenes de densidad cálcica en región occipital, bilaterales, en los surcos corticales. La RMN cerebral mostró cambios similares a la TAC. El EEG detectó leve desorganización difusa. El equilibrio fosfo-cálcico se encontró dentro de rangos normales (calcemia corregida de 8,6 mg/dl). Con las imágenes previamente mencionadas, sumado a la EC y epilepsia, se diagnosticó síndrome EPICAE. Se reforzó la adherencia a la dieta con mejoría de la clínica neurológica durante el seguimiento posterior. Observaciones: Decidimos enviar este póster porque el síndrome EPICAE es infrecuente en los pacientes con EC. Los casos reportados han sido principalmente en población pediátrica. Ante la presencia de síntomas digestivos en contextos de epilepsia debe orientar en la sospecha de EC y síndrome de EPICAE. La base del tratamiento está en la utilización de fármacos anticonvulsivos y dieta libre de gluten.



CC - INTESTINO DELGADO

0128 - TUMOR NEUROENDOCRINO YEYUNO ILEAL NO FUNCIONANTE, PATOLOGÍA DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO VARIABLE

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Gastro: Intestino Delgado

Unidad Temática 2: Gastro: Hígado, Vescícula, vías biliares y páncreas

ROSALES ASTUDILLO, María Paula(1) | PERERA, Raquel(1) | DELBUENO, Agustín(1) | ALONSO, Andres(1) | CALZONA, Cecilia(1) | CERVANTES, Marcos(1) | PAS-CAL, Alejandro(1) | HURTADO, Esther(1) | LENZ, Marcelo(2)

HIGA PROFESOR DR RODOLFO ROSSI (1); HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED EL CRUCE "DR. NESTOR CARLOS KIRCHNER" (2)

Descripción: Introducción: El TNE de intestino delgado es una entidad heterogénea que deriva de células enterocromafines que tienen capacidad de secretar péptidos y aminas bioactivas. Es la segunda localización en frecuencia, luego de los pancreáticos. Se presenta más frecuentemente en mayores de 70 años. Se diagnostica comúnmente en búsqueda de un tumor primario desconocido en pacientes con metástasis. Caso clínico: Paciente de 53

años sin antecedentes, consulta por diarrea acuosa, dolor abdominal de 1 año de evolución y pérdida de peso de 10 kg. Sin hallazgos relevantes al examen físico. Se realizó: ecografía abdominal, con 4 imágenes focales hepáticas, heterogéneas, ecogénicas, con fino halo hipocóico; la mayor de 51 x 45 mm en segmento VIII, con flujo de distribución mixto. TC de abdomen y pelvis con contraste oral y EV: 6 lesiones focales hepáticas sólidas, la mayor en segmento V, con realce heterogéneo, engrosamiento parietal difuso del intestino delgado y alteración de la grasa mesentérica locoregional. En topografía de mesenterio, lesión redondeada, sólida de 4x2.5x2.3 cm, con calcificación excéntrica, puntiforme e importante realce heterogéneo en íntima relación con la arteria mesentérica superior. VEDA, VCC y enteroscopia retrógrada: normal. Laboratorio: cromogranina A positiva, ácido 5-hidroxiindolacético negativo. Octreoscan: zona hipercaptante hepática redondeada de la misma concentración del bazo y otras más pequeñas y de menor intensidad. A nivel medio abdominal, imagen de concentración aumentada, que podría corresponder a intestino delgado. Foco mesentérico con leve captación. Biopsia de lesión hepática: TNE G1 (Ki-67 2%). Cromogranina positiva. Se inicia octeotride de liberación prolongada. Se resecan 60 cm de intestino delgado y metástasis hepáticas de segmentos II, III y IV. Se realiza termoaablación por radiofrecuencia de lesiones en segmento IVa y IVb y embolización portal intraoperatoria de la vena porta derecha. Anatomía patológica de pieza quirúrgica: tumor carcinóide invasor, panparietal con penetración neoplásica vascular, metástasis ganglionares y hepáticas. Bordes de resección libres. Inmunohistoquímica: cromogranina A +, sinaptofisina +, enolasa neuronal específica: +, CK7 -, CK20 -. A las 4 semanas se realiza hepatectomía derecha cuya anatomía patológica presenta infiltración metastásica multifocal por TNE G2. Margen quirúrgico libre. Paciente con favorable evolución clínica en seguimiento en Hospital El Cruce Florencio Varela. Discusión: Presentamos un caso de una patología infrecuente, en un paciente fuera del grupo etario habitual, que se debe sospechar a fin de hacer diagnóstico temprano y obtener resultados terapéuticos superiores. Se realizó un abordaje multidisciplinario de un TNE metastásico con patrón de infiltración complejo (Un lóbulo afectado primariamente, con satélites pequeños en el lóbulo contralateral) en el que según protocolo, priorizando el remanente hepático, se combinaron abordaje quirúrgico asociado a termoaablación y quimioembolización dirigiéndose a la hepatectomía derecha para un segundo tiempo.

CC - INTESTINO DELGADO

0157 - REPORTE DE CASO: PARASITOSIS SISTÉMICA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Gastro: Intestino Delgado

CEPEDA, Jéscia | DE PAULA, Juan Andrés | ETCHEVERS, María Josefina | MARCO-LONGO, Mariano | RAMÍREZ, Verónica | SANTINO, Juan Pablo | SOBRERO, María Josefina | GIMENEZ, Fernando Ignacio

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Trabajo: INTRODUCCIÓN: La estrogiloidiasis, es una parasitosis sistémica producida por el nematodo Strongyloides Stercoralis. Se estima que 10 millones de personas se encuentran mundialmente infectadas por el mismo. En Argentina la prevalencia es mayor al 20%, considerándose un país de alto riesgo para contraer la infección, sin embargo en nuestra región, es una patología subdiagnosticada, por distintos factores: en general es asintomática, el índice de sospecha es bajo y se requiere de profesionales entrenados para su detección. La clínica, cuando se presenta es inespecífica comprometiendo distintos sistemas, desde el intestinal, el respiratorio o inclusive el sistema nervioso con diferentes grados de severidad. CASO CLÍNICO: Se reporta el caso de un paciente de 20 años, oriundo de Chaco, con diagnóstico de enfermedad de Crohn ileo-colónica fistulizante cortico-resistente en el año 2010. Requirió en su evolución ileocelectomía derecha y sigmoidectomía con posterior reconstrucción del tránsito en el año 2014. Recibió tratamiento con Adalimumab por 1 año como prevención de recurrencia postquirúrgica y continuó azatioprina de mantenimiento. En Agosto 2015 evoluciona tórpidamente con dolor abdominal progresivo de 30 días de evolución, diarrea con moco, y fiebre. Ante la sospecha de reactivación de Crohn, es derivado a nuestra institución donde se decidió su internación. Se realizó tomografías y estudios endoscópicos, donde se evidenció compromiso inflamatorio endoscópico y microscópico en colon remanente y recto. Coproparasitológico negativo. Inició tratamiento con corticoides endovenosos y 2 infusiones de Infliximab. Por progresión del dolor abdominal y sepsis con tomografía que evidencia colección abdominal asociada al intestino enfermo, se decidió realizar colectomía total, detectándose en la histología de la pieza quirúrgica la presencia de Strongyloides Stercoralis. Inició tratamiento con Ivermectina 200 mcg/kg por 2 dosis. El paciente evolucionó con meningitis y absceso cerebral. Tras repetidas punciones lumbares, positivizó en la última, el test de PCR para Strongyloides Stercoralis. Comenzó nuevo ciclo de Ivermectina con buena evolución clínica hasta la actualidad. DISCUSIÓN: Motiva la presentación de este caso la dificultad en la detección de Strongyloides requiriendo en ocasiones biopsias de tejido, como en este caso. El índice de sospecha debe ser alto, sobre todo en nuestro país, con búsqueda repetida del parásito ya que en pacientes inmunosuprimidos, una infección no diagnosticada y en consecuencia no tratada puede llevar a compromiso sistémico y a la muerte.

CC - INTESTINO DELGADO

0207 - INTUSUSCEPCION INTESTINAL UNA COMPLICACION DE LA ENFERMEDAD CELIACA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Gastro: Intestino Delgado

RODRIGUEZ, Guillermo | ROWAIN, M. José | MARTÍN QUIRÁN, Mariana | TEMPRANO, Paz | HENSEL, Alejandro | MORENO, M. Laura | NIVELONI, Sonia | MAZURE, Roberto | MAURINO, Eduardo

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGIA CARLOS BONORINO UDAONDO

Trabajo: INTRODUCCION: La Intususcepción intestinal (II) es una entidad infrecuente en adultos, siendo el 90 % de los casos secundarios a lesiones malignas. Dentro de las causas benignas se presentan las adherencias post-operatorias, la enfermedad de Crohn, el divertículo de Meckel y la enfermedad celiaca. OBJETIVO: Presentación de una paciente con II en el contexto de una EC. CASO CLINICO: Paciente de sexo femenino de 45 años de edad con antecedente de EC diagnosticada en la infancia sin cumplimiento de dieta libre de gluten (DLG) hasta los 43 años de edad. En el año 2013 post-parto comienza con diarrea y dolor abdominal por lo cual inicia la DLG con mejoría sintomática. En el año 2016 consulta por un cuadro de dolor abdominal, diarrea y vómitos. Al examen físico presentaba signos vitales estables, abdomen blando depresible doloroso a nivel umbilical, sin defensa, sin reacción peritoneal con ruidos hidroaéreos aumentados. La paciente presentaba una desnutrición calórico-proteica con intolerancia alimentaria. Radiografía de abdomen de pie con niveles hidroaéreos. Laboratorio dentro de los parámetros de normalidad. Enterotomografía: reforzamiento parietal y engrosamiento con menor distensibilidad de asas yeyunales proximales y de tercio medio, y a nivel de íleon terminal. Se observaron ganglios mesentéricos de 8 y 9 mm. EVOLUCION: Se interpreta como un cuadro de suboclusión intestinal secundaria a una probable complicación de su EC. Se decide realizar laparotomía exploradora: se observó un aumento del grosor de la pared hacia yeyuno proximal y adenomegalias en mesenterio. A un metro del asa fija se observaron 2 intususcepciones sin causa orgánica evidenciable, las cuales se liberaron sin resección. Se realizó una enteroscopia intraoperatoria: mucosa con patrón de mosaico y peinado en todo el intestino delgado, se tomaron múltiples biopsias (anatomía patológica: Marsh 3b-c). Se inició nutrición parenteral, luego la paciente evolucionó con intolerancia a la vía oral adaptada por lo cual se decidió iniciar nutrición enteral con mejoría clínica y nutricional. CONCLUSION: En el paciente con EC se deben descartar complicaciones como linfoma o yeyunitis ulcerativa como causa de la II. Sin embargo, la atrofia vellositaria puede generar este cuadro como una complicación infrecuente de la EC. Este conocimiento podría prevenir resecciones intestinales innecesarias debido a que pueden resolver espontáneamente con el inicio de la DLG.

CC - INTESTINO DELGADO

0222 - LINFOMA HODGKIN EN ENFERMEDAD CELIACA

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Gastro: Intestino Delgado

Unidad Temática 2: Gastro: Estómago

MUÑOZ JARAMILLO, Roberto(1) | ROWAIN, Maria Jose(2) | HENSEL, Alejandro(1) | MAZURE, Roberto(1) | MORENO, Laura(1) | KUTJA, Nadia(1) | VASENT, Walter(1) | SERIANI, Sergio(1) | CABANNE, Ana(1) | PATERNO, Mauricio(1)

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGIA CARLOS BONORINO UDAONDO (1); HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGIA CARLOS BONORINO UDAONDO (2)

Descripción: HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA B. UDAONDO. BUENOS AIRES. ARGENTINA. Introducción En pacientes con enfermedad celiaca el riesgo relativo de padecer enfermedades oncológicas (EALT, linfoma B, adenocarcinoma) esta incrementado sin embargo la presencia de linfoma Hodgkin, es muy rara y está poco descrito en la literatura médica. OBJETIVO: Presentación de un caso de linfoma hodgking en una paciente con diagnóstico de enfermedad celiaca CASO CLINICO: Paciente femenina, 35 años de edad ANTECEDENTES PERSONALES: Diagnóstico de Linfoma B intestinal de células grandes de alto grado difusa hace 6 años con la realización de exéresis de tumoración de yeyuno por SOI y posterior quimioterapia con remisión completa MOTIVO DE CONSULTA: Dolor abdominal y vómitos de 2 meses de evolución con pérdida del 20% de su PCT EXAMEN FISICO: Paciente en regular estado general. lúcido sin signos de foco motor, sensorial ni sensitivo. no adenopatías r1 y r2 en cuatro focos. silencios libres. buena mecánica ventilatoria. buena entrada de aire bilateral, no ruidos agregados. abdomen , blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio con aumento de la tensión , sin defensa ni reacción peritoneal, no megalias, no adenopatías inguinales. rha conservados. Peso:37KG IMC 14.3 LABORATORIO: Anemia, albumina 2,6 g/dl HVC: reactivo a-rTG Ig A 69 Dgp 44 HLA DQ2/DQ8: positivo LDH 147 ESD 46

HIV negativo EXAMENES COMPLEMENTARIOS: RADIOGRAFIA DE TORAX: SIN PARTICULARIDADES. VEDA 29/3/16 : Úlcera duodenal con bordes anfractuados que dificulta el paso de alimentos a duodeno se BX Ap: material necrótico fondo de úlcera (realizado en otro hospital) EVOLUCION: A su ingreso se interpretó como síndrome pilórico secundaria a blastoma gastroduodenal. se realizó, serología para enfermedad celiaca que informa positiva. Se realiza nueva veda con AP inespecífica. Se decide realizar biopsias percutánea con trucut guiada por eco a nivel de antro cuya anatomía patológica informa compatible con linfoma hodgking y al momento se encuentra en tratamiento para su patología linfoproliferativa CONCLUSION: La presencia de Linfoma hodgking en pacientes con enfermedad celiaca esta poco descrito en la literatura médica, en especial en pacientes con antecedentes de linfoma B intestinal. La sobrevida a largo plazo del linfoma hodgking con tratamiento adecuado es excelente.

CC - COLON Y RECTO

0041 - INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE ANCIANO CON COLITIS ULCEROSA

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Gastro: Colon y recto

Unidad Temática 2: Endoscopia: Colon y Recto

CUELI, Jose | CHIRIANO, Fabiela | GODOY, Ana Clara | HERMIDA, Raquel | KIDD, Mariana | NOTARI, Lorena | SCACCHI, Agustina | COLOMBO, Pablo

COMPLEJO MEDICO POLICIAL CHURRUCA - VISCA

Descripción: Introducción: la incidencia de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en mayores de 60 años es del 30% y de 10% en los mayores de 80 años. La presentación clínica es similar a la del adulto, sin embargo hay un retraso en su diagnóstico. Suelen tener síntomas más sutiles, presentaciones más severas y menor número de recaídas; pero requieren más hospitalizaciones con mayor riesgo de infecciones oportunistas, de las cuales el citomegalovirus (CMV) se presenta en el 15-25% de las colitis severas o refractarias. Objetivo: presentar un paciente octogenario con debut de EII asociada a infección por CMV. Caso clínico: mujer de 86 años que se interna por diarrea no disintérica e incontinencia fecal de 3 meses asociada a dolor abdominal y fiebre. Antecedentes: accidente cerebrovascular, hipertensión arterial, enfermedad de Alzheimer. Al ingreso: taquicárdica, abdomen doloroso, ruidos hidroaéreos aumentados, 8 deposiciones líquidas/día, sin sangre pus ni moco. Se inició metronidazol y ciprofloxacina, sin respuesta. Laboratorio: Hto 28%, Hb 8.7g/dl, GB 5300/mm3, alb 1.6g/dl, ESD 63, PCR 4,95, toxina Clostridium Difficile negativa, coprocultivo: flora habitual. Anticuerpos de celiacía negativos, ANCA negativo. Tomografía de abdomen: engrosamiento concéntrico y afectación de grasa intestinal en región recto-sigmoidea. Colonoscopia: Desde los 25cm del margen anal hasta recto superior compromiso continuo y simétrico de la mucosa de aspecto friable, con ausencia de patrón vascular, pseudópodos y úlceras superficiales cubiertas de fibrina, Score Mayo: 2/ UCEIS: 4. Histología de recto y sigma: moderado edema de lámina propia, focal pérdida de la mucosecreción con criptitis y marcado infiltrado linfoplasmocitario, con megainclusiones intranucleares en células endoteliales y fibroblastos. Por los hallazgos clínicos, endoscópicos e histológicos relacionados con colitis crónica se interpretó rectocolitis ulcerosa severa asociada a infección de CMV. Realizó tratamiento con hidrocortisona 100 mg cada 8 hs, enemas de mesalazina 1g/día y ganciclovir 5 mg/kg/peso/12hs por 14 días. La paciente evolucionó afebril, con egreso luego de 40 días de internación con 3 deposiciones diarias. Conclusiones: la infección gastrointestinal por CMV es relativamente común en pacientes con EII grave. La reactivación podría estar mediada por el estado inflamatorio de la mucosa y los fármacos inmunosupresores administrados a estos pacientes. No está del todo aclarado si el CMV es un colaborador o un expectador de la enfermedad. El tratamiento de CMV en colitis severa podría reducir la tasa de colectomía y mejorar la respuesta a los corticoides. Su diagnóstico se debe realizar sobre tejido colónico con tinción para hematoxilina-eosina, inmunohistoquímica o reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Siempre sospechar su presencia cuando exista refractariedad a los corticoides y reactivaciones severas. Observaciones: Comunicación Simple.

CC - COLON Y RECTO

0055 - SÍNDROME DE OGILVIE: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Gastro: Colon y recto

MARTINEZ, Mariano Emanuel | DIAZ, Ana Belen | VIVAS, Melina Natali | VARELA, David | CERDAS, Natalia | AMÉ, Cleomar

HOSPITAL CÓRDOBA

Descripción: INTRODUCCION: El síndrome de Ogilvie o "Pseudoobstrucción aguda del colon" es una dilatación idiopática y progresiva del colon. Se trata de una entidad poco

frecuente y que predomina en personas de edad avanzada. Se asocia a múltiples patologías como sepsis, quemaduras, traumatismos, cirugía pélvica y abdominal, insuficiencia respiratoria y enfermedades neurológicas. Su fisiopatogenia respondería a un desequilibrio entre la innervación simpática/parasimpática del colon, aunque aún no es totalmente conocida. OBJETIVO: Dar a conocer un caso clínico de presentación infrecuente y revisión de la literatura. CASO CLÍNICO: Masculino de 33 años con antecedentes de esquizofrenia y consumo habitual de tóxicos (tabaco, cocaína, cannabis y tolueno). Medicación habitual: Risperidona 4mg/día. Ingresó por guardia con cuadro de disnea progresiva CF III-IV y Tos seca sin fiebre, de 2 días de evolución. Con mala mecánica ventilatoria y saturando 78 % AA. Es remitido a UTI con diagnóstico de Insuficiencia Respiratoria Aguda secundario a EPOC reagudizado y Neumopatía Infecciosa Aguda con requerimiento de VMNI. Laboratorio: Gb: 5640. Hb: 12,4 HC: 37,2 Na+: 133 K+: 4,4 PO2: 45%. PCO2: 72%. Sat O2: 77%. PCR: 6, 09. Serología viral: VIH – VHB – VHC – CMV – VEB (No Reactivos). Ecografía abdominal.: Leve cantidad de líquido libre en recessos peritoneales intrapélvicos. Luego de 6 días de internación presentó cuadro de distensión abdominal de inicio subagudo y falta de eliminación de heces, sin dolor abdominal. Rx. Abdomen: Se visualiza gran dilatación de colon derecho, transversal y recto-sigma. TAC abdominal: Se observa marco colónico severamente dilatado, a predominio de colon derecho (ciego de aprox. 9,5 cm de diámetro.) sin visualizarse lesiones orgánicas que lo justifiquen. Se indicó nada por boca, reposición hidroelectrolítica, SNG aspirativa, Sonda Rectal, Metoclopramida ev. Control radiológico seriado. Evolución favorable, correcta eliminación de flatos y posteriormente de heces líquidas. Se otorga alta hospitalaria encontrándose vigil, orientado, con buen estado general, eúpeico en reposo, tolerando bien la dieta oral con mejoría significativa de distensión abdominal. CONCLUSIÓN: El diagnóstico de este síndrome es difícil y se establece en base a la historia clínica, la exploración física y el estudio radiológico. El primer paso es descartar obstrucción mecánica que requiera corrección quirúrgica. El tratamiento varía según el estado del paciente y la severidad de los síntomas. Gran parte de los pacientes responderán a tratamiento conservador (ayuno estricto, reposición hidroelectrolítica, colocación de sng y rectal, y drogas como neostigmina o eritromicina). En no respondedores se optará por tratamiento endoscópico y/o quirúrgico inmediato para su corrección. Es importante su detección precoz por su elevada mortalidad intrahospitalaria que llegaría al 30 %.

CC - COLON Y RECTO

0066 - UNA DIARREA DIFÍCIL DE TRATAR. EII VS TUMOR NEUROENDOCRINO, ¿O AMBOS? REPORTE DE UN CASO

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Gastro: Colon y recto

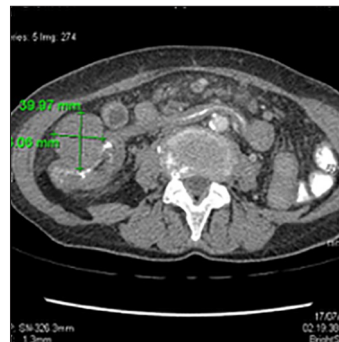
Unidad Temática 2: Gastro: Intestino Delgado

ALSINA, Fernanda Soledad | FRACCHIA, Julio | JACOBINO, Liliana | DIAZ, Estefanía Yesica | CUDA, Leonardo | GONZALEZ, Claudia | COPPOLA, Daniel | MIMURA, Humberto | FUGAZZA, Laura | FALBO, Carlos

HOSPITAL FIORITO

Descripción: INTRODUCCIÓN: La EII, particularmente la EC, se asocia a tumores malignos gastrointestinales, destacando el CCR y el colangiocarcinoma y extraintestinales, como linfoma, cáncer de piel, y tumores neuroendocrinos. Los TNEG son un grupo infrecuente de neoplasias con alto potencial maligno, la mayoría diagnosticadas de forma tardía, debido a su baja prevalencia OBJETIVO: Dar a conocer un caso poco frecuente de superposición de enfermedades con un mismo síntoma en común. CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 59 años con antecedentes de HTA, DBT post qx, TBQ, HDA, ACV, esplenopancreatectomía por adenocarcinoma de cola de páncreas, con consumo de ATB crónica, múltiples internaciones sin diagnóstico. Consulta por diarrea de 3 años de evolución 30 deposiciones/d, deshidratación, hipocalcemia y pérdida de 20 kg de peso Al examen físico paciente hipotensa, adelgazada, signo del pliegue positivo; formación en FID, redondeada, duroelastica. TR MF amarillenta pastosa. Inicia PHP amplio con CLK, dieta astringente Se realiza: Laboratorio: Hto 30,9 Hb 9,4 GB 18300 (linf 8%) plaq. 700.000 pH 7,39 K 2,6; serologías para EC negativa; ASCA Positivo, ANCA P negativo HIV, HCV, HBV negativo. Parasitológico: negativo. Ecografía: Imagen hipoecoica en FID 50 x 37 mm. VEDA: esofagitis grado C.2da s/p. BX. VCC: en ciegos mucosa en empedrado con erosiones y fisuras AP: Mucosa colónica con infiltración inflamatoria crónica activa con leucocitos sobre epitelio críptico, y aislados abscesos crípticos. EII? Bx 2da sin atrofia. Se inicia tratamiento con mesalazina, hidrocortisona y pancreatina, sin respuesta Eco Doppler: imagen con nivel doppler color heterogénea de 46 x 37 mm, y colon derecho engrosado. TAC: Formación en colon derecho y múltiples ganglios mesentéricos Refiere episodios de rubicundez facial, se sospecha tumor carcinoide. Se solicita: 5-HIAA en orina de 24 hs (negativo) Transito de ID: falta de adherencia de contraste a nivel del intestino delgado (proceso inflamatorio?) Se repite VCC post tto ulcera ileal y ulcera en ang. Esplénico. Inicia plan de alimentación parenteral preqx CX: hemicolectomía derecha con anastomosis iliointestinal AP: formación paracecal, delimitada, de 4,5 cm, contactando la pared, desde afuera hasta la capa muscular, con rasgos neuroen-

docrinos. 5 ganglios, 2 de ellos con metástasis Inmunohistoquímica: enolasa neuronal específica positiva, ki 67 intermedio (3-20 %) índice mitosis menor a 2%; ac monoclonal, cromogranina A y sinaptofisina negativas, vinculable a rasgos neuroendocrinos Inicia tto con octreotido, externándose con mejoría del cuadro a 4 deposiciones/d y de los parámetros hematológicos. Observaciones: Queda demostrada la presencia de ambas entidades de asociación infrecuente en nuestra paciente, resaltando la importancia de incluir los tumores neuroendocrinos en el complejo diagnóstico diferencial de la diarrea crónica.



CC - COLON Y RECTO

0077 - INTUSUSCEPCIÓN COLÓNICA EN UN ADULTO JOVEN A PARTIR DE UN DESENCADENANTE POCO FRECUENTE

Modalidad: 2-Casos Clínicos

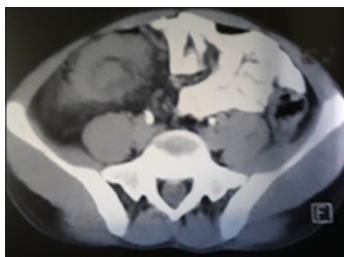
Unidad Temática: Gastro: Colon y recto

MAJEWSKI, Ignacio | ALTUNA, Ignacio | VÉLEZ, Fernando | ETCHEPARE, Sergio | PADIN, Lorenzo | BRODERSEN, Carlos

HOSPITAL CARLOS G. DURAND

Descripción: Introducción En pediatría la intususcepción representa la principal causa de obstrucción intestinal, y la segunda causa de abdomen agudo luego de la apendicitis aguda. Sin embargo, en adultos, es una entidad rara constituyendo el 5% del total de intususcepciones. Presentación del caso Paciente masculino de 19 años en seguimiento por anemia ferropénica. Al interrogatorio refiere episodios aislados de hematoquezia y cambio en el ritmo evacuatorio (diarrea). Niega antecedentes de equivalentes febriles, pérdida de peso y contacto con pacientes portadores de tuberculosis. Al examen físico se constata paciente hemodinámicamente estable, afebril. Abdomen blando y depresible. Se palpa una tumoración dolorosa en flanco derecho. Los exámenes de laboratorio muestran anemia como único hallazgo patológico, siendo la serología para HIV negativa. Se solicita TC de abdomen y pelvis con contraste, donde se evidencia en región cecoascendente una formación redondeada con densidad de partes blandas y áreas de densidad grasa, compatible con invaginación intestinal. Se decide realizar una VCC en la que se observa una lesión exofítica, mamelonada y friable en topografía cecoascendente, infranqueable al paso del endoscopio. Se toman múltiples biopsias. El informe histopatológico describe mucosa colónica con cambios inflamatorios. Ante estos resultados no concluyentes, se decide en forma interdisciplinaria realizar hemicolectomía derecha. El resultado de la anatomía patológica de la pieza quirúrgica es un pólipo juvenil. Observaciones: Discusión Existen pocos reportes de casos publicados de intususcepción intestinal en adultos. En cuanto a la localización, lo más frecuente es la intususcepción de intestino delgado, y en el 90% de los casos es secundaria a lesiones benignas. A nivel de colon, en cambio, las patologías que más frecuentemente se manifiestan en forma de intususcepción son las neoplasias malignas. En nuestro caso la intususcepción fue en colon derecho y su etiología de carácter benigno. Otro aspecto llamativo es la edad de presentación de nuestro paciente, ya que la mayo-

ría de los adultos con intususcepción tienen entre 45 y 60 años al diagnóstico. Las manifestaciones clínicas habituales es con dolor abdominal agudo, náuseas, vómitos y leucocitosis. Si bien existen casos descriptos en la literatura, la presentación con diarrea y hematoquezia es infrecuente. La TC es el gold standard en el diagnóstico de intususcepción, siendo el signo de la diana sugerente aunque no patognomónico. La resección quirúrgica del segmento intestinal involucrado es el tratamiento de elección en adultos dada la frecuencia de etiología maligna. Conclusión La intususcepción en un cuadro raro en adultos. En caso de sospecharlo, la TC aporta al diagnóstico definitivo. El tratamiento de elección en adultos continúa siendo la cirugía.



CC - COLON Y RECTO

0079 - DUPLICACION COLONICA. INFORME DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Gastro: Colon y recto

JIMENEZ, Felix(1) | RAMIREZ, Estefanía(2) | SALVATIERRA, Emiliano(1) | FERNANDEZ, Lucina(1)

HOSPITAL JOSE MARIA CULLEN DE SANTA FE (1); HOSPITAL JOSE MARIA CULLEN SANTA FE (2)

Introducción: Paciente de 17 años de edad, de sexo femenino, oriunda de zona rural del norte de la provincia de Santa Fe, sin antecedentes patológicos conocidos, consulta por cuadro de constipación de 20 días de evolución sin respuesta al tratamiento médico y masa abdominal palpable al examen físico. Se realiza al ingreso radiografía de abdomen donde impresiona megasímba y colon por enema, donde se observa falta de progresión del contraste hacia colon derecho, a pesar de los diferentes cambios posicionales con colon izquierdo dentro de parámetros normales. Por sospecha de impacción fecal se realiza tomografía axial computada (TAC) de abdomen que informa masa de gran tamaño con aspecto en "miga de pan" sobre colon transversal. Se realiza videoendoscopia digestiva alta por sospecha de bezoar gástrico que reporta dolico-gastriavolvulada. Servicio de cirugía evalúa la paciente y decide realizar laparotomía exploradora. Se halla gran fondo de saco ciego en conexión con colon derecho, por encima de la válvula ileocecal el cual se resecar completamente. La anatomía patológica informa: duplicación colónica.



CC - COLON Y RECTO

0140 - TUBERCULOSIS GASTROINTESTINAL EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE SIN COMPROMISO PULMONAR

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

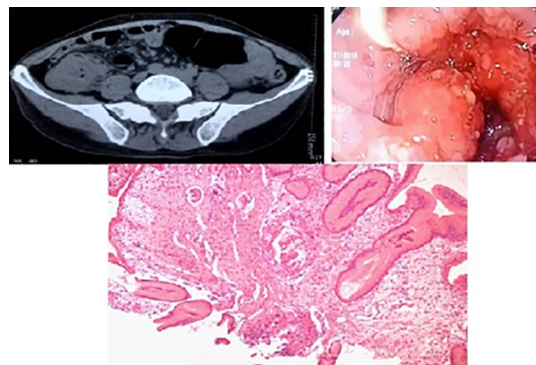
Unidad Temática: Gastro: Colon y recto

Unidad Temática 2: Gastro: Estómago

CODD, Juan Cruz | GAIBOR, Indira | OMONTE ZAMBRANA, Ana | SPIAZZI, Renata | CONLON, Carolina | MILANO, Claudia | GUTIERREZ, Silvia | ACOSTA, Elsa | DOMINGUEZ, Verónica | BONFANTI, Miriam | CREVENA, Gabriela

HOSPITAL NACIONAL PROF. A. POSADAS

Trabajo: INTRODUCCIÓN: La Tuberculosis Gastrointestinal (TBC GI) es una entidad infecciosa producida por el *Mycobacterium Tuberculosis*; representa el 3-5% de TBC extra pulmonar. Afecta mayormente a pacientes inmunocomprometidos, predominante HIV. Las vías de contagio son a través de la ingesta de alimentos o esputos contaminados, por vía hematogena de una TBC pulmonar activa o miliar o por afectación de órganos contiguos. La región ileocecal representa el sitio más afectado (85-90%). OBJETIVO: Reportar una patología infrecuente como es una TBC GI sin compromiso pulmonar en un paciente inmunocompetente. CASO CLINICO: Paciente masculino de 62 años, tabaquista consulta por negativismo a la ingesta, dolor en hemiabdomen superior, pérdida ponderal del 15% y constipación de 3 meses de evolución. Examen físico: abdomen doloroso en forma difusa a la palpación superficial. Laboratorio sin particularidades, HIV, CMV, AC enfermedad celíaca negativos. Rx tórax sin infiltrados patológicos. TC de abdomen y pelvis: engrosamiento parietal en segunda porción duodenal y en región cecal. VEDA: estómago pliegues engrosados, aspecto nodular, irregular con mayor compromiso del cuerpo y antro; distensibilidad reducida y ligera retracción antral a expensas de gran compromiso inflamatorio, mucosa eritematosa. Bulbo y duodeno: mucosa y pliegues de características similares. VCC: hasta ciego compromiso de todo el trayecto, con mucosa edematosa, congestiva en parches alternando con mucosa sana. Anatomía patológica (AP): mucosa gástrica con intenso edema e infiltrado linfoplasmocitario de lámina propia, dilatación glandular. Duodenitis crónica con eosinofilia tisular y marcado edema de lámina propia con ensanchamiento y acortamiento de vellosidades. Mucosa colónica marcado edema de la lámina propia con infiltrado inflamatorio inespecífico. Cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. Inicia tratamiento con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. A los 2 meses por persistir con intolerancia digestiva se realiza nueva VEDA sin cambios con respecto a la previa. AP: gastritis granulomatosa ZN (-). Inicia corticoides por vía oral a fin de disminuir proceso inflamatorio y tuberculostáticos con buena evolución. CONCLUSIÓN: El diagnóstico de TBC GI es complejo, debido a que los hallazgos clínicos y de laboratorio son inespecíficos y sólo el 15 al 25% presenta compromiso pulmonar concomitante. Se debe hacer diagnóstico diferencial con enfermedad inflamatoria intestinal y neoplásica. La confirmación diagnóstica requiere demostrar la presencia del bacilo en el tejido afectado o la evidencia de granulomas caseificantes. Los cambios histológicos típicos se hallan de manera variable (0-44%) debido a la localización en capas profundas de la pared intestinal. La tinción de Ziehl Neelsen es positiva en el 3% de los casos y el cultivo 25 a 35%. La mortalidad de la TBC GI sin tratamiento es del 20-50%.



CC - COLON Y RECTO

0213 - DIFICULTAD DIAGNÓSTICA EN LA COLOPATÍA INFLAMATORIA: ¿ENFERMEDAD DE CROHN O TUBERCULOSIS INTESTINAL?

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Gastro: Colon y recto

DIAZ, Ana Belen | DÍAZ, María Belén | MARTINEZ, Mariano Emanuel | LLARYORA, María Griselda | VIVAS, Melina Natalí | DI BARTOLO, Laura | CASTILLO, Gabriela | CARUSO, Gustavo | AMUCHASTEGUI, Osvaldo | BUDINI, Paula | ORTIZ, Guillermo | ZÁRATE, Fabián Eduardo
HOSPITAL CÓRDOBA

Descripción: INTRODUCCIÓN: La diferenciación diagnóstica entre tuberculosis intestinal (TBI) y enfermedad de Crohn (EC) constituye una singular problemática sobre todo en áreas endémicas de tuberculosis. Dada la similitud clínica, endoscópica e histológica de estas entidades, el diagnóstico es de extrema complejidad y poco concluyente en la mayoría de los casos. OBJETIVO: Mostrar la dificultad de arribar a un diagnóstico de certeza de un caso con sospecha de TBI vs EC. CASO CLÍNICO: Hombre de 50 años con historia de fistulas perianales y aislamiento de Micobacterias atípicas, 4 años previos, consulta por diarrea, 6-8 deposiciones diarias, dolor abdominal insidioso, fiebre vespertina intermitente, y pérdida ponderal de 13 kg, en los últimos 2 meses. Laboratorio: anemia microcítica, reactantes de fase aguda elevados e hipokalemia. Se solicitó cultivos de sangre y orina; serología viral, autoinmune, marcadores tumorales, toxina A y B para C. Difícil, examen directo de materia fecal para BAAR, coproparasitológico y micológico; resultando todo negativo. Calprotectina fecal: 442. TC abdominal: engrosamiento mural pancolónico con aumento de la densidad de la grasa adyacente e imágenes ganglionares, con escasa cantidad de líquido libre. Colonoscopia: íleon terminal normal. Desde ciego hasta colon descendente mucosa de aspecto empedrado, con pérdida de trama vascular, pseudopólipos, puentes mucosos y múltiples úlceras profundas, algunas circunferenciales, con su eje longitudinal perpendicular a la luz, cubiertas por fibrina, friables e induradas por sectores. Mucosa de colon sigmoide y recto con pérdida de trama vascular. Biopsia: moderada inflamación crónica inespecífica, PAS y ZN (-). Cultivos de tejidos para BAAR (-) y PCR (-). Durante la internación desarrolla absceso perianal que drena espontáneamente a través de múltiples orificios fistulares con borramiento de estructuras esfinterianas. Comienza tratamiento empírico con ciprofloxacina + claritromicina y tuberculostáticos de primera línea asociado a aminosalicilatos vía oral. Evolucionando afebril, con disminución progresiva del número de deposiciones, mejoría endoscópica intra tratamiento, y resolución paulatina de patología perianal. DISCUSIÓN: Debido a las similitudes entre TBI y EC, muchos pacientes con EC se diagnostican inicialmente como TBI, especialmente en zonas endémicas, iniciando tratamiento empírico con tuberculostáticos. Sin embargo esta estrategia no siempre resulta concluyente, ya que muchos pacientes con EC responden a los fármacos antituberculosos al menos inicialmente. Probablemente esto se debe al efecto regenerador de los mismos. A pesar de esto las lesiones y síntomas recurrentes una vez que esta terapia es discontinuada, lo que obliga a replantearse el diagnóstico y la estrategia terapéutica.

CC - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0034 - PRESENTACIÓN ATÍPICA DE BRUCELOSIS AGUDA

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Gastro: Hígado, Vesícula, vías biliares y páncreas

CABEZAS, Analía | SOUILHE, Marianela | VALDIVIEZO, Erica | AYATS, Victoria | NIEVA GOMEZ, Martin | SALVADORES ROMANO, Rubén Algreto | GARCIA BES, Pablo | PATRON COSTAS, Gustavo

HOSPITAL SAN BERNARDO

Descripción: Introducción: La brucelosis es una zoonosis transmitida por contacto con fluidos de animales infectados (ovejas, vacas y cabras) o productos alimenticios derivados. Causada por bacterias del género *Brucella* spp, de las cuales *abortus*, *biovar melitensis*, *suis*, y *canis* son patógenas en humanos. La prevalencia global es desconocida, debido fundamentalmente al sub-diagnóstico y subnotificación, se estima que a nivel mundial afecta a 500.000 personas al año. En Argentina las infecciones se encuentran principalmente en el ganado caprino. Esta infección sistémica presenta un amplio espectro clínico, desde enfermedad asintomática a grave y/o fatal. Las más frecuentes son enfermedad aguda febril e infección crónica. La afectación gastrointestinal, en su forma aguda, se puede presentar con hepatitis clínica (3-6%) y en raras ocasiones absceso esplénico, pancreatitis, etc. Debido a su alta morbilidad, es una causa importante de pérdida económica y constituye un problema de salud pública en muchos países en vías de desarrollo. Caso Clínico: Paciente masculino de 16 años proveniente de comunidad Wichi, Santa Victoria Este (Salta) Antecedentes: Madre fallecida por TBC, etilismo (4 años de evolución, 30 g/ semana). Lesiones ulceradas en MMII que cicatrizaron de forma lenta y espontánea. Calendario de vacunación incompleto. Consulta por epigastalgia, de 5 días de evolución, pérdida de peso 4 kg en 2 meses. Examen físico: registros febriles, hepatoesplenomegalia, y adenopatías periféricas. Laboratorio de ingreso Bicitopenia (anemia normocítica y plaquetopenia) eosinofilia (14%), GOT y FAL elevada x 8 veces, GPT X 5, Br: 2, 36, directa 1, 6. TP 56% Entre los diagnósticos diferenciales: síndrome linfoproliferativo, con infiltración hepática. Hepatopatia de etiología viral, autoinmune y toxica. Dentro de las patologías infecciosas, aquellas endémicas como parasitosis, Leishmaniasis y TBC. Se solicitaron: VHA, VHB y VHC, CMV, Ag KR (Leishmaniasis) Cultivos y serología para micosis profundas: negativo. Reacción de Hudlesson + 1/ 2000, Rosa de bengala BPA +. VEDA y Ecocardiograma doppler: sin patología Ecografía abdominal: hepatomegalia- esplenomegalia. TC tórax, abdomen y pelvis: esplenomegalia con áreas hipodensas focales mal definidos. Biopsia Hepática: células inflamatorias mononucleares en el interior de las sinusoides, desestructuración hepatocelular, con escasos focos de necrosis. Inicio Doxiciclina 100 mg/ 12 hs, 6 semanas, con buena evolución. Observaciones: Es importante reconocer que la población rural de Salta presenta alta prevalencia de Brucelosis debido a la habitual convivencia con animales infectados y medidas de higiene deficientes en la preparación de alimentos. Además se conoce que la afectación gastrointestinal es infrecuente, por lo que pese a tratarse de una enfermedad endémica, el planteo diagnóstico resulto ser dificultoso.

CC - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0069 - ABSCESO HEPATICO POR CUERPO EXTRAÑO

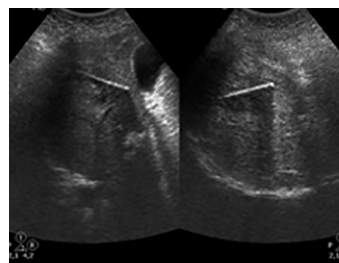
Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Gastro: Hígado, Vesícula, vías biliares y páncreas

KIRSCHBAUM, Agustin | MUÑOZ JARAMILLO, Roberto | CARRARO, Cecilia | IANTORNO, Mauro | VASEN, Walter | PATERNÓ, Mauricio | CASTRO, Lilian | TANOUE, Patricio | FUMO, Tomás

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGIA CARLOS BONORINO UDAONDO

Descripción: Paciente de 49 años ex tabaquista, presenta cuadro de un mes de evolución caracterizado por dolor abdominal epigástrico y plenitud postprandial asociado a fiebre persistente y pérdida de peso de 8 kg. Examen físico: paciente subfebril, hemodinamicamente estable con abdomen blando, depresible, levemente doloroso a nivel epigástrico, RHA + y tránsito conservado. Exámenes complementarios. Laboratorio: GB 12000 con el resto de los valores dentro de límites normales. Ecografía abdominal: colección heterogénea con límites mal definidos de 73x57 mm en segmentos IV-V hepático. TAC abdomen y pelvis: absceso hepático en segmento IVa de 65 mm y engrosamiento parietal antral de escasa delimitación con el contorno hepático. Evaluar tumor gástrico fistulizado VEDA: a nivel antral pliegue prepilórico persistente con mucosa congestiva. Se toman biopsias que resultan negativas para atipia. VCC: s/p. PBH: no se observa atipia. Colangiograma: imagen líquida lineal en segmento V hepático adyacente a colección parenquimatosa Tratamiento y evolución: inicia tratamiento antibiótico. Luego de la primera ecografía, se decide realizar drenaje percutáneo de colección abdominal, no obteniendo rédito de la misma. Se decide a continuación realización de ecografía abdominal de control y se informa presencia de imagen ecogénica lineal en lóbulo derecho hepático compatible con cuerpo extraño vs tatuaje secundario al trayecto de catéter de drenaje percutáneo. Ante la duda diagnóstica se solicita colangiograma y nuevo drenaje de la lesión vía percutánea, con obtención de muestra para estudio microbiológico (rescate de candida albicans), citológico y anatomopatológico mediante PBH. Se ajusta tratamiento antimicrobiano y se solicita nueva ecografía abdominal que informa imagen ecogénica lineal con sombra posterior adyacente a colección líquida de 45mm. Por persistencia de la imagen y falta de resolución de la colección hepática, con alta sospecha de absceso hepático secundario a cuerpo extraño se decide conducta quirúrgica para extracción del mismo: se extrae fragmento de madera compatible con fósforo de 5 cm de longitud. Observaciones: los abscesos hepáticos secundarios a cuerpos extraños son infrecuentes y generalmente se desarrollan por la ingesta y posterior perforación del tubo digestivo. Los más frecuentes son espinas de pescado, escajabidentes, hueso de pollo y agujas. El estómago es el sitio mas frecuente de perforación seguido del duodeno y colon. Afecta mayoritariamente el lóbulo izquierdo. La elección del método diagnóstico depende de la naturaleza y tamaño del objeto ingerido, siendo los mas utilizados la TAC, ecografía, radiografía y laparotomía. El tratamiento recomendado para estos casos incluye la remoción del cuerpo extraño y drenaje del absceso para el cual se proponen las siguientes vías de abordaje: laparotomía, laparoscopia, endoscopia, procedimiento percutáneo guiado por imágenes; siempre asociado a tratamiento antimicrobiano. En todo caso de absceso hepático sin causa evidente se debe tener alta sospecha de cuerpo extraño.





CC - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0126 - COLECISTITIS CRÓNICA XANTOGRANULOMATOSA

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Gastro: Hígado, Vesícula, vías biliares y páncreas

ARIAS, Marcela Carolina | GOLDBERG, Gisela | ROLDAN, Judith | DEL VALLE, Raquel | ROHWAIN, Maria Jose | ECHAGUE, Francisco | ZEYTUNTSIAN, Natalia | FORESTIER, Cintia Vanina | PETON, Emanuel | CARRARO, Cecilia | PEREZ FERNANDEZ, Ignacio | MAURIÑO, Eduardo

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGIA CARLOS BONORINO UDAONDO

Descripción: INTRODUCCION: La colecistitis xantogranulomatosa es una variedad poco frecuente de colecistitis crónica, la prevalencia entre los pacientes con patología biliar sintomática oscila entre el 0.7% -1.8% en el mundo occidental. Caracterizada por un proceso inflamatorio destructivo de carácter focal o difuso que condiciona una elevada morbilidad debido a que frecuentemente se extiende más allá de la pared vesicular y suelen alcanzar estructuras adyacentes. **OBJETIVO:** Presentación de un caso. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenino, 60 años, antecedentes de DBT tipo 2. Ingres por dolor abdominal, vómitos biliosos y anemia crónica. Examen físico: abdomen blando, doloroso en hipocondrio derecho y aumento de tensión en mismo nivel. **LABORATORIO:** Anemia, leucocitosis, hepatograma normal, serologías para virus hepatotropos y HIV negativos, CA 19-9 35.4. **ECOGRAFIA:** en topografía de vesícula, formación sólida, heterogénea, con múltiples imágenes ecogénicas, con sombra acústica posterior, dicha formación se encuentra en íntimo contacto con región antral y primera porción duodenal, estas últimas de paredes engrosadas. Vía biliar intra y extra hepáticas no dilatadas. **VEDA:** cuerpo y antro gástricos: placas blanquecinas sobre elevadas de variado tamaño, que abarcan todas las caras del órgano, aspecto acartonado hasta piloro; rigidez y modificación de la conformación del órgano que dificulta pasaje a duodeno; bulbo y segunda porción normal. **TAC:** en lecho vesicular rarefacción de planos grasos, alteración del parénquima hepático adyacente con hipodensidad periférica. **EVOLUCION:** Se decide en ateneo multidisciplinario conducta quirúrgica. Se realiza colecistectomía ampliada a lecho quirúrgico, con resección atípica de segmentos hepáticos 5-4b, asociada a rafia duodenal y coledocodrenaje por fistula colecisto-duodenal, con evolución favorable. **Anatomía patológica:** colecistitis crónica xantogranulomatosa en actividad. **Observaciones:** **CONCLUSIÓN:** Si bien esta patología corresponde a una entidad benigna, su curso clínico así como la dificultad en el diagnóstico diferencial con patología maligna vesicular o su eventual coexistencia, en la mayoría de los casos hace necesario el tratamiento quirúrgico.

CC - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0129 - HAI-LES: UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTE

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Gastro: Hígado, Vesícula, vías biliares y páncreas

LLARYORA, Maria Griselda(1) | PEREZ, Ana(1) | ORTIZ, Guillermo(1) | PASSERO, Alfredo(1) | ALBA, Paula(1) | PETRI, Veronica(2) | ZEREGA, Alina(1) | ZÁRATE, Fabián Eduardo(1)

HOSPITAL CÓRDOBA. (1); HOSPITAL DE NIÑOS (2)

Trabajo: INTRODUCCIÓN: El LES es una enfermedad crónica autoinmune, que frecuentemente cursa con anomalías en el hepatograma, secundarias a diversas causas. Sin embargo, la afectación hepática clínicamente significativa es infrecuente y requiere realizar diagnóstico diferencial con HAI. Se presenta el caso de una paciente con criterios internacionales para ambas patologías. **OBJETIVOS:** revisar dificultades diagnósticas para diferenciar enfermedad hepática primaria (HAI) de afectación hepática por LES. **CASO CLÍNICO:** paciente mujer de 16 años, sin APP, consulta por: dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho, leve, de una semana de evolución asociado a astenia, hiporexia, náuseas, edemas en miembros inferiores, ictericia, coluria y acolia. Al examen físico: ictericia, edema en miembros inferiores, hepatomegalia, sin estigmas de hepatopatía crónica ni flapping. Labo: GB 3080 (N18,2%), Hb 9,5, VGS 120, PQT 154000, APP 25%, KPTT 62, Alb 2,3, GOT 966, GPT 614, FAL 246, GGT 37, Bil T 15, Bil D 13,7. MELD: 30. **Ecografía abdominal:** hepatomegalia, patrón macronodular, esplenomegalia, líquido interasas. Ingres por dx: falla hepática aguda vs aguda sobre crónica. Por empeoramiento de la función hepática, se deriva a Centro de Trasplante Hepático. Para descartar Síndrome Hemofagocítico, se realiza PAMO: normal. Anticuerpos ANA y anti ADN: positivos, complemento disminuido. Por sospecha de LES, se indican tres pulsos de metilprednisolona, y se continúa con dosis de mantenimiento de corticoides e hidroxycloquina. IgM parvovirus +. Ceruloplasmina y alfa-1 antitripsina normales. Anti-coagulante lúpico, anti ENA, ASMA, anti LKM, anti LC1, anti SLA, AMA: negativos. Hipergammaglobulinemia. Proteinuria en orina de 24 hs. Por posible HAI se inicia azatioprina. En biopsia hepática se observa fibrosis severa (Score 5/6), hepatitis de interfase crónica activa severa (Score de actividad 15/18) y colangitis. **Diagnóstico:** Síndrome de superposición: LES + HAI. Pendiente biopsia renal. Paciente con buena respuesta al tratamiento. **DISCUSIÓN:** es difícil diferenciar enfermedad hepática primaria (HAI) de afectación hepática por LES pues comparten rasgos clínicos y serológicos. Sólo la biopsia de hígado nos permite discriminar: HAI (hepatitis de interfase e infiltrado inflamatorio a predominio mononuclear); de LES (hepatitis lobular). En nuestra paciente se encuentra biopsia compatible con HAI, ANA + e hipergammaglobulinemia, diagnóstico definitivo de HAI (por score GI: 8 puntos) y LES (4 puntos del Score de la ACR): Síndrome de superposición, y se inicia tratamiento con corticoides y azatioprina, con mejoría del perfil hepático. **CONCLUSIÓN:** en todos los pacientes con LES y afectación hepática significativa se debe sospechar superposición con HAI y realizar biopsia hepática, pues aunque infrecuente, esta asociación cambiaría el tratamiento y el pronóstico del paciente.

CC - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0203 - LESIONES CUTÁNEAS Y PANCREATITIS AGUDA

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Gastro: Hígado, Vesícula, vías biliares y páncreas

GAIBOR GAIBOR, Indira Irene | DR. CODD, Juan | DR. OMONTE, Ana | DR. GUTIERREZ, Silvia | DR. PERNA, Lorena | DR. MARCHI, Laura | DR. CREVENA, Gabriela | DR. GARCIA, Sandra | DR. PALAVICINNI, Cecilia | DR. LOPEZ, Jessica | DR. VIÑUALES, Paula

HOSPITAL NACIONAL PROF. A. POSADAS

Descripción: La Paniculitis Pancreática (PP) o necrosis grasa del tejido celular subcutáneo es una complicación poco frecuente (0.3 -3%) que precede en general a enfermedades pancreáticas como Pancreatitis Aguda (PA), Pancreatitis Crónica y Cáncer (predominantemente la variante acinar). **OBJETIVO** Presentar un caso con una manifestación extrapancreática infrecuente de PA. **CASO CLÍNICO** Mujer, 60 años, consulta a emergencia por dolor en epigastrio propagado a dorso (10/10), ictericia, coluria, acolia, vómitos y fiebre (38°) de 72hs de evolución. Tres días previos poliartalgias y lesiones sobre elevadas, eritematosas y dolorosas en miembros inferiores (MI). Antecedentes: obesidad, colecistectomía convencional en 2010. Ex Físico: T°36,5°, FC 87, Fr 20, IMC 32,8. Ictericia mucocutánea. Abdomen blando, doloroso a la palpación en epigastrio, RHA (+). Múltiples lesiones nodulares eritematosas en MI. Lab: Hto 35,5, GB 20.400, G 103, U 51, Cr 1.0, BT 3.4, BD 1.6, GOT 164, GPT 217, FAL 102, Amilasa 2500, Alb 3.0, PCR 26, resto normal. **Ecografía abdominal:** vía biliar intra y extrahepática dilatada, colédoco de 15mm. Páncreas heterogéneo, tamaño aumentado, líquido libre peripancreático. A las 72 hrs del ingreso, TC de abdomen c/cte: derrame pleural izquierdo de escaso volumen, páncreas aumentado de tamaño, disminución leve del refuerzo en forma difusa con cte EV necrosis peripancreática y escaso líquido peripancreático y en espacio pararenal izq. Colédoco 8mm. Vesícula ausente. Resto normal. Se interpreta el cuadro como PA (moderada-grave) y probable Colangitis asociada. Inicia tratamiento médico: hidratación, analgesia y ATB a foco biliar (previo HMC). Se realiza CPRMN: vía biliar intrahepática y extrahepática no dilatada, sin evidencia de falta de relleno en su interior. Páncreas globuloso, colección líquida peripancreática. Servicio de Dermatología con el diagnóstico de Hipodermatitis Secundaria a Pancreatitis realiza biopsia de las lesiones en MI. AP: a nivel hipodérmico engrosamiento fibroso del septo interlobulillar, áreas de necrosis grasa lobulillar con formación de lipogranulomas. Presencia de "células fantasmas" (ghost cells) y focos de calcificación. Citoesteatonecrosis. Buena evolución clínica, normaliza el laboratorio,

HMC (-). Inicia VO con buena tolerancia, cumple tto. ATB. Remisión de las lesiones dérmicas. Previo a alta hospitalaria Ecoendoscopia: páncreas heterogéneo, vía biliar no dilatada sin imágenes compatibles con litiasis, resto normal. Discusión La patogénesis de la PP no está claramente establecida. Una hipótesis sugiere que la liberación de enzimas pancreáticas conduce a lipólisis a distancia, necrosis grasa y reacción inflamatoria. La histología de la PP es característica y diagnóstica como en nuestro caso, como así también el cuadro clínico caracterizado por lesiones cutáneas en miembros inferiores y poliartralgias que preceden al cuadro abdominal pancreático tal como se describe en la literatura médica, y que se reconoce como la tríada “PPP” (Paniculitis Poliartritis Pancreatitis). En una revisión (1994-2014) de PP y patología pancreática se describen 131 casos, 44 fueron PA. El diagnóstico diferencial de la PP con otras lesiones cutáneas debe hacerse con la histología. En ocasiones la PP es la presentación de una neoplasia pancreática. Bibliografía *Pancreas* 2009; 38: 219-222 *J Clin Rheumatol* 2014; 20: 433-436 *BMC Cancer* (2016) 16:130.



CC - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0211 - SÍNDROME DE BUDD CHIARI SUBAGUDO SECUNDARIO A SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Gastro: Hígado, Vesícula, vías biliares y páncreas

ROHWAIN, María José | GOLDBERG, Gisela | MARTIN QUIRAN, Mariana Elizabeth | RODRIGUEZ, Guillermo | FORESTIER, Vanina | CALVI, Nicolas | CARRARO, Cecilia | ROMERO, Gustavo | MAURINO, Eduardo

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGIA CARLOS BONORINO UDAONDO

Trabajo: INTRODUCCIÓN: el síndrome de budd-chiari (SBC) consiste en la obstrucción del flujo venoso hepático, por la trombosis de las venas suprahepáticas (VSH). Como causa principal, se encuentran los síndromes mieloproliferativos, hemoglobinuria paroxística nocturna y trastornos trombofílicos (sme antifosfolipídico o SAF). La clínica varía en función de la extensión de la obstrucción venosa y la rapidez de instauración, siendo la forma subaguda la más frecuente. El diagnóstico de certeza es con cateterismo de VSH, que permite diagnóstico y tratamiento. El mismo consiste en anticoagulación precoz y manejo sintomático. Puede requerir TIPS, o trasplante hepático. OBJETIVO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CASO CLÍNICO: femina, 25 años, tabaquista, ex consumidora de drogas ilícitas. Concurrió por presentar aumento del perímetro abdominal progresivo (un mes de evolución) y dolor en hemiabdomen superior, cólico. Laboratorio: PLAQ: 75000 TP: 56 KPTT: 49 CR: 0,82 ALBUMINA: 3,3 TGO: 26 FAL: 97 BT: 2,06 TSH: 40,67 ANTICARDIOLIPINA (+) ANTICOAGULANTE LÚPICO (+) LÍQUIDO ASCÍTICO: sin leucocitos, PT: 2,8 GASA: 1,7 Radiografía de tórax: seno cardiofrénico derecho velado. Ecografía abdominal: hepatomegalia con área de límites mal definidos ligeramente ecogénico. Ascitis. Derrame pleural bilateral a predominio izquierdo. Eco doppler: Se visualizan VSH derecha e izquierda con dificultad, VSH media no se logra su visualización, de bajo flujo con conservación del espectro trifásico. Vena porta de 11 mm se visualiza a nivel de confluente y hacia esplénica imagen ecogénica que podría corresponder a trombo. Arteria hepática con flujo normal. Vena porta permeable. Esclerosis periportal. Vena esplénica 9,7 mm. VEDA: vórices esofágicas grandes, gastropatía hipertensiva. RMN de abdomen: hipertrofia lóbulo caudado. Cuatro imágenes compatibles con nódulos de regeneración. No se visualiza VSH izquierda, media y derecha normal. Ascitis. Biopsia hepática quirúrgica: dilatación sinusoidal con marcada vasoconstricción con áreas hemorrágicas. Ausencia de fibrosis. Necrosis hepatocitaria focal. EVOLUCIÓN: inicia anticoagulación, posteriormente evoluciona con ascitis refractaria, encefalopatía y deterioro de la función renal por lo que se decide trasplante hepático, el cual fue exitoso. CONCLUSIÓN: el SAF es un trastorno trombofílico asociado a un estado de hipercoagulabilidad, provocando trombosis arteriales y venosas. Los marcadores serológicos son los anticuerpos anticardiolipina y anticoagulante lúpico. A nivel hepático, es la segunda causa de SBC, aunque también puede producir trombosis portal aguda, crónica y biliopatía portal. Si bien el tratamiento médico suele ser suficiente; si hay escasa respuesta al mismo (deterioro progresivo clínico, falla hepática o extensa necrosis y/o fibrosis) son candidatos a TIPS y/o trasplante hepático, mostrando una sobrevida mayor al 70% a 5 años.

CC - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0215 - A PROPOSITO DE UN CASO DE HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Gastro: Hígado, Vesícula, vías biliares y páncreas

GADEA, Claudia Elizabeth | ALEMAN, Argelia Marisa

HOSPITAL CENTRO DE SALUD ZENON SANTILLAN

Descripción: INTRODUCCIÓN: La Hemocromatosis Hereditaria es una enfermedad metabólica frecuente en la raza blanca de herencia autosómica recesiva resultante de una acumulación excesiva de hierro en sangre, hígado, corazón y otros órganos. Esta causada por mutaciones en el gen HFE. Estudios poblacionales en Argentina reflejan la prevalencias: en Capital Federal 5,6 % (Faso E 2008) la provincia de Tucumán con un 13,9% (Soria S, et a 2006) al ser el hígado el órgano de mayor depósito de hierro es el más afectado en los estados de sobrecarga por lo que la cuantificaciones de hierro hepático es la medida directa del estado de carga del metal en el organismo. Objetivos: mostrar un caso clínico de hemocromatosis Hereditaria, que se presento en el servicio de Gastroenterología. Caso clínico: Paciente de 53 años de edad, masculino, oriundo de Tucumán Capital, peso 70 kg. Talla 168 cm, BMI 24.8 Niega consumo de alcohol, derivado por Hematología tratado con sangrías periódicas por hemocromatosis primaria. Otros antecedentes de relevancia, no refiere. Consulta por ictericia, al examen físico presenta estigmas de hepatopatía crónica. Laboratorio: Hb 13.8, Gb 6100, plaquetopenia 80.000/mm3, GOT 234UI, GPT 417 UI, FAL 611 UI, GGT 1060 UI, Bilirrubina Total 3.35 g/dl, marcadores para virus hepatotropos e inmunológicos negativos, ferremia 172, transferrina 145, ferriina mayor de 2000. Estudio molecular: Gen H63D (heterocigota mutado CG) ecografía abdominal: fibrosis macronodular. Video endoscopia digestiva alta: varices esofágicas grado I, gastropatía congestiva. Al presentar ictericia se realiza Colangiorenoscopia: vía biliar fina, sin imágenes ocupantes en su interior y en su trayecto, hígado con lóbulo izquierdo y caudado de aspecto cirrótico, sin imágenes hipervascularizadas en fase arterial, esplenomegalia homogénea. Resonancia Magnética de corazón e hígado sin contraste, hígado heterogéneo, atrofia del lóbulo derecho, múltiples nódulos focales en T2 con nódulos de regeneración el de mayor de 54x29 mm en segmento IV signos de hipertensión portal. Corazón caculo de concentración hepática de hierro valor aproximado de 70 micromol/gel resto dentro de límites normales Resultado de alfa feto proteína normal. En su evolución ocurre episodio de ascitis y PBE que respondió a quínelonas y diuréticos Planteamiento: validez de alfa feto proteína ante nódulo sospechoso de hepatocarcinoma, utilidad de estudios de imágenes sin contraste, se decide derivar para evaluación pretrasplante. Conclusiones: la hemocromatosis es una enfermedad hereditaria en la cual el estudio molecular del gen HFE y en el consejo genético, nunca puede suplir el análisis de la utilidad de la resonancia magnética nuclear, como prueba para determinar la sobrecarga hepática de hierro frente a la biopsia hepática.

CC - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0217 - COLESTASIS CRONICA EN LA NIÑEZ

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Gastro: Hígado, Vesícula, vías biliares y páncreas

GONZALEZ, Daniela Liliana

HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS "JUAN A. FERNÁNDEZ"

Trabajo: INTRODUCCIÓN: La ductopenia es la reducción del número de los conductos biliares intrahepáticos de tipo interlobulillar en presencia de un árbol biliar extrahepático permeable. En la biopsia hepática debe tenerse en cuenta el número y las dimensiones de los espacios porta así como el número de los conductos biliares. Se define cuando el índice conductos biliares interlobulillares/espacio porta es inferior a 0,5. Se reconoce una forma sindrómica (Alagille) y otra no sindrómica la cual constituye un grupo heterogéneo de lesiones. CASO CLÍNICO: Varón de 25 años de edad. Colecistectomía a los 4 años por colecistitis litiasica y colestasis humoral. En 2010 consulto por dolor en hipocondrio derecho e ictericia colestasica. Marcadores virales y autoinmunes negativos. Se efectuaron CPRE y CRMN que mostraron leve dilatación del conducto hepático izquierdo, conductos aberrantes derechos, imagen biliar en árbol de invierno y un remanente cístico con cálculos. Se operó con resección del remanente y se tomó biopsia hepática que incluyo 30 espacios portales en 17 de los cuales se observa ausencia de ducto interlobulillar con proliferación periférica de pequeños ductos biliares, leves infiltrados inflamatorios mononucleares, ligera fibrosis portal. CONCLUSIONES: El paciente presento desde la infancia un síndrome de colestasis crónica atribuido a una clara causa extrahepatica. No obstante el debut a temprana edad, la persistencia de la colestasis y la imagen colangiografica hicieron sospechar una causa intrahepatica. La biopsia fue concluyente y demostró cambios morfológicos de los conductos biliares. Se descartó la escasez "sindrómica" de conductos biliares interlobulillares (Alagille) considerando una ductopenia no "sindrómica" de evolución favorable, con buena respuesta al

tratamiento con ácido ursodesoxicólico. Gonzalez D., Bellizzi C., Calzetta P., Aira O., Martinez A., Currás A. División Gastroenterología Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernandez", Buenos Aires, Argentina.

CC - MISCELÁNEAS

0020 - RARO TUMOR ABDOMINAL

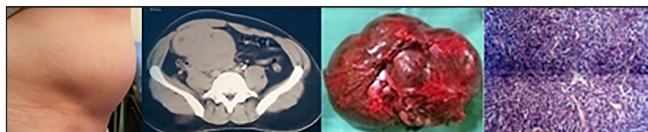
Modalidad: 1-Caso clínico

Unidad Temática: Gastro: Misceláneas

LOTERO POLESEL, Julio Cesar(1) | SANGUINETTI, José María(2) | DE MARCO, Andrea Cristina(3) | BOGADO, Silvia Alejandra(1)

IGES-HOSPITAL MILITAR SALTA (1); IGES-HOSPITAL MILITAR SALTA- UNSA (2); HOSPITAL MILITAR SALTA (3)

Introducción: Varón, 34 años con dolor y Tm abd. TC: masa pelviana, 11x9.5cm, lobulada, necrobiosis central y realce heterogéneo al contraste. Tumorectomía: pieza 15x11x10cm proliferación mesenquimática fibroblástica, margen comprometido focal. IHQ: Vimentina (+) Positividad focal para proteína S100 y CD34. Keratina, Actina, AE1/AE3 y CD45 (-). Actividad Ki67 del 2%. TFS con capacidad recidivante. Centellografía y VEDA/VCC normales. El paciente lleva sus controles libre de enfermedad al año. El tumor fibroso solitario (TFS) es de origen mesenquimático, de lento crecimiento, poco frecuente y visto en mayores de 40 años. La mayoría son pleurales, pero se han descrito en otras localizaciones como en retroperitoneo (menos de 50). Dan síntomas relacionados con su localización y tamaño. El 4.5% se presentan con hipoglucemias (Sdme de Doege-Potter), otros como una osteoartropatía hipertrófica pulmonar (Sdme de Pierre-Marie Bamberger). La mayoría son encapsuladas y bien delimitadas, tienen un comportamiento benigno y la cirugía es curativa. Un 10% puede sufrir recurrencia o transformación maligna. Los criterios de malignización no son aceptados universalmente: tamaño > de 6,5cm, aumento de la celularidad, aumento de la actividad mitótica (más de 4/10 campos), pleomorfismo celular, presencia de necrosis y hemorragia. La IHQ es fundamental para el diagnóstico. Vimentina (+) confirma histogénesis mesenquimática. S100 y CD34 (+) con Actina (-) ratifica Tm mesenquimático fibroso. Negatividad Keratina AE1/AE3 y para CD45 descarta origen epitelial y linfomatoso. Ki67 del 2% muestra índice mitótico mínimo y baja agresividad. El factor más representativo para que se produzca la recurrencia local es la invasión de márgenes quirúrgicos. Todos los pacientes deben permanecer en seguimiento a largo plazo con TC cada 6 meses durante los primeros 2 años y anuales posteriormente ya que la mayoría de las recurrencias ocurren dentro de 24 meses después de la resección (se han descrito hasta 10 años después de la cirugía). No existe tratamiento adyuvante aceptado. Es importante reconocer esta entidad como diagnóstico diferencial dentro de los tumores mesenquimáticos a fin de plantear estrategias terapéuticas convenientes y oportunas.



TO - ESÓFAGO

0005 - ¿QUE SE TRAGO MI HIJO? URGENCIAS EN NIÑOS POR INGESTIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EXPERIENCIA DE 6 AÑOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Gastro: Esófago

Unidad Temática 2: Gastro: Pediatría

LOSADA GOMEZ, Claudia Liliana | GONZALEZ, Teresita | BERNEDO, Viviana | ZUBIRI, Cecilia | GUZMAN, Luciana | BOROBIA, Paula | BALCARCE, Norma | ZOSI, Anabella | CHEREAU, Clara | MENENDEZ, Lorena | RUIZ, Lucas | MANTE-ROLA, Manuela | MARTINEZ, Karol | LEIZA, Lorena | MICULAN, Sandro | NANFI-TO, Gabriela | BESGA, Andrea | CUETO, Eduardo | BEN, Ricardo

INSTITUTO DE DESARROLLO E INVESTIGACIONES PEDIÁTRICO (IDIP), HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA, CICPBA

Trabajo: La ingestión de cuerpo extraño es un accidente evitable; considerado la 2ª causa de indicación de endoscopia de urgencia después de la hemorragia de vías digestivas; es un problema frecuente en la población pediátrica. Los niños pueden ingerir cualquier tipo de objeto, la mayoría pueden pasar sin inconvenientes por el tracto gastrointestinal; pero algunos de ellos pueden poner en riesgo la vida o acarrear complicaciones. Aproximadamente el 80% de cuerpos extraños atraviesan el tubo digestivo sin ocasionar manifestaciones clínicas ni complicaciones; sin embargo, un 20% puede impactar en el esófago y causar vómitos, odinofagia, disfagia y sialorrea. De estos 19 % requieren extracción endoscópica y 1% extracción quirúrgica. En niños mayores, objetos de menos de 2 cm de ancho y hasta 5 cm de longitud pasan el píloro sin problemas. En niños pequeños y lactantes, el límite de la longitud es de 3 cm. METODOLOGÍA: Estudio transversal, descriptivo y retrospectivo. Se analizó la base de datos de VEDA en el período comprendido entre Febrero 2010 y Febrero 2016. RESULTADOS: Durante estos últimos 6 años se efectuaron un total de 1955 video endoscopías digestivas altas, correspondiendo 187 (9,6%) a ingestión de cuerpos extraños. Los 187 casos se distribuyeron así: 47% niños (87) y 53% niñas (100). La edad promedio de los pacientes fue de 4 años. Siendo el menor de ellos un lactante de 8 meses y el mayor un adolescente de 14 años de edad. En cuanto al rango etareo, el grupo más afectado fue el de los pre-escolares >2 y <6 años, representando el 60,4% de los casos analizados. El tipo de cuerpo extraño más frecuentemente alojado en el tracto gastrointestinal superior fueron las monedas en un 46%, seguido de los objetos plásticos (partes de juguetes, hebillas, cierres de vestidos, palitos de chupetín) y en un tercer lugar la temible pila botón con un 10%. La evidencia de alimento no punzante o romo ocupó el cuarto puesto con un 8% y los alimentos que mayor causaron atoramiento fueron carne y salchichas. La observación de hueso de pollo, vidrio y metal no punzante fue del 11% cada una. De los casos analizados en el 77% se reportó luz esofágica dentro de parámetros normales y el 23% presentaron lesión; como eritema 65%, erosión 23%, Úlcera 9% y fibrina 3%. En el 94% de los estudios se halló el cuerpo extraño en esófago, el 4% en la cavidad gástrica. En conclusión ante la sospecha de un cuerpo extraño en esófago se debe de realizar una endoscopia para su extracción o descartar su existencia, valorar las lesiones residuales y mitigar el riesgo de complicaciones. La prevención es la estrategia fundamental para disminuir la morbilidad secundaria a este tipo de accidentes en la infancia. Es relevante identificar las condiciones en las cuales se produce el accidente, para retroalimentar e insistir en la importancia de mantener a los niños bajo el cuidado de personas diligentes y evitar así el maltrato por omisión.

TO - ESÓFAGO

0044 - HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN EL TRACTO ESOFAGOGASTRODUODENAL DE PACIENTES OBESOS MORBIDOS CON INDICACION DE CIRUGIA BARIATRICA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Investigación Básica

Unidad Temática 2: Gastro: Investigación Básica

DI PALMA, Guillermo Daniel | SANCHEZ, Christian | BOLINO, Maria Carolina | BOSCH, Jorge | DURAND, Luis | CANSECO, Sandra | KRAUSE, Martin | DUMONCEAU, Jean Marc | CARO, Luis | CERISOLI, Cecilio
GEDYT

Introducción: La obesidad es una enfermedad metabólica que puede predisponer a enfermedades digestivas. La cirugía bariátrica es el tratamiento más eficaz. Según la Aso-

ciación Europea de Cirugía Endoscópica, está indicada la realización de endoscopia alta a todos los candidatos a Bypass Gástrico y en Y de Roux con o sin síntomas digestivos. Objetivos: 1.Describir los hallazgos endoscópicos gastrointestinales de pacientes obesos en plan de cirugía bariátrica; 2.Establecer si hay diferencias en los hallazgos endoscópicos según la presencia o ausencia de síntomas digestivos.Métodos: Población: Adultos con un Índice de Masa Corporal (IMC)>35 kg/m2 con comorbilidades o >40 kg/m2, con indicación de cirugía bariátrica. Se excluyeron pacientes con endoscopias incompletas y patología aguda esofagoduodenal previa. El estudio se llevó a cabo en un centro de gastroenterología y endoscopia, entre diciembre de 2014 y junio de 2015.Diseño: observacional, comparativo y transversal. Procedimientos: las endoscopías se realizaron bajo sedación con propofol con equipos Olympus GIF N180. Los pacientes completaron el cuestionario habitual de la institución previo a la endoscopia y se clasificaron en sintomáticos y asintomáticos. Variables a controlar: edad, IMC, estado de H. Pylori, AINES, sexo, tabaquismo y consumo de alcohol. Ética: los pacientes firmaron el consentimiento informado y el trabajo fue aprobado por comité local. Análisis estadístico: SPSS v19; X2. Resultados:se incluyeron 146 pacientes; 72% mujeres; edad media: 43.45±10,2 años; IMC promedio: 41.10± 5.4 m/kg2. El 67% de los participantes tuvieron al menos un hallazgo endoscópico patológico, siendo la hernia hiatal (HH), la esofagitis erosiva y la gastropatía erosiva los más comunes. El 74% de los hallazgos en la endoscopia no demoraron o cambiaron la conducta quirúrgica.Los síntomas se registraron en un 30%: enfermedad de reflujo esofágico 11% (n: 5); dispepsia 53% (n: 24) y ambos 36% (n: 16). Se observó solamente asociación entre HH y pacientes con síntomas(p <0,01). El IMC fue mayor en los pacientes sintomáticos con HH (44,58±5,42) que en los que no la tenían (39,80±4,43), (p=0,002).No se observó asociación significativa con las demás variables a controlar y la presencia de síntomas y HH. La prevalencia de H. Pylori fue del 22% (31/138), sin diferencias entre sintomáticos y asintomáticos.El consumo de IBP se registró en un 5% (n: 7), más frecuentemente en los pacientes sintomáticos (11 vs 2, 2%; p = 0,02). Conclusiones: Se observaron hallazgos endoscópicos patológicos en casi dos tercios de la muestra, la mayoría de los cuales no demoraban o cambiaban la conducta quirúrgica.La esofagitis erosiva y la HH fueron los más frecuentes. La HH fue más prevalente en pacientes sintomáticos; y el IMC fue mayor en este grupo de pacientes.

Diagnóstico endoscópico	n	% (IC 95)
Sin hallazgos patológicos	48	23 (17-19)
Hernia hiatal	41	19,8 (14-26)
Gastropatía erosiva	39	18,8 (13-25)
Esofagitis Los Angeles A	34	16,4 (11-22)
Esofagitis Los Angeles B	16	7,6 (4,6-12)
Gastropatía no erosiva	7	3,4 (1,4-6,8)
Esófago de Barret	7	3,4 (1,4-6,8)
Esofagitis Los Angeles C	4	1,8 (0,5-4,9)
Duodenopatía erosiva	4	1,8 (0,5-4,9)
Bezoares	3	1,4 (0,3-4,2)
Úlcera gástrica activa	2	1 (0-2,7)
Pólipos gástricos	1	0,4 (0-2,7)
Várices esofágicas	1	0,4 (0-2,7)
Lesión subepitelial gástrica	1	0,4 (0-2,7)
Pólipo esofágico	1	0,4 (0-2,7)
Total	209	100

TO - ESÓFAGO

0095 - EXPERIENCIA EN EL MANEJO MULTIMODAL DE NEOPLASIAS TEMPRANAS DE ESÓFAGO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Endoscopia: Esófago

Unidad Temática 2: Gastro: Esófago

Introducción: En las últimas décadas, se ha registrado un aumento en la incidencia de adenocarcinoma esofágico (ACE) en todo el mundo. Actualmente y gracias a los programas de vigilancia es posible su detección temprana. Hasta hace poco tiempo, su tratamiento se lograba sólo con la esofagectomía. Sin embargo, nuevas técnicas endoscópicas, como resección endoscópica de la mucosa (REM) y de la submucosa (RES) permiten hoy en día realizar el manejo de las neoplasias tempranas con la preservación de esófago del paciente (pte). Estas alternativas al tratamiento quirúrgico deben acompañarse de un seguimiento postprocedimiento riguroso. **Objetivo** Evaluar 6 años de experiencia en el tratamiento multimodal de las neoplasias tempranas de esófago en un hospital universitario de tercer nivel. **Pacientes y métodos** Entre octubre de 2010 y abril de 2016 se trataron un total de 30 ptes con diagnóstico de Esófago de Barrett con Displasia de Alto Grado (EBDAG) y ACE temprano. 20 de ellos recibieron tratamiento endoscópico y 10 cirugía. La mediana de edad fue 64 años (DS: 44-85) del grupo endoscópico y 68 años (DS: 47-85) para el quirúrgico. En el primer grupo se realizaron REM (N=23), RES (N=2) y posterior Ablación por Radiofrecuencia (ARF) (N=13) en los ptes que presentaban Esófago de Barrett remanente. La mediana de seguimiento fue de 19 meses en el grupo que recibió tratamiento endoscópico y de 16 meses en el quirúrgico. Los criterios de valoración incluyeron: resección R0, número de sesiones de tratamiento endoscópico, complicaciones y días de estancia hospitalaria. **Resultados** Se logró resección R0 en 18/20 casos (90%) en el grupo endoscópico con un promedio de 1.9 sesiones endoscópicas (REM, RES y ARF) y 10/10 casos (100%) en el grupo quirúrgico. Los pacientes que recibieron tratamiento endoscópico presentaron complicaciones: estenosis (N=2) y sangrado (N=1). En el grupo quirúrgico se observó complicaciones respiratorias (N=3), infección del sitio quirúrgico (N=2), fistula (N=2), estenosis de anastomosis (N=1) y síndrome pilórico (N=1). En un pte del grupo endoscópico la resección fue insuficiente y otro presentó recurrencia durante el periodo de vigilancia, ambos fueron tratados en forma quirúrgica. La mediana de días de internación fue de 1.9 para el primer grupo y de 12 para el segundo. **Conclusión** Las terapias endoscópicas permiten la preservación del esófago con resultados similares al tratamiento quirúrgico y con menor morbilidad y días de internación. La cirugía es la opción más segura cuando el riesgo oncológico lo justifica. El manejo multimodal permite mejores resultados. La elección del tratamiento todavía es material de debate y requiere estudios poblacionales más amplios.

Población de pacientes	n
Masculino	26
Femenino	4
Edad media	65 (19-85)
Estadio T	
T0 (remisión completa)	9
T1a	8
T1b	3
EBDAG	10
Tratamiento	
Quirúrgico	10
Endoscópico	20
Complicaciones	
Quirúrgicos	9
Endoscópicos	3
Días de internación	
Quirúrgicos	12
Endoscópicos	1,9

TO - ESÓFAGO

0112 - DILATACIÓN ENDOSCÓPICA COMO OPCIÓN TERAPEÚTICA DE LA BARRA DEL CRICOFARINGEO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)
Unidad Temática: Endoscopia: Esófago

MARTINEZ, Emiliana Rocío | CORREA, Gustavo | OJEDA, Estefanía | HANUCH, Natali | YANTORNO, Martín | CARRICA, Sebastian Augusto | GUZMAN, Mauricio | VILLAVERDE, Augusto | MARTINEZ, Horacio | CHOPITA, Nestor

Introducción: INTRODUCCION: La disfunción del músculo cricofaríngeo es uno de los diagnósticos diferenciales dentro de las causas de disfagia orofaríngea. Es un trastorno poco frecuente, funcional e idiopático del esfínter esofágico superior, que puede ser asintomático o presentarse con disfagia, broncoaspiración o estenosis. La barra del cricofaríngeo es una causa de disfunción primaria, considerada un hallazgo radiológico poco común y causa infrecuente de disfagia orofaríngea, principalmente en la población de edad avanzada. En la actualidad existen diferentes opciones terapéuticas como la dilatación endoscópica, la inyección de toxina botulínica y la miotomía endoscópica o quirúrgica. **OBJETIVO:** Describir la experiencia en dilatación endoscópica hidroestática con balón tipo CRE en pacientes con diagnóstico de barra del cricofaríngeo. **MATERIALES Y METODOS:** estudio descriptivo, observacional, en serie de casos, realizado en el Servicio de Gastroenterología del HIGA San Martín -La Plata- Centro de Entrenamiento Avanzado de la WGO. La recolección de datos fue retrospectiva de historias clínicas digitalizadas. Fueron observados pacientes mayores a 18 años con disfagia orofaríngea y diagnóstico por videofluorodeglución de barra del cricofaríngeo. Posteriormente en todos los pacientes se realizó endoscopia digestiva alta y dilatación hidroestática progresiva hasta 18-20 mm de diámetro ó hasta constatar desgarro mucoso, permaneciendo en observación durante 24 hs. Se realizó seguimiento clínico al mes y trimestralmente durante un año. **RESULTADOS:** Se incluyeron 7 pacientes, con una edad media de 75 años (r 63-87), 5 mujeres y 2 hombres. Todos los pacientes presentaron mejoría de la disfagia orofaríngea posterior a la dilatación endoscópica; 2 pacientes refirieron mejoría parcial, de los cuales 1 presentaba diagnóstico concomitante de osteofito cervical, con desaparición radiológica completa de la barra post tratamiento y el otro paciente recibió una segunda dilatación al mes, ya que en la primera el desgarro fue el límite para dilatar a 18 o 20 mm. Un paciente presentó recurrencia clínica al año por lo que recibió una segunda dilatación, con resolución completa de la disfagia. **DISCUSIÓN:** La dilatación endoscópica con balón hidroestático es un método eficaz y seguro para el tratamiento de la barra del cricofaríngeo, y podría considerarse como método terapéutico de elección aunque faltan estudios prospectivos a largo plazo.

TO - ESÓFAGO

0119 - TERAPEUTICA ENDOSCOPICA EN FISTULAS ESOFAGICAS BENIGNAS

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)
Unidad Temática: Endoscopia: Esófago

ROSSI, Lucas | CANDEL, Ivanna | PERRON, Nadia | TALANI, Alejandro Sebastian | LEONART, Jose | RIOS, Ariel Hernan | CARRICA, Sebastian | CORREA, Gustavo Javier | MARTINEZ, Horacio | CHOPITA, Nestor

Introducción: Introducción: Las fistulas esofágicas de etiología benigna, están formadas por tejido de granulación y epitelio, a diferencia de las fugas que carecen de recubrimiento epitelial, son de presentación aguda y tienen una evolución en general favorable. Las etiologías más frecuentes de este tipo de fistulas son secundarias a intubación endotraqueal (TET), perforación espontánea, trauma, entre otras. El tratamiento endoscópico constituye una opción válida con menor morbimortalidad y costos en relación al tratamiento quirúrgico. Existen distintas opciones para el tratamiento endoscópico extrapoladas del tratamiento de fugas, pero con poca información bibliográfica respecto a los resultados. **Objetivo:** evaluar el resultado de la experiencia en el tratamiento endoscópico de fistulas esofágicas benignas en el servicio de Gastroenterología del HIGA San Martín de La Plata. **Pacientes y métodos:** Diseño retrospectivo de serie de casos durante 7 años. Se incluyeron pacientes adultos con fistulas esofágicas benignas evaluadas para tratamiento endoscópico. Las variables analizadas fueron etiología, tipo, diámetro, características del tratamiento, complicaciones, cantidad de sesiones, éxito técnico y éxito clínico. **Resultados:** Se incluyeron 10 pacientes, con una media de edad de 48 años (r 30-80), 70% de los cuales fueron mujeres. Las causas fueron: síndrome de Boerhavee 4, TET 3, postquirúrgica 1, post fotodinámica 1 y decúbito de prótesis 1; el 70% fueron fistulas esofagotraqueales. El diámetro fue 2 a 10 mm. Se realizaron 25 procedimientos terapéuticos, con una media de 3 procedimientos por paciente (r 1 a 9) a intervalos de tiempo irregulares. Se realizó cierre con o sin tratamiento de los bordes en todos los pacientes. Las complicaciones más frecuentes fueron menores. El éxito técnico se alcanzó en 96% y éxito clínico en 50%. En los pacientes que no se alcanzó el éxito clínico se indicó tratamiento quirúrgico. En el 80% el tratamiento fue ambulatorio. **Conclusión:** Las fistulas benignas pueden ser tratadas endoscópicamente con distintos métodos. Se observó un éxito clínico del 50%, con baja morbilidad y manteniendo la posibilidad de instar por cierre quirúrgico. Este informe preliminar sugiere la realización de estudios prospectivos randomizados a fin de determinar el rol del tratamiento endoscópico en dicha patología.

TO - ESTÓFAGO

0046 - PÓLIPOS GÁSTRICOS COMO HALLAZGO ENDOSCÓPICO EN PACIENTES BAJO TERAPIA PROLONGADA CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP)

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Estómago

Unidad Temática 2: Gastro: Estómago

CABANA, Clara(1) | BOLINO, Carolina(2) | CHAAR, Elsa(1) | FERNANDEZ, Diego Mariano(1) | BARCIA, Teresa(1)

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSÉ MARIA PENNA (1); GEDYT (2)

Introducción: El uso prolongado de IBP produce en algunos pacientes la aparición de pólipos glandulares fúndicos gástricos. Estas lesiones se presentan en el 1.9 % de la población general y en el 84 % de los pacientes con poliposis adenomatosa familiar; las mismas tienen bajo potencial de malignidad y tienden a disminuir o desaparecer al discontinuar el IBP. **Objetivos:** Establecer la prevalencia de pólipos gástricos en nuestro medio y evaluar los síntomas que llevaron a la consulta con el uso prolongado de IBP (definiéndolo como el consumo mayor a 12 meses). **Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de tipo transversal. Se evaluaron en forma retrospectiva 1400 video endoscopias digestivas altas (VEDA) realizadas en el periodo comprendido entre diciembre de 2014 y abril de 2016. **Resultados:** De un total de 1400 VEDAS realizadas en este periodo, se hallaron 126 pacientes (9 %) con consumo prolongado de IBP, de estos últimos 60 pacientes (47.6 %) con pólipos gástricos y 14 pacientes (23 %) con pólipos glandulares fúndicos. EL 35 % de los pacientes (n: 21) consultó por epigastria. **Conclusiones:** El valor de p obtenido (0.00003614) nos permite inferir una asociación entre el consumo prolongado de IBP y la aparición de pólipos glandulares fúndicos acorde a lo descripto en la bibliografía. De acuerdo a nuestro análisis, el síntoma prevalente que motivó la consulta fue la epigastria. La prescripción adecuada de los IBP evitaría los efectos secundarios de estos fármacos.

TO - ESTÓMAGO

0100 - GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA: ¿LA ALIMENTACIÓN PRECOZ ES SEGURA?

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Estómago

Unidad Temática 2: Endoscopia: Nutrición

MERLIN, Marcela | LOZA, Miguel | PEST, Erika | GARBE, Cecilia | DOMINGUEZ, Veronica Natalia | DAVALOS, Pedro

HOSPITAL PROF. A. POSADAS

Introducción: La Gastrostomía Endoscópica percutánea (GEP), es un método seguro y efectivo de alimentación en pacientes que no pueden o no podrán alimentarse por mas de 4-6 semanas, con un tracto digestivo funcional. Reportes previos recomiendan el inicio de la alimentación a las 24 hs después de la colocación de la sonda, lo cual prolonga la estadía en el hospital y la probabilidad de infecciones nosocomiales. Algunas publicaciones sugieren la alimentación temprana entre las 6-8 hs después del procedimiento. El objetivo es establecer la prevalencia de las complicaciones relacionadas con la alimentación temprana y Determinar las características demográficas de la población. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional. Fueron revisadas las historias clínicas de los pacientes a los que se les realizó una GEP, entre junio de 2006 y mayo de 2016, recopilando datos en cuanto a edad, sexo, indicación de la GEP, complicaciones inmediatas relacionadas con la alimentación y con el procedimiento. Incluidos pacientes remitidos al servicio de endoscopia del Hospital Prof. A. Posadas para la realización de una GEP, entre 15 y 85 años, con indicación apropiada para la realización del procedimiento. Excluidos: menores de 15 y mayores de 85 años, quienes no aceptaron participar del estudio. Una vez colocada la sonda los pacientes permanecieron en sala de recuperación, iniciándose infusión de D_x al 5% a los 30 minutos de finalizado el procedimiento a pasar en 3 hs, luego fueron enviados a su domicilio (ambulatorios) o a la sala de internación, con la indicación de iniciar inmediatamente la alimentación enteral. Todos recibieron la misma formula de alimentación. Fueron seguidos telefónicamente a las 24 hs, a los 7 y 30 días del procedimiento, investigando complicaciones inmediatas, menores y mayores relacionadas con la alimentación y el procedimiento. **Resultados:** Entre junio de 2006 y mayo de 2016 fueron remitidos 204 pacientes para la realización de GEP, fueron incluidos 200 pacientes y excluidos 4 pacientes. 134 hombres y 66 mujeres, con una edad promedio de 52,4 años (15-85). La indicación mas frecuente fue ACV: 72 pacientes(35%) Parálisis cerebral: 35 pacientes (17,1%), traumatismo encefalocraneano: 19 pacientes (9,3%), encefalopatía hipóxica: 11pacientes (5,8%) neoplasias de cabeza y cuello:7,(0,1%) demencia:7, otras causas neurológica:53 (25,9%) Complicaciones menores se encontraron en 35 pacientes (17,5%): eritema peristoma en 20, fuga peristoma en 10, infección de pared en 5. Complicaciones mayores en 2 (1,3 %): neumoperitones en 1 paciente, y perforación de colon en 1 paciente. Las complicaciones relacionadas con la alimentación fueron: distensión abdominal en 1 paciente (0,5%) y diarrea en 1 paciente (0,5%) **Conclusión:** El inicio temprano de la alimentación enteral después de la colocación de una GEP es seguro.

TO - ESTÓMAGO

0104 - UTILIDAD DE LA ENDOSCOPIA ULTRAFINA TRANSNASAL EN PACIENTES BARIÁTRICOS. EXPERIENCIA EN UN CENTRO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Estómago

Unidad Temática 2: Gastro: Estómago

CHIRIANO, Fabiela | CUELLI, Jose | GODOY, Ana Clara | HERMIDA, Raquel | KIDD, Mariana | NOTARI, Lorena | SCACCHI, Agustina | COLOMBO, Pablo Fernando

COMPLEJO MEDICO POLICIAL CHURRUCA - VISCA

Introducción: Introducción. La endoscopia transnasal (ETN) se realiza por vía nasal usando un endoscopio ultrafino. Puede ser realizada sin sedación eliminando los riesgos asociados con la anestesia general, disminuyendo los costos y la duración del procedimiento. Sus ventajas incluyen la prevención de los efectos secundarios y la morbilidad relacionada con el uso de sedantes, no requiriendo monitorización ni recuperación anestésica. La bibliografía propone a este método diagnóstico como una alternativa para la exploración del tubo digestivo alto en los pacientes con alto riesgo cardiovascular. **Objetivos.** Describir la utilidad del método en pacientes bariátricos, teniendo en cuenta el diagnóstico endoscópico e histológico y la tolerancia al mismo. **Materiales y métodos.** Estudio retrospectivo observacional desde abril 2015 hasta mayo 2016 en el Complejo Médico Churruca Visca. Se incluyeron los pacientes pre y post quirúrgicos de cirugías bariátricas para control endoscópico y búsqueda de Helicobacter Pylori. El procedimiento se realizó con un endoscopio ultra fino Olympus GIF-XP150N de 5.5 mm de diámetro, con ayuno de 6 hs. y anestesia local, con el paciente en posición sentada. Se realizaron biopsias de mucosa gástrica con pinza fórceps de 2 mm. Se evaluó la tolerancia al procedimiento con una encuesta telefónica. Se observaron los resultados endoscópicos e histopatológicos comparados con el sexo y la edad de los pacientes. **Resultados.** Se realizaron 53 ETN, 75,5% fueron pacientes prebariátricos y 24,5% postbariátricos. El sexo femenino fue predominante (66%), con un promedio de 44 años de edad. La tolerancia fue buena en el 60% de los pacientes. En el 7,5% de los pacientes se suspendió el estudio por intolerancia o síntomas como epistaxis y crisis tussígena. Los diagnósticos endoscópicos más frecuentes fueron gastropatía erosiva y micropólipos gástricos. Los resultados histológicos más frecuentes fueron gastritis crónica en actividad y en el 3 % de las biopsias se diagnosticó atrofia gástrica y se debió cambiar la estrategia quirúrgica. La prevalencia de Helicobacter Pylori fue del 21% en el grupo de los pacientes prebariátricos. **Conclusiones:** La evaluación gastroduodenal con el ETN es un método a considerar por su aceptable tolerancia, su calidad en el diagnóstico endoscópico e histológico y su bajo riesgo peri procedimiento. El hecho de no utilizar anestesia general y la posición sentada para su inserción nos permite elegir este método en pacientes obesos con alto riesgo cardiovascular. La desventaja que presenta es su pequeño diámetro del canal de trabajo, que impide la aspiración de secreciones espesas y el lavado enérgico de la mucosa, la ausencia de dispositivos necesarios para la realización de procedimientos terapéuticos y su fragilidad. La experiencia lograda con este número de pacientes nos motiva para continuar con su utilización y ampliar su indicación hacia otros procedimientos como colocación de sondas de alimentación y gastrostomías en pacientes con alto riesgo.

TO - ESTÓMAGO

0105 - HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. PREVALENCIA EN UN CENTRO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Estómago

Unidad Temática 2: Gastro: Estómago

CHIRIANO, Fabiela | GODOY, Ana Clara | KIDD, Mariana | NOTARI, Lorena | SCACCHI, Agustina | TOSTI, Romina | VILALBA, Martín | COLOMBO, Pablo Fernando

COMPLEJO MEDICO POLICIAL CHURRUCA - VISCA

Introducción: Introducción. La hemorragia digestiva alta (HDA) es una patología altamente prevalente, con elevada mortalidad. La mayoría es de causa no variceal, siendo la úlcera péptica la patología más frecuente. Más del 95% de las úlceras están asociadas a la toma de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y/o a la presencia de Helicobacter pylori (HP). En un 5-8% de los casos no se logra determinar la causa, a pesar de las exploraciones pertinentes. **Objetivos.** Identificar las causas más frecuentes de HDA, los tratamientos instaurados, su relación con el consumo de AINEs y la presencia de HP en nuestro centro. **Material y métodos.** Estudio retrospectivo observacional que incluyó todos los pacientes con manifestaciones típicas de HDA con videoendoscopia digestiva alta (VEDA) realizada entre abril de 2015 y marzo de 2016. **Resultados.** Se incluyeron 131 pacientes, 58 mujeres (44,27%) y 73 hombres (55,73%), con un rango etario entre 18 y 97 años, con una media de 67,83. En el 30,53% la HDA se manifestó durante la internación por otro causa, y en el 69,47% en forma ambulatoria. La presentación más frecuente fue me-

na (69,47%), seguido de hematemesis (36,64%) y hematoquezia (5,34%). Los hallazgos endoscópicos fueron: gastropatía erosiva (22,14%), úlcera gástrica (18,32%), esofagitis (13,74%), úlcera duodenal (10,69%), vórices esofágicas (6,87%), angioectasias (3,82%), lesión de Dieulafoy (3,05%), tumores (3,05%), desgarró de Mallory Weiss (2,29%), gastropatía hipertensiva (1,53%), vórices gástricas (1,53%) y otras (4,58%). En el 32% de las VEDAs no se encontraron estigmas de sangrado. Requiritieron tratamiento endoscópico 17,5% de los pacientes por lesiones de alto riesgo. En un 46% se utilizó monoterapia, y en un 54% tratamiento combinado. Dentro de la monoterapia los métodos utilizados fueron adrenalina (18%), banding (14%), sonda bipolar (9%) y polidocanol (5%), y dentro de los tratamientos combinados adrenalina/clip (35%), adrenalina/térmico (19%). De los pacientes con úlcera gastroduodenal y gastropatía erosiva el 6,11% presentó HP positivo y el 26,42% refirió consumo de AINEs. El 12,98% de los pacientes requirió second look por resangrado o ausencia de diagnóstico en la primera endoscopia. El 2,29% de los pacientes con lesiones de alto riesgo necesitó resolución quirúrgica. De éstos, la mayoría se presentó con hematemesis y no se logró identificar lesión por sangrado activo masivo o descompensación hemodinámica. Conclusiones. La HDA afecta principalmente a hombres mayores. La manifestación más frecuente fue la melena. Las principales causas fueron gastropatía erosiva y úlcera gástrica. El tratamiento combinado con adrenalina/clip fue el método más utilizado. El consumo de AINEs presentó mayor relación que la presencia de HP en los pacientes con úlcera o gastropatía erosiva.

TO - INTESTINO DELGADO

0162 - CORRELACIÓN ENDOSCÓPICO- HISTOLÓGICA EN BIOPSIAS DE SEGUNDA PORCIÓN DUODENAL

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Investigación Básica

Unidad Temática 2: Gastro: Intestino Delgado

LEON, Cecilia | CALCAGNO, Ramiro | LUCERO, Gisela | ROMEO, Juan Manuel | GONZÁLEZ, Pablo | PRECETTI, Fabian | ASSENZA PARISI, Beatriz | TOIBARO, Javier | MARINI, Eduardo | GHIRALDO, Ana Lia | FRIAS, Silvia | VISTARINI, Cecilia
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJIA

Trabajo: Introducción: En las distintas patologías que afectan el intestino delgado, tanto primarias como secundarias, la videoendoscopia digestiva alta (VEDA) es de gran utilidad porque permite la visión directa de la mucosa, y la posibilidad de tomar muestras para histología, citología y/o cultivo, ya sea en mucosa de aspecto normal o alterada. Muchas de las patologías en cuestión no presentan hallazgos patognomónicos en la endoscopia y en un número considerable de casos el aspecto endoscópico del órgano es normal o en caso de encontrarse alteraciones la discrepancia interobservador es una problemática frecuente. Es fundamental una buena comunicación entre el trinomio gastroenterólogo clínico – endoscopista – anatomopatólogo, ofreciendo cada uno datos imprescindibles para alcanzar un diagnóstico final certero. Objetivos: -Evaluar la utilidad diagnóstica de la biopsia de la segunda porción duodenal en el contexto de la realización de una VEDA en pacientes con signos y síntomas de anemia, diarrea crónica, enfermedad celíaca o sospecha de la misma. -Determinar la expresión clínica más relevante en relación a los hallazgos endoscópicos e histológicos encontrados. -Conocer el valor de los hallazgos macroscópicos observados en la VEDA y su correlación con la anatomía patológica. Materiales y métodos: Se realizó un estudio longitudinal retrospectivo y analítico de los informes de endoscopías a los cuales se realizó biopsia de segunda porción duodenal (SPD), y su correlación con los hallazgos histológicos de las muestras en el período comprendido de enero 2009 a diciembre 2014. La población a estudiar fueron aquellos pacientes mayores de 18 años que acudieron a la Unidad Gastroenterología del Hospital Ramos Mejía con signos y síntomas de diarrea crónica, anemia, serología positiva para enfermedad celíaca (EC), o sospecha clínica de EC; a los cuales se realizó una VEDA con tomas de biopsias de SPD durante el procedimiento endoscópico. Resultados: -Se observó que el 71% (192) de los pacientes estudiados pertenecen al sexo femenino. En este grupo predominan en los cuatro motivos de consulta una marcada diferencia en la consulta relacionada a EC. - El 39% (105) de las consultas fue anemia, seguido por dispepsia con un porcentaje casi similar. -El hallazgo macroscópico más frecuente durante la evaluación endoscópica de la SPD fue mucosa de características normales con el 60%, y el 5% mucosa granular. - El 42% (113) de los resultados fueron mucosa duodenal con histioarquitectura preservada. Seguido por el 29% (79) que corresponde a hallazgos no vinculados con atrofia vellositaria como duodenitis péptica. - Para la anemia las consultas fueron similares en todos los grupos etarios, mientras que los menores de 40 años predominan en la consulta relacionada a EC. -Se observó que el 86% de las biopsias realizadas por diarrea crónica fueron sobre mucosa con visión endoscópica normal, mientras que por EC fueron 34.4%. - Se encontraron signos de enteropatía en el 81.3% en los pacientes que consultaron por EC según la clasificación de Marsh. -El 21.6% de los pacientes con dispepsia presentaron signos de enteropatía. Mientras que por anemia y diarrea crónica el hallazgo más frecuente fue histioarquitectura conservada. - Se encontraron alteraciones histológicas en el 46% de las biopsias de SPD con visión endoscópica normal, mientras que el 77% fueron alteradas cuando la VEDA presentó signos de atrofia vellositaria. Conclusión: Si bien hoy en día no puede afirmarse que la toma de biopsias en

SPD deba realizarse en forma rutinaria en todas las VEDAS; sí es posible sugerir que dichas tomas podrían realizarse en un espectro más amplio del universo de pacientes estudiados por diversas patologías que exceden las malabsortivas; incluso ante la presencia de un duodeno normal a la visión endoscópica.

TO - INTESTINO DELGADO

0175 - RECURRENCIA DE SANGRADO DIGESTIVO DE ORIGEN OSCURO EN PACIENTES SOMETIDOS A ENTEROSCOPIA SIMPLE BALON: SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Endoscopia: Intestino Delgado

RNAUDO, Santiago Gustavo | ARGÜERO, María Julieta | ABECIA SORIA, Victor Hugo | PIZZALA, Juan Eduardo | DURÁN, Sebastián | ORTMANN, Germán Ariel | MARCOLONGO, Mariano Martín

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Trabajo: Introducción: El diagnóstico y tratamiento de los pacientes con sangrado digestivo oscuro (SDO) representan un gran desafío. La enteroscopia profunda ha emergido como una herramienta de utilidad pero la información reportada es limitada, en especial para la enteroscopia simple balón (ESB). El único estudio publicado es el de Kushnir et al, quien reportó una tasa de re-sangrado del 45% a los 2 años. No obstante, continua siendo escasa la evidencia del beneficio de la ESB en el seguimiento de pacientes con SDO. Objetivo: estimar la tasa de recurrencia del SDO en nuestra población y determinar rédito diagnóstico global de la ESB en el SDO. Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectiva en un centro de tercer nivel de la Ciudad de Buenos Aires. Se incluyeron consecutivamente pacientes adultos sometidos a ESB por SDO entre octubre de 2012 a diciembre del 2015. Se excluyeron aquellos con diagnóstico de Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria y con menos de 3 meses de seguimiento. Se definió como resangrado a la reaparición de sangrado digestivo evidente, la necesidad de hospitalización o intervenciones endoscópicas por cuadro de hemorragia digestiva, o la necesidad de transfusión de sangre y/o terapia con hierro para mantener niveles de hemoglobina estables. Los datos clínicos, los hallazgos durante la ESB y el seguimiento fueron evaluados a partir de la historia clínica electrónica y entrevistas telefónicas. Resultados: Cuarenta y siete pacientes fueron seguidos por una media de 14.3 (DE±8.2) meses luego de la ESB. La tasa global de recurrencia del sangrado fue del 53,3% (25/47). La recurrencia en los pacientes con causa identificada por ESB fue de 47.2% mientras que en aquellos con ESB sin hallazgos fue de 72.7%. Inicialmente se realizaron 54 enteroscopias asistidas por simple balón (ESB) en 52 pacientes. El rédito diagnóstico global fue de 77.8% (42/54 estudios). Las angiodisplasias fueron las lesiones halladas con más frecuencia (64.8%), pólipos en el 5.6%, lesión de Dieulafoy en 1.9% y divertículos yeyunales en 1.9%. En los pacientes con diagnóstico de angiodisplasia en la ESB la recurrencia fue del 60% a pesar del tratamiento realizado. No se observó ninguna complicación inherente al procedimiento. En el análisis de tiempo al evento, pudimos observar que el 51% (DE 7.7; CI95% 37-67) de los pacientes presentará resangrado dentro de los primeros 18 meses de seguimiento. Conclusión: La ESB resultó una herramienta segura y con un alto rédito diagnóstico en el manejo de pacientes con SDO. En los pacientes que fueron sometidos a ESB, alrededor de la mitad no recurrieron con sangrado durante el seguimiento. Sin embargo, los pacientes con angiodisplasias presentaron una mayor tasa de recurrencia del sangrado. Por lo tanto, el manejo ideal del SDO continúa siendo un interrogante.

TO - INTESTINO DELGADO

0109 - ENTEROSCOPIA PROFUNDA EN EL MANEJO DE PÓLIPOS YEYUNO- ILEALES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE PEUTZ JEGHERS: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE BS AS

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

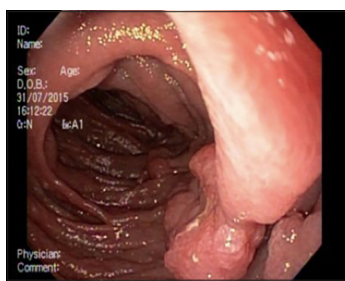
Unidad Temática: Endoscopia: Intestino Delgado

TALANI, Alejandro Sebastian | GARBI, María Laura | YANTORNO, Martin | YONAMINE, Karina | WALLACE, Virginia | GARAVENTO, Leonardo | SCARPONI, Alicia | TUFARE, Francisco | VILLAVERDE, Augusto | CHOPITA, Nestor

HIGA GRAL SAN MARTÍN LA PLATA

Introducción: El Síndrome de Peutz Jeghers (SPJ) es una enfermedad hereditaria autosómica dominante, causada por la mutación del gen STK11. La incidencia estimada es de 1 en 200.000 nacidos vivos. Se caracteriza por la presencia de máculas pigmentadas en los labios y mucosa yugal, asociado a múltiples pólipos hamartomatosos gastrointestinales. Estas lesiones se presentan con mayor frecuencia en el intestino delgado (65 a 95 %) y se pueden manifestar con sangrado digestivo, dolor y obstrucción intestinal. La detección

temprana de estas lesiones, y la posibilidad de su abordaje endoscópico mediante enteroscopia, disminuyen la necesidad de intervenciones quirúrgicas, las cuales se asocian a mayor morbimortalidad. **Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad de la enteroscopia profunda, en pacientes con SPJ, que requirieron resección endoscópica de pólipos en intestino delgado. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó a pacientes diagnosticados de SPJ, derivados a nuestro centro para realización de enteroscopia profunda, por evidencia de pólipos en intestino delgado entre enero 2015 y mayo del 2016. En todos los casos los pólipos eran > a 10 mm. Los estudios fueron realizados por el mismo operador, utilizando videoenteroscopia doble balón (Fujinon, Toshiba ES Systems Co, Tokio, Japón) y simple balón (Olympus SIF-Q180). En todos los casos se utilizó insuflación con CO₂. **Resultados:** Se realizaron 6 enteroscopias profundas en 5 pacientes, de los cuales 2 fueron mujeres. La edad promedio fue de 37 años (r 31- 41). De los 6 procedimientos realizados, 3 (50%) fueron por vía anterógrada y 3 (50%) por vía retrograda. El tiempo promedio para la vía anterógrada y retrograda fue de 60 min (r 25 a 210 min). Un total de 13 pólipos fueron resecados, con un tamaño promedio de 20 mm (r 10-40 mm). No se registraron complicaciones inmediatas como dolor, sangrado o perforación, ni tardías. El tratamiento endoscópico se realizó en el 80 % de los casos. En un paciente no pudo realizarse la polipectomía por cuestiones inherentes al método no pudiendo acceder al pólipo, la cual fue remitida al centro de referencia. Los pacientes permanecieron en observación y fueron dados de alta 24 horas posterior al estudio. **Conclusiones:** La enteroscopia profunda es un método seguro y eficaz para el manejo de pólipos de Intestino Delgado en pacientes con SPJ. La resección mucosa de estas lesiones por endoscopistas experimentados tiene una alta tasa de efectividad y un bajo riesgo de complicaciones. El uso de esta técnica mínimamente invasiva evita resecciones quirúrgicas que conllevan un aumento en la morbimortalidad en este grupo de pacientes.



TO - COLON Y RECTO

0047 - LA EDAD Y SEXO MASCULINO SON FACTORES ASOCIADOS A LA DETECCIÓN DE NEOPLASIA AVANZADA COLORRECTAL EN PACIENTES QUE PARTICIPAN EN PROGRAMA DE CRIBADO DE CCR

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

CARLINO, Yanina | DIEHL, Fernando | BOLOMO, Andrea | QUINTANA, Cecilia | BERTOLA, Silvia | GONZALEZ, Roxana | HIGA, Mariano | BALDERRAMO, Domingo

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

Introducción: Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es la tercera causa de muerte por cáncer en ambos sexos en Sudamérica según los datos de la OMS. La proyección en Argentina en 2020 muestra un aumento previsto de la incidencia a 15.700 nuevos casos en ambos sexos. La colonoscopia es un método de cribado de CCR aceptado en varios países, incluido Argentina. Existen pocos datos publicados sobre las variables asociadas a la detección de neoplasia avanzada colorrectal (NA-CR) en Sudamérica. El objetivo del estudio fue analizar los factores asociados a la detección de NA-CR en pacientes con riesgo estándar, que participan en un programa de cribado de CCR por medio de colonoscopia. **MÉTODOS:** Se analizaron 725 colonoscopias realizadas entre mayo 2014 y marzo 2016 por cribado de CCR en población con riesgo estándar en el Hospital Privado Universitario de Córdoba. Se incluyeron solo pacientes en los que se realizó la primera colonoscopia de cribado de CCR y que no tenían estudio previo de sangre oculta en materia fecal. Se analizaron las variables demográficas y los hallazgos de la exploración endoscópica [tasa de detección de adenoma (TDA), catálisis cecal y complicaciones asociadas al procedimiento]. Se consideró NA-CR a lesiones de más de 10 mm, con componente vellosos o con displasia de alto grado o carcinoma. Se realizó un análisis multivariado para determinar los factores asociados a la detección de NA-CR con el programa estadístico SPSS v 19. **RESULTADOS:** La edad media de los pacientes incluidos fue 61 años (DE: 8,04 años). La tasa de intubación cecal fue del 96,3%. Se excluyeron 33 (4,65%) pacientes por preparación deficiente (escala de Boston < 6) por lo que finalmente se incluyeron 692 pacientes en el análisis. No se observaron complicaciones asociadas al procedimiento en

ningún paciente. La TDA fue del 20,8%, siendo más alta en hombres que mujeres (28,4% vs. 14,4%, P<0,001). No hubo diferencia en la TDA respecto a la presencia de diabetes u obesidad. El diagnóstico de NA-CR se realizó en el 6,1% de los pacientes incluidos. El sexo masculino [OR: 2,52; IC95% (1,30-4,89), P=0,006] y la edad >60 años [OR: 2,00 (1,01-3,99), P=0,049] fueron los únicos factores independientes asociados a la presencia de NA-CR. **CONCLUSIONES:** La edad mayor de 60 años y el sexo masculino son factores independientes asociados a la detección de NA-CR en pacientes con riesgo estándar que participan en programa de cribado de CCR por medio de colonoscopia.

TO - COLON Y RECTO

0051 - ASPIRIN USE IS ASSOCIATED WITH A LOWER RISK OF SERRATED ADENOMAS

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

LASA, Juan | GÁNDARA, Silvina | SPALLONE, Liliana | LEIBOVICH, Natalia | AHUMADA, Maria Cruz | JEANNOT, Joaquin | VILLARROEL, Mariano | TRELLES, Felix | BERMAN, Saul | ZAGALSKY, David

INSTITUTO QUIRURGICO DEL CALLAO

Introducción: BACKGROUND: Serrated adenomas represent an important pathway for the development of colorectal cancer. They are usually located in the right colon and are linked to a distinct molecular abnormality. Aspirin use may be associated with a lower risk of colorectal cancer and adenomas. However, there is little evidence regarding the impact that aspirin use may have on serrated adenoma risk AIM: To determine the association between serrated adenoma prevalence and aspirin use. **MATERIALS AND METHODS:** From June 2012 to August 2015, colonoscopies performed in our endoscopy unit were reviewed. Patients with at least one serrated adenoma were identified and regarded as cases. These patients were compared against patients who underwent screening colonoscopy for the first time and did not have any polyps found. Controls were selected on a 1:1 ratio. Aspirin use was compared between groups. Also, other potential risk factors such as demographic features, obesity, tabaquism and family history of colorectal cancer were compared. Univariate analysis was initially performed. A multivariate analysis including those variables with a p value of <0.1 in univariate analysis was finally performed following a logistic regression model. **RESULTS:** Overall, 113 patients with at least one serrated adenoma were enrolled, as well as 113 controls. There were no significant differences in terms of gender and age distribution between groups. As previously reported, tabaquism was more frequent among serrated adenoma patients (45.13 vs 20.35%, OR 3.21 (1.74-5.93)). Aspirin use was significantly less frequent in the serrated adenoma group (7.96 vs 20.35%, p 0.008). In multivariate analysis, both tabaquism and lack of aspirin use were significantly more frequent in the serrated adenoma group [OR 3.62 (1.94-6.75) and OR 0.29 (0.12-0.69), respectively]. **CONCLUSION:** Aspirin use may have a significant impact in lowering the risk of serrated adenoma development.

TO - COLON Y RECTO

0052 - EFICACIA Y TOLERANCIA COMPARATIVA DE LA PREPARACION CON PICOSULFATO DE SODIO Y POLIETILENGLICOL+BISACODILO: UN ESTUDIO PILOTO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

LASA, Juan | GANDARA, Silvina | SPALLONE, Liliana | DI PAOLA, Leandro | VILLARROEL, Mariano | BUTIERREZ, Federico | TRELLES, Felix | LEIBOVICH, Natalia | BERMAN, Saul | ZAGALSKY, David

INSTITUTO QUIRURGICO DEL CALLAO

Introducción: INTRODUCCION: La limpieza colónica es de suma relevancia para la exploración adecuada de la mucosa del colon. No hay evidencia concluyente acerca de la mejor alternativa terapéutica como purgante para este fin. Existen pocos trabajos que comparen el uso de sales de picosulfato de sodio con polietilenglicol, con resultados heterogéneos. **OBJETIVO:** Comparar la eficacia, la seguridad y la tolerancia de las preparaciones a base de picosulfato de sodio versus polietilenglicol con bisacodilo en pacientes sometidos a videocolonoscopia. **MATERIALES Y METODOS:** Se llevó a cabo un estudio piloto comparativo aleatorizado y simple ciego en pacientes que acudieron a nuestro servicio de Gastroenterología para realizarse una videocolonoscopia. En forma aleatorizada, los pacientes mayores de 18 años que accedieron a participar fueron aleatorizados a recibir como preparación previa un esquema con picosulfato de sodio+óxido de magnesio+ácido cítrico (PS) o bien un esquema con polietilenglicol+ bisacodilo (PB). La administración de las medicaciones fue hecha de manera central por personal administrativo para mantener

el ciego de los médicos involucrados en el estudio. Asimismo, se le entregó a cada paciente un cuestionario para determinar la dificultad en la toma del purgante, su palatabilidad y la frecuencia de eventos adversos. Los médicos endoscopistas realizaron las endoscopías sin conocer la preparación recibida en cada caso. Se consignaron los siguientes datos: tasa de llegada al ciego, presencia de adenomas de colon, obesidad, tabaquismo, antecedentes familiares de cáncer colorrectal, motivo del estudio y se calculó el score de Boston detallando el puntaje por segmentos. Se realizó previo al inicio del estudio, un cálculo del coeficiente kappa para estimar la concordancia en la asignación de puntaje de limpieza del colon entre los endoscopistas involucrados, el cual arrojó un nivel de concordancia bueno (coeficiente kappa= 0.77). Se comparó el score de Boston total y el sub-score de Boston del colon derecho. Se utilizó el test de Mann-Whitney o el test t de Student para la comparación de variables numéricas y el test de Fisher para la comparación de variables categóricas. Se consideró como significativo a un valor de p menor de 0.05. RESULTADOS: A modo de estudio piloto, se enrolaron 40 pacientes: 19 en la rama PB y 21 en la rama PS. Del total, 75% correspondieron al sexo femenino con una mediana de edad de 53 años (rango 30-72); 50% se realizaron la colonoscopia por pesquisa de cáncer colorrectal. La mediana de score de Boston fue de 8 (rango intercuartil 25-75% 7-9) y la tasa de detección de adenomas, del 32.5%. En total, 62.5% de los pacientes presentó algún efecto adverso con la toma del purgante, siendo los más frecuentes las náuseas y cólicos abdominales. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al grado de limpieza del colon en forma global así como del colon derecho entre los grupos (p 0.09 y 0.7 respectivamente). Asimismo, no se encontraron diferencias en la tasa de detección de adenomas (26.32 vs 38.10%, p 0.4). El PS fue mejor tolerado, con una mayor palatabilidad (OR 4.4 (1.01-19.02), p 0.02). Sin embargo, no hubieron diferencias en cuanto a la frecuencia de eventos adversos relacionados con la toma de ambos (68.42 vs 57.14%, p 0.4). CONCLUSIÓN: La preparación con Picosulfato de sodio presentó la misma eficacia que el polietilenglicol más bisacodilo. Si bien el picosulfato de sodio fue mejor tolerado con un mejor sabor referido por los pacientes, la frecuencia de eventos adversos menores relacionados con la toma del purgante fue similar en ambos grupos.

TO - COLON Y RECTO

0053 - EFECTO DE LAS ENDOSCOPIAS SUCEсивAS EN LA TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS Y POLIPOS

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

Unidad Temática 2: Gastro: Colon y recto

LASA, Juan | OLIVERA, Pablo | MOORE, Rafael | PERALTA, Daniel | FANJUL, Ignacio | ZUBIAURRE, Ignacio | DIMA, Guillermo | SOIFER, Luis
CEMIC

Introducción: Introducción: el objetivo de las colonoscopias (CC) de screening es detectar y resear pólipos adenomatosos, y por lo tanto detener su progresión a adenocarcinoma. Numerosos factores afectan la calidad de las CC, entre los cuales la tasa de detección de pólipos (TDP) y particularmente la tasa de detección de adenomas (TDA) son de los más relevantes por su comprobada relación con la aparición de cáncer de intervalo. Objetivo: evaluar el impacto de endoscopias sucesivas en la TDA. Pacientes y métodos: se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, incluyendo pacientes consecutivos a los cuales se les realizó estudios endoscópicos desde enero 2012 hasta agosto 2014 en CEMIC, por 4 endoscopistas experimentados. Los sujetos fueron identificados usando una base de datos de informes endoscópicos, donde se constataba la detección de pólipos, la llegada a ciego y la preparación colónica (Escala de Boston). Se determinó la presencia de adenomas, mediante la revisión de informes de histopatología de pólipos extraídos o biopsiados. Los estudios endoscópicos fueron clasificados según su "lugar en la cola" del turno en 3 grupos: desde el 1er al 4to estudio (tanda 1), desde el 5to al 8vo estudio (tanda 2), por arriba del 9no estudio (tanda 3). Se comparó la TDP y la TDA de las CC realizadas en cada tanda. Resultados: se incluyeron 4454 colonoscopias, de las cuales 40.89% corresponden a la tanda 1, 36.67% a la tanda 2 y 22.44% a la tanda 3. No hubo diferencias significativas con respecto a sexo, edad, preparación colónica, tasa de intubación cecal entre las tandas. La TDP fue de 36.83% para la tanda 1, 41.24% para la tanda 2 y 43.38% para la tanda 3, habiendo una diferencia estadísticamente significativa entre la tanda 1 y la 3 (p=0.007). La TDA fue de 23.20% para la tanda 1, 25.71% para la tanda 2 y 26.78% para la tanda 3, habiendo una tendencia no estadísticamente significativa entre la tanda 1 y 3 (p=0.07). No hubo diferencias en la detección de adenomas avanzados entre tandas. Conclusiones: las endoscopias sucesivas parecen tener un efecto beneficioso en la TDP y TDA.

TO - COLON Y RECTO

0056 - PÓLIPOS SERRATOS: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

HOFFMANN, Pablo | CANSECO, Sandra | BOLINO, Maria Carolina | REBAY, Mercedes | FIGUEREDO, Ricardo | KIRSCHBAUM, Fernando | SÁNCHEZ, Christian | DUMONCEAU, Jean Marc | CERISOLI, Cecilio Luis | CARO, Luis
GEDYT

Introducción: Los pólipos serratos (PS) son responsables de un 20-35% de los tumores colorectales, constituyendo un importante problema de salud pública. En los últimos años postularon como factores de riesgo al tabaquismo (TBQ), y, aunque controvertidos, a la obesidad y el sexo femenino. Hay tres categorías de PS: pólipo hiperplásico (PH), lesión serrata sétil (LSS) y adenoma serrato tradicional. Objetivos: 1.Describir la frecuencia de PS en general y de LSS, en particular, en pacientes que se realizan una videocolonoscopia (VCC); 2. Identificar variables relacionadas con la presencia de PS. Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional de corte transversal. Se incluyeron pacientes mayores a 18 años que se realizaron una VCC entre noviembre 2015 y abril 2016. Se excluyeron estudios incompletos, antecedentes de cirugía colónica, enfermedad inflamatoria intestinal y/o con preparación colónica inadecuada. Se calcularon Odds Ratios (OR) con intervalos de confianza (IC) para el 95% por regresión logística múltiple. Se consideró significativo un valor de p < 0,01. Resultados: Se analizaron 6.634 VCC en 3.891 mujeres y 2.743 varones; la edad promedio fue de 56,7±12 años. En 4.782 estudios (72,08%) no se encontraron pólipos. Se identificaron 2.202 pólipos en 1.852 estudios: 1365 (62%) adenomas; 822 (37,33%) PS y 15 (0,67%) otros. La prevalencia de LSS fue de 2,73% (181/6.634). Se comparó el grupo de 667 pacientes con PS contra 2.716 pacientes tomados en forma aleatoria del grupo sin pólipos y las variables relacionadas con PS en forma estadísticamente significativas fueron sexo masculino (OR 1,34; IC 1,12-1,60; p<0,001), índice de masa corporal >30 kg/m2 (OR 1,75; IC 1,37-2,23; p<0,001) y TBQ (OR 2,01; IC 1,61-2,52; p<0,001). Al comparar el grupo de 667 pacientes con PS contra el grupo de 1.161 pacientes con adenomas, las variables estadísticamente significativas fueron: sexo femenino (OR 1,37; IC 95% 1,13 - 1,68; p=0,002), edad>65 años (OR 0,72; IC 95% 0,58-0,89; p=0,003) y TBQ (OR 1,82; IC 95% 1,40-2,36; p<0,001). Conclusiones: La frecuencia de PS fue similar a lo reportado en otras series. El grupo con PS fueron con más frecuencia varones con sobrepeso y tabaquistas que aquellos sin pólipos. Los pacientes con PS eran más jóvenes, con mayor frecuencia mujeres y tabaquistas que los pacientes con adenomas.

Grupos de pacientes	Sin pólipos (n=4782)	Adenomas (n=1161)	Serratos (n=679)
Sexo femenino	2.983 (62,38%)	537 (46,25%)	366 (53,9%)
Edad (años)	55,5 ± 12,8	60,35 ± 10,98	58,45 ± 11,06
Edad > 65 años	1.072 (22,42%)	201 (29,60%)	406 (34,97%)
Índice de masa corporal 25-30 kg/m²	1.861 (38,92%)	510 (43,93%)	295 (43,45%)
Índice de masa corporal > 30 kg/m²	709 (14,83%)	244 (21,02%)	144 (21,21%)
Tabaquismo	526 (11%)	139 (11,97%)	137 (20,18%)
Consumo de ácido acetil salicílico	278 (5,81%)	102 (8,79%)	55 (8,1%)
Diabetes	216 (4,52%)	70 (6,03%)	41 (6,04%)

TO - COLON Y RECTO

0115 - NEOPLASIA DETECTION DURING COLONOSCOPIC SURVEILLANCE OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE: DO ENDOSCOPIST AND ENDOSCOPIE CHARACTERISTICS MATTER?

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

GONZALEZ, Raquel Analía | PEREYRA, Lisandro | OMODEO, Mariana | GOMEZ, Estanislao Jesus | MELLA, Jose Manuel | PANIGADI, Guillermo Nicolas | FISCHER, Maria Carolina | ROEL, Mariela | VIZCAINO, Beatriz | HADAD, Adrian Ramon | CIMMINO, Daniel Gustavo | PEDREIRA, Silvia Cecilia | BOERR, Luis Alberto
HOSPITAL ALEMÁN

Introducción: Introduction: Patients with inflammatory bowel disease (IBD) and long-standing colitis have an increased risk of developing colonic neoplasia. Whether endoscopist's characteristics and surveillance techniques can increase the detection of dysplasia in clinical practice is still unknown. Aim: To evaluate the detection of dysplasia during colonoscopic surveillance of IBD patients according to endoscopist's characteristics and surveillance techniques. Methods: A retrospective study was conduc-

ted using the Gastroenterology, Endoscopy and Pathology electronic data base of a teaching community hospital. Adult patients with Ulcerative Colitis and Crohn's colitis who had undergone a surveillance colonoscopy between January 2004 and October 2015 were included. The established surveillance protocol consisted of random segmental biopsies in addition to targeted biopsies of macroscopic lesions. Data on endoscopist specialization (gastroenterologist vs coloproctology) and experience (> or < 5000 cases) as well as surveillance technics (chromoendoscopy, number of biopsies) were collected. Adequacy of colonic cleansing and the type of colonoscope used (Standard-Definition (SD) and High Definition (HD) White Light) were also recorded. The percentage of dysplastic lesions was compared among different groups using the pearson's X2 annalysis. A p value less than 0.05 was considered statistically significant. Results: A total of 383 surveillance colonoscopies were performed in 139 patients (16: CD and 123: UC). The mean follow-up time was 18 years (range 8-48). Nine patients (6.47%) developed a total of 58 separate dysplastic lesions (11 HGD and 48 LGD) and 5 colorectal cancers accounting for a total of 36/383 (9.3%) colonoscopies with dysplasia. Dysplastic lesion detection was higher among surveillance colonoscopies performed with HD colonoscopes 12/72 (16%) than those performed with SD 23/311 (7%) p 0.02, RR 2.46 (CI 1.09-5.50). There were no other significant differences regarding all other characteristics evaluated (endoscopist specialization and experience, chromoendoscopy, adequacy of colonic cleansing). Conclusion: In this retrospective study we observed a higher dysplasia detection rate using HD colonoscopes. Hence, the performance of IBD surveillance programs may be influenced by the quality of the endoscopic equipment used.

TO - COLON Y RECTO

0116 - FECAL IMMUNOCHEMICAL TEST DIAGNOSTIC PERFORMANCE IN DIFFERENT RISK GROUPS BASED ON COLONOSCOPY FINDINGS

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

OMODEO, Mariana | PEREYRA, Lisandro | GOMEZ, Estanislao Jesus | GONZALEZ, Raquel Analia | MELLA, Jose Manuel | PANIGADI, Guillermo Nicolás | ROEL, Mariela | FISCHER, Maria Carolina | BUN, Maximiliano | MIRAVALLE, Omar Ruben | GUALDRINI, Ubaldo | PEDREIRA, Silvia Cecilia | BOERR, Luis Alberto | CIMMINO, Daniel Gustavo

HOSPITAL ALEMÁN

Introducción: BACKGROUND: Fecal immunochemical testing (FIT) is increasingly used for colorectal cancer (CRC) screening. Further evaluation of the association between the characteristics of lesions and FIT findings in a screening population would improve the understanding of the performance of FIT. AIMS: To investigate whether FIT findings vary depending on the characteristics of colonic lesions. METHODS: In this prospective study, all asymptomatic average-risk individuals scheduled for screening colonoscopy were requested to provide one stool sample before the exam. We used a qualitative FIT manufactured by ABONTM Biopharm (Hangzhou) co., Ltd., without diet or medication restrictions. The lower limit of hemoglobin detected by this test is 50 ng/ml. We stratified patients into different risk groups according to the colonoscopy findings as follows: no polyps; small (<10 mm) hyperplastic polyps (HP) in rectum or sigmoid; 1-2 small (<10 mm) tubular adenomas (TA); 3-10 small TA; one or more TA > 10 mm; one or more villous adenomas; and advanced neoplastic lesions (>10 mm, villous histology or high grade dysplasia). Serrated lesions: sessile serrated adenoma(s) < 10 mm, sessile serrated adenomas(s) >10 mm, traditional serrated adenoma (TSA), serrated polyposis syndrome (SPS) and CRC. The FIT positivity rate and sensitivity, specificity, and accuracy (AC) were estimated for the different risk groups. A p value < 0.05 was considered statistically significant. RESULTS: Of a total of 300 individuals invited, 273 (91%) returned the FIT kit with adequate stool sample and completed their colonoscopy. Mean age was 56.9 (40-85) years and 54% were males. In 48/273 individuals (17.6%) the FIT was positive. Based on colonoscopy findings, FIT was positive in: 4/31 (12%), 10/48 (21%) and 2/14 (15%) of patients with small (<10 mm) HP in rectum or sigmoid, 1-2 small (<10 mm) TA and of those with 3-10 TA, respectively. When one or more TA > 10 mm were present, FIT was positive in 8/20 (40%). Patients with one or more villous adenomas were FIT positive in 5/9 (55%), and 8/22 (36%) had at least one advanced neoplastic lesion (ANL). Regarding sessile serrated adenomas, FIT was positive in 3/15 (20%) of those with polyp(s) < 10 mm. No FIT was positive in patients with: polyp(s) > 10 mm, TSA and SPS. Three of 4 (75%) patients with CCR have a positive FIT test. FIT diagnostic precision for risk groups based on colonoscopy findings (Table 1.). Accuracy was higher among patients with one or more TA > 10 mm (AC 80%, p 0.005), one or more villous adenomas (AC 83% p 0.001), ANL (AC 80%; p 0.012) and CCR (AC 85% p 0.001). CONCLUSIONS: Our study suggests that FIT is more accurate for the detection of TA > 10 mm and/or villous compound, ANL and CRC as compared to small adenomas and sessile serrated adenomas in asymptomatic patients referred for colonoscopy.

Colorectal neoplastic lesions	Sensitivity (95 % IC)	Specificity (95 % IC)	Accuracy	p
Small (< 10 mm) hyperplastic polyps (HP) in rectum or sigmoid	0% (0-10)	95% (95-97)	71%	0.6
1-2 small (< 10 mm) tubular adenomas	33% (18-79)	75% (73-79)	69%	0.2
3-10 small tubular adenomas	9% (1-20)	90% (89-93)	79%	0.9
1 or more tubular adenomas ≥ 10 mm	28% (15-43)	90% (88-94)	80%	0.005
1 or more villous adenomas	16% (5-28)	96% (93-98)	83%	0.001
Sessile serrated adenomas	14% (4-31)	87% (85-90)	76%	0.9
Advanced neoplastic lesions	29% (15-45)	89% (86-92)	80%	0.012
Colorectal cancer	75% (22-98)	83% (82-84)	85%	0.001

TO - COLON Y RECTO

0117 - ¿CUÁL ES LA TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMA EN VIDEOCOLONOSCOPIA DE SCREENING PARA CÁNCER COLORRECTAL EN UN CENTRO DE ENTRENAMIENTO ENDOSCÓPICO?

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

Unidad Temática 2: Gastro: Colon y recto

GIRAUDO, Florencia(1) | VITALE, Luisina(1) | FAJARDO, Oscar(1) | MARTINEZ, Emiliana Rocio(1) | CORREA, Gustavo Javier(1) | GARAVENTO, Leonardo(1) | GARBI, Laura(1) | VILLAVERDE, Augusto(1) | FASANO, Maria Victoria(2) | CHOPITA, Nestor(1)

HIGA SAN MARTIN LA PLATA (1); INSTITUTO DE DESARROLLO E INVESTIGACIONES PEDIÁTRICO (IDIP), HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA, CICPBA (2)

Introducción: Introducción: el cáncer colorrectal (CCR) en Argentina es el segundo cáncer más frecuente, representa el 12% de las muertes por tumores malignos. La mayoría de los CCR surgen de lesiones adenomatosas por una vía conocida adenoma-carcinoma. La detección de lesiones precursoras por método de screening es importante para la prevención y tratamiento oportuno del CCR. La videocolonoscopía (VCC) es un método de screening que presenta alta sensibilidad diagnóstica y permite la resección de lesiones detectadas. La eficacia de este método depende de múltiples indicadores de calidad en endoscopia, siendo la tasa de detección de adenoma (TDA) uno de los más importantes. La TDA depende de otras medidas de calidad, como la intubación cecal, la preparación colonica, el tiempo de retirada y la experiencia del endoscopista. Según las recomendaciones de las guías internacionales el valor objetivo de la TDA, debe ser: TDA global mayor o igual a 25%, y mayor o igual a 20 % para mujeres, y mayor igual a 30% para los hombres. Objetivo: conocer la TDA en VCC como primer método de screening para CCR en población de riesgo promedio, en el Servicio de Gastroenterología del HIGA San Martín- La Plata - Centro de entrenamiento endoscópico de la WGO, desde enero 2012 hasta diciembre 2015. Pacientes y método: estudio descriptivo retrospectivo. Se analizó la TDA global y ajustada por sexo, el índice de detección de adenomas (IDA), considerando que es un centro de entrenamiento endoscópico se analizó la TDA en las dos etapas formativas en VCC, las características de las lesiones detectadas y el segmento colonico con más frecuencia de adenomas y adenomas de alto riesgo. El análisis estadístico se realizó mediante el test de chi cuadrado. Resultados: en 626 pacientes, se detectaron 167 con al menos un adenoma. La TDA global fue 26,7% y ajustada a sexo fue 23,09% en mujeres y 33,3% en hombres; el IDA de 42,33%. La TDA en la primera etapa de formación fue 27,1% y en la segunda 26,1% sin asociación significativa entre las etapas y la TDA. Se resecaron un total de 265 adenomas, 226(85%) lesiones elevadas. La frecuencia de localización fue 76(45.5%) en colon derecho, 75(44.9%) en colon izquierdo, 35(21%) en colon transversal y 23(13.8%) en recto. De los adenomas resecados 64(38.3%) tienen alguna característica de alto riesgo, de los cuales la localización en colon izquierdo presento una asociación estadísticamente significativa para adenoma de alto riesgo [p<0.0001; OR= 4.05;(2.09 - 7.85)]. Conclusión: La TDA global y ajustada por sexo, son equiparables a las recomendadas por las guías internacionales. Las etapas formativas sujetas a un observador experimentado, no influyen en la TDA. En nuestra experiencia la localización más frecuente de adenomas fue el colon derecho, sin embargo los adenomas de colon izquierdo presentaron asociación significativa para adenoma de alto riesgo.

TO - COLON Y RECTO

0190 - LIMPIEZA COLÓNICA, LO IMPORTANTE NO ES QUE USO, SINO A QUE HORA LO USO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)
Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

SERRANO, Eva | AGUILERA, Federico | CITTADINI, Julieta | MIRAVALLE, Omar | ARIAS, Jorge | LUMI, Carlos Miguel | CAMPITELLI, Esteban Hugo
CENTRO PRIVADO DE CIRUGÍA Y COLOPROCTOLOGÍA

Trabajo: Introduccion: La limpieza del colon es vital para un estudio de calidad. Más si este se realiza por screening. Hemos analizado las distintas variables que influyen en una correcta limpieza de manera prospectiva en pacientes incluidos para pesquisa de ccr, separados en 3 grupos según la preparación usada, siendo cada uno de ellos analizado con la escala de Boston, según el horario de ingesta y se les realizó una encuesta de satisfacción para evaluar tolerancia y aceptación. Material y Métodos: Se incluyeron 600 pacientes en 3 grupos de manera prospectiva durante 9 meses. PEG, fosfato monosódico y disódico, picosulfato de sodio y citrato de magnesio, por ser los más usados en la práctica diaria. Se evaluó la calidad de limpieza con la escala de Boston por ser fácil de implementar. Para el análisis se separaron los pacientes grupo matutino, 8 a 13 y vespertino de 13 a 18. Se les realizó una encuesta de satisfacción y tolerancia previa al estudio, con una escala de 0 no tolerada a 5 excelente. La encuesta fue obtenida del sitio survey monkey®. Se interrogó sobre 1-el grado de tolerancia del producto suministrado 2- si el volumen influyó en la tolerancia 3-si influyó el sabor y volumen en la tolerancia. Finalmente se analizó el cumplimiento de las indicaciones con especial interés en los horarios de ingesta según el turno asignado. Los pacientes de los grupos, PEG, FOSFO y PICO cuando no pudieron ser incluidos en la preparación a la que habían sido asignadas, por intolerancia conocida, por hipertensión arterial o función renal alterada, o alergia conocida a los componentes o preferir, no recibir dicha preparación, fueron excluidos, pero el grupo asignado se respetó en el siguiente paciente incluido que estaba en condiciones de recibir la preparación asignada. Así el número de individuos asignado para el grupo PEG fue de 206, el del FOSFO 211 y el de PICO 202. Siendo las causas más frecuentes, la imposibilidad de tolerar un volumen de líquido amplio, la hipertensión arterial, el deterioro de la función renal y la alergia o intolerancia conocida a uno o más componentes de la preparación. Finalmente quedaron del grupo A PEG 200 de ITT y 187 de PPA ya que se excluyeron de la evaluación los pacientes que no habían terminado por lo menos el 75% del volumen de preparación asignado (13), en el B FOSFO 200 de ITT y 189 de PPA ya que 11 individuos no pudieron tomar o completar o estar seguros de haber completado uno de los dos frascos de la preparación (11) y C PICO 200 ITT y 195 de PPA, siendo el motivo el haber fraccionado la segunda toma, por haber interpretado que la respuesta había sido suficiente (5). Discusión: La literatura sugiere como aceptable una tasa de fracaso en la limpieza de 20 a 23%. Los tres grupos se encontraron por debajo de dicha tasa, 19% para el A y 22% los B y C. La tolerancia y aceptación fue significativa a favor del grupo C, ya que el sabor y el volumen ayudó al cumplimiento. De las variables analizadas en el trabajo, las más influyentes han sido. El volumen de ingesta de la preparación, el sabor de las preparaciones, el horario de realización del estudio y el cumplimiento de los horarios asignados. Los fracasos se han asociado a la mala interpretación de las indicaciones, a la asignación incorrecta de los horarios de ingesta de la preparación, a los cambios intempestivos de horarios asignados. Conclusiones: El sabor y volumen de las preparaciones influyen en la tolerancia y aceptación de las mismas, pero el fracaso en la limpieza colónica en nuestra población estudiada se vio influenciado por el horario de asignación, beneficiado cuando parte de la ingesta se realizó el mismo día del estudio, por el cumplimiento de las pautas asignadas y sensiblemente evitar la reasignación de los turnos asignados, sin adecuar los horarios de ingesta de la preparación. Creemos que asignar tres turnos podría mejorar aún más los resultados.

TO - COLON Y RECTO

0210 - ESTUDIO DE LA FRECUENCIA, DISTRIBUCIÓN Y RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE PÓLIPOS CON DISPLASIA DE ALTO GRADO(DAG) MEDIANTE COLONOCOPIA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)
Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

ARCO, Mauricio | PELLIZZONI, Mónica Solange | PASTORINO, Martín | CONO-SCIUTO, Juan | ROMAN, Hector Osvaldo | SABAS, Martín | FANJUL, Veronica | HIGA, Roberto | LOZZI, Ruben Darío
CLINICA COLON. MAR DEL PLATA

Trabajo: INTRODUCCION La principal secuencia en el desarrollo de cáncer colorectal es a través de la progresión de adenomas con displasia de bajo grado a alto grado hacia adenocarcinoma. Los pólipos adenomatosos son más frecuentes en el colon distal, mientras que los serratos en el colon proximal. La colonoscopia es el mejor método para la detección de estas lesiones preneoplásicas. OBJETIVO: Evaluar la frecuencia de detección de pólipos con displasia de alto grado y su distribución según sexo, edad y localización en la población estudiada en un centro privado en un periodo de más de 5 años. MATERIAL Y METODOS Se analizaron los estudios realizados entre los años 2010 hasta abril de 2016 tomando en cuenta la base de datos del servicio de Gastroenterología y Anatomía

Patológica de nuestra Institución. Se evaluó la tasa de detección de pólipos con displasia de alto grado y la frecuencia de distribución de acuerdo a sexo, edad, localización, clasificación de Haggitt, bordes de resección y concomitancia de lesiones sincrónicas. Los datos se analizaron con el programa estadístico Epi Info 7.1.5 RESULTADOS En el periodo de estudio se realizaron en total 11.981 videocolonoscopias con 3655 polipectomías endoscópicas(30.5 %) y 236 mucosectomías(1.96%). Se diagnosticaron 550 pólipos con DAG en 496 pacientes. La edad media fue de 62 ± 7 años, siendo el 59.6 % del sexo masculino Los pólipos se localizaron en colon derecho en el 17%, ángulo hepático, colon transverso 7%, y en colon izquierdo 76%. Un 54% fueron adenomas túbulo vellosos, un 31% tubulares, un 14,50% vellosos y un 0,5% serratos. Los bordes de resección estuvieron libres de Displasia en el 55%, en contacto con DBG en un 13% y con DAG 2%. El 29% de las lesiones fueron resecadas con técnica de piecemeal por lo que no pudo evaluarse los bordes. Un 97% presento nivel de invasión de Haggitt 0, el 3% restante corresponde a los niveles 1, 2, 3 y 4. Solamente un 9% de los pacientes con DAG tenían otro pólipo con DAG, un 25% presentó pólipos con DBG asociado y un 22% tuvo pólipos hiperplásicos sincrónicos. Un 12,5% de los pólipos tenía un adenocarcinoma (78% intramucoso y 22% infiltrante). CONCLUSIONES La tasa de detección de pólipos adenomatosos mediante la resección endoscópica de los mismos se encuentra dentro de los parámetros adecuados de diagnóstico. Los pólipos con displasia de alto grado fueron mas frecuentes en el sexo masculino y en el segmento distal del colon. Además, observamos una baja prevalencia de adenomas serratos. Enfatizamos la importancia de la videocolonoscopia como método diagnóstico de lesiones en etapa precoz.

TO - COLON Y RECTO

0218 - USO DE STENTS EN PATOLOGÍA COLÓNICA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)
Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto
Unidad Temática 2: Gastro: Colon y recto

AGUILAR, Francisco(1) | BURLANDO, Eduardo(2) | GIANINETTI, Leonardo(2) | IMHOF, Hugo(2) | PIERINI, Angel(2)
HOSPITAL J.B ITURRASPE (1); HOSPITAL J.B ITURRASPE (2)

Trabajo: ANTECEDENTES: La mayoría de las estenosis colónicas son por cáncer de colon El cáncer occlusivo tiende a ser de estadios mas avanzados que el no occlusivo y el 40% presenta metástasis. El 75% se da en el colon izquierdo OBJETIVO: Mostrar nuestra experiencia y analizar nuestros resultados en el uso de stents en patología colónica, analizando: indicaciones - eficacia técnica - morbilidad - costos DISEÑO: Ensayo retrospectivo, descriptivo y analítico MATERIAL Y METODO: Pacientes sometidos a colocación de stent colonico metalicos auto expansibles en la sección de videoendoscopia digestiva del servicio de Cirugía General del Hospital J. B. Iturraspe periodo Enero 2011 - Diciembre 2015. Se utilizo técnica combinada endoscópica - fluoroscópica, la elección del tipo de stent dependía de cada caso en particular. Fueron sometidos 43 pacientes a la colocación de stent colónico 25 pacientes (58.33%) corresponden al sexo masculino y 18 pacientes (41.66%) son de sexo femenino. El rango etáreo de la muestra fue de 19 - 93 años con una media de 48.5 años. La etiología fueron malignas en 37 casos (86 %), benignas en 4 casos (9%) y extrínseca en 2 casos (5%). RESULTADOS: Se colocó exitosamente en el 100% de los casos, con un éxito funcional en el 93% de los casos. Las complicaciones y morbilidad fue en un 9,3 %. El costo total fue menor comparandolo con la cantidad de días de internación que conlleva una cirugía. CONCLUSIONES: La colocación de stents colónicos es efectiva para el tratamiento de la oclusión colónica aguda. Puede ser usada como tratamiento previo a cirugía resectiva y como tratamiento paliativo definitivo en casos seleccionados. Parece ser costoefectiva comparada con la colostomía como método de desobstrucción colónica. Las tasas de complicaciones son altas especialmente cuando se usa como tratamiento definitivo. La dilatación previa aumenta las tasas de migración y perforación. Cuando se usa previo a cirugía, ésta debería realizarse entre los 7 y 30 días de la colocación del stent. El uso en patología benigna es controversial y está reservado a casos muy seleccionados.

TO - COLON Y RECTO

0226 - INFLIXIMAB (IFX) EN LA COLITIS ULCEROSA (CU) MODERADA-SEVERA: COMPARACIÓN ENTRE ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO REGLADO Y ESTRATEGIA PUENTE

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)
Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

SAMBUELLI, Alicia(1) | BELLICOSO, Maricel(1) | NEGREIRA, Silvia(1) | GONCALVES, Silvina(1) | GIL, Anibal(1) | HUERNOS, Sergio(1) | TIRADO, Pablo(1) | SALAZAR, Guillermo(1) | HENSEL, Alejandro(1) | GERMAN, Andres(1) | CHAVE-RO, Paula(1) | CABANNE, Ana(2)

Trabajo: INTRODUCCION: La CU es potencialmente severa, puede comprometer la calidad de vida y requerir colectomía. Los inmunosupresores y biológicos son herramientas fundamentales para pacientes complejos. El tratamiento biológico tiene costo elevado. El estudio ACCENT demostró que en la enf de Crohn (EC) infusiones de IFX regladas vs. episódicas se asocian con mayor eficacia al mantenimiento y menor requerimiento de cirugías y corticoides. En la CU, dificultades históricas de acceso económico habían condicionado a nuestro centro de EII, a usar IFX en el cuadro agudo y continuar con tiopurinas en los pac. 6MP/AZA naïve, estrategia que en la CU no se comparó con la indicación de IFX reglado sistemática que realizamos actualmente. OBJETIVOS: comparar en la CU moderada a severa los resultados (retrospectivos) de inducción con IFX en pac. tiopurina naïve continuando con tiopurinas vs. similar inducción seguida de IFX reglado. MATERIAL Y METODOS: se incluyeron las CU con actividad moderada a severa tratadas con IFX en un centro de EII (2006 a 2015) y se compararon cirugías, recaídas y requerimiento de esteroides (curvas de sobrevida) entre dos estrategias: IFX puente seguido de tiopurinas - sobrevida hasta la recaída o corticoides (posterior reintroducción si accesible ante recaída moderada-severa) vs. IFX reglado (con posibilidad de optimización). Evaluación Mayo score total (parcial al seguimiento) de un estudio previo. RESULTADOS: Identificadas 135 CU (H 60, M 75, Edad (media±DS) 35,9±13,2, T. de evolución 5,8±5,9 años, Extensión: extensas 58,5% (n 79), Izq 41,5%, Actividad: severa 78,5% (n 106), moderada 21,5%, Mayo score (media) 10,1±1,8, Ulceras profundas: 67,4% (n 91). Eran no respondedores primarios (hasta sem 12) 25 pac. (18,5%) no considerados en la comparación de las estrategias de mantenimiento. Respondieron a la inducción 110/135 pacientes (num. de infusiones 10,4±7,6), T. medio de seguimiento 37,5 ±24,0 meses, AZA/6MP naïve 67,3% del total. Comparaciones: IFX puente (n 51), infliximab reglado (n 59). La prevalencia acumulada de colectomía fue significativamente mayor en la estrategia IFX puente vs. IFX reglado (HR: 6,8805, 95% IC 1,7207 a 27,5133, p = 0,0349), como así también la probabilidad de presentar recaídas (HR 3,1026, 95% IC 1,8368 a 5,2405, p<0.0001) y requerir corticoides (HR 2,6057, 95% IC 1,5516 a 4,3757, p=0.0003). Recibieron IMM 47,5% con IFX reglado y 72,2% de los reintroducidos (IFX puente). De los reintroducidos (n18) 33,3% requirieron otro biológico vs. 8,5% con IFX reglado (p=0.016, Fisher). Se optimizaron 22% en ambos grupos. Las reacciones de infusión con suspensión de IFX fueron más frecuentes como tendencia (p=0.06) en los pacientes reintroducidos. CONCLUSIONES: al igual que en la EC, en la CU la estrategia de tratamiento IFX reglado, luego de un brote moderado-severo, se asocia con disminución de la probabilidad de cirugías, recaídas, y necesidad de corticoides, en comparación con la estrategia IFX puente seguida con tiopurinas, mejorando el pronóstico a largo plazo.

TO - COLON Y RECTO

0063 - LESIONES SINCRÓNICAS EN PACIENTES CON CCR POST COLONOSCOPÍA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)
Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

BOLINO, Maria Carolina | CERISOLI, Cecilio | TAWIL, José | SANCHEZ, Christian | DUMONCEAU, Jean Marc | CARO, Luis
GEDYT

Introducción: Introducción: La detección precoz del Cáncer Color rectal (CCR) mejora la sobrevida. La colonoscopia es el gold standard para su diagnóstico aunque su efectividad depende de la calidad del procedimiento, experiencia del operador y correcto intervalo indicado. Sin embargo, aún en ideales escenarios, hay pacientes a quienes se detecta un CCR en un periodo relativamente corto luego de haber realizado una VCC sin detección de cáncer, denominados CCR post colonoscopia (CCRPC). **Objetivos:** 1. Estimar la prevalencia de lesiones sincrónicas en pacientes con CCRPC. 2. Describir sus características endoscópicas e histológicas. **Materiales y método:** Población: adultos referidos para VCC entre 10/2009 y 06/2015. Estudios incompletos a excepción de VCC con estenosis por CCR, Boston <6 y pacientes de alto riesgo para CCR fueron criterios de exclusión. **Diseño:** retrospectivo, descriptivo y transversal. **Procedimientos:** las VCC se realizaron bajo propofol, con endoscopios Olympus. La limpieza colónica se realizó con PEG c/s bisacodilo. CCRPC: diagnosticado <60 meses de VCC basal; el resto fue considerado como prevalente (P). La etiología se clasificó como vinculada a factores endoscópicos y biológicos. **Reparos éticos:** los pacientes firmaron el Consentimiento Informado antes de las VCC. **Análisis estadístico:** VCCSTAT 2.0. IC 95%. X2. **Resultados:** Se incluyeron 52506 pacientes; tasa de detección de adenoma : 20%; Boston x: 7,7±0,7. Prevalencia de CCR: 1% (IC95% 0.9-1.1; 526/52506) incluyendo CCRPC: 4% (IC95% 2.7-6.2%; 22/526) CCR P 96% (IC95% 93-97%; 504/526). Los CCR PC correspondieron a lesiones perdidas 82%(n: 18) y resección insuficiente 18%(n:4); Intervalo entre VCC índice-diagnóstica: 25.5±11.8 meses. El grupo CCRPC tenía historia de pólipos y divertículos (p<0,05), sin diferencias en la edad, sexo ni an-

tecedentes familiares. Los CCRPC fueron de menor tamaño que los CCR P (22,09 vs. 29,37 mm; p<0.05); la morfología y localización no fueron diferentes en ambos grupos. Predomino el adenocarcinoma bien diferenciado en ambos grupos. La prevalencia de adenomas sincrónicos fue mayor en grupo CCRPC que CCR P (p<0.05) (tabla). Se registraron 20 pólipos sincrónicos en el grupo CCRPC (n: 13) y 379 en el grupo CCR P (n:187); se observó una tendencia a mayor prevalencia de adenomas serratos en el grupo CCRPC; sin otras diferencias endoscópicas e histológicas. Sólo en el grupo CCR P se registraron cánceres sincrónicos (n: 8; 1,6%), la mayoría de los cuales se localizó en el mismo segmento. **Conclusiones:** la prevalencia de adenomas sincrónicos fue mayor en el grupo CCRPC y se observó una tendencia al predominio de adenomas serratos en este grupo. Estos hallazgos enfatizan la importancia de la meticulosa inspección al realizar la VCC para detectar lesiones precursoras de CCR.

	CCR n (%)	CCRPC n (%)	p
Lesiones sincrónicas	189 (37,5)	13 (59)	0,06
Pólipos sincrónicos	187 (37)	13 (59)	0,06
Adenomas sincrónicos	164 (32,5)	12 (54,5)	< 0,05
Adenomas avanzados sincrónicos	97 (19)	4 (18)	0,80
Total	504	22	-

TO - COLON Y RECTO

0082 - EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR Y EL CONSUMO DE FIBRA, FACTORES DEMOGRÁFICOS, ÍNDICE DE MASA CORPORAL, HÁBITOS TÓXICO MEDICAMENTOSOS Y LIMPIEZA COLÓNICA?

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)
Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

TAWIL, Jose | MAYNAT, Alejandra | RAMOS MEJIA, Magdalena | DEBENEDETTI, Jimena | BOLINO, Maria Carolina | SANCHEZ, Christian | DUMONCEAU, Jean Marc | CERISOLI, Cecilio | CARO, Luis

GEDYT

Trabajo: Introducción: La enfermedad diverticular (ED) es una condición adquirida que resulta de la herniación de la mucosa a través de la capa muscular del colon. Es más frecuente en países occidentales industrializados, y en su mayoría, es asintomática. Su génesis está asociada a múltiples factores como la edad, el IMC, el estilo de vida y la dieta. **Objetivos:** 1. Estimar la prevalencia de ED. 2. Evaluar si existe asociación entre el consumo de fibra, factores demográficos, IMC, hábitos tóxico medicamentosos, limpieza colónica y la ED. **Material y método:** Población: Adultos que realizaron VCC y completaron al menos el 75% de una encuesta auto administrada. **Criterios de exclusión:** resección colónica; estudios incompletos. El estudio se desarrolló en un centro ambulatorio de gastroenterología entre agosto, 2015 y febrero, 2016. **Diseño:** observacional, comparativo y transversal. **Procedimientos:** Recolección de datos: encuesta auto administrada. VCC: se realizó con sedación con propofol, con equipos Olympus. Se utilizó PEG con /sin bisacodilo para la limpieza colónica (Boston). **Variables en estudio:** Prevalencia de ED y sus complicaciones y su asociación con consumo de fibra/día, edad, sexo, IMC, AINES, AAS, tabaco y limpieza colónica. **Reparos éticos:** el protocolo fue aprobado por los Comité locales. **Análisis estadístico:** SPSS 19, VCCSTAT 2.0; X2; IC 95%; Student y regresión logística. **Resultados:** 1740 pacientes; mujeres 59%; Predominó el grupo etario 51-70 años: 50%, seguido de >70 años (40%) y de < 50 (9,7%). IMC promedio: 26,14 ± 4,44 (16-59) kg/m2. Distribución de frecuencias según el IMC: normal: 43%, sobrepeso: 40% y obesidad: 17%. **Antecedentes de ED:** 16%. **Habito catártico:** 11,5% constipados (Bristol: 1-2: 12,4%). **Boston promedio:** 7,61±1,26. 1. Prevalencia de ED: 34,5% (IC 95% 32-37; 601/1740). El consumo promedio de fibra en ED fue 10,8 gr/d y sin ED fue 12,21 gr/d; p<0,05. La ingesta de al menos 5 gr/día se asoció con menor incidencia de ED respecto a los no consumidores (46,7 vs. 100%; p<0,05), siendo el consumo de más de 15 gr/día (29%) el que presentó menor incidencia de esta patología. Asimismo, la ED fue más frecuente en >70 años (53% vs 25 % y 5%; respectivamente; p<0,05), en varones (40,9 vs 30,3%; p<0,05), en sobre peso y obesidad (S 37,6% y O 43% vs IMC normal 28%; p<0,05) y en consumidores de AAS (43 vs. 33%; p<0,05). No se observó asociación entre AINES, tabaco y limpieza colónica y ED; en el análisis multivariado se observó asociación estadísticamente significativa entre la edad, sexo, IMC, consumo de fibra de al menos 5 gr/día y ED. **Conclusiones:** En esta muestra un tercio de los pacientes presento ED. Se observó asociación entre el sexo masculino, la edad >70 años, sobrepeso y obesidad, consumo de fibra de al menos 5 gr día y la ED.

TO - COLON Y RECTO

0113 - RESECCIÓN MUCOSA ENDOSCOPIA EN LESIONES COLORRECTALES ¿ES UNA TÉCNICA EFICAZ?

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

ORTIZ, Lucia(1) | OJEDA, Estefanía(1) | ROSSI, Lucas(1) | CORREA, Gustavo Javier(1) | YANTORNO, Martin(1) | REDONDO, Agustina(1) | VILLAVERDE, Augusto(1) | TUFARE, Francisco(1) | FASANO, María Victoria(2) | CHOPITA, Nestor(1)

HIGA SAN MARTIN LA PLATA (1); INSTITUTO DE DESARROLLO E INVESTIGACIONES PEDIÁTRICAS (IDIP), HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA, CICPBA (2)

Introducción: Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es el segundo cáncer más frecuente en nuestro país. En 2014 el CCR causó 7327 muertes en Argentina, el 12% del total de muertes por tumores malignos. La mayoría de los CCR surgen de lesiones adenomatosas por una vía adenoma-carcinoma. La detección temprana de este tipo de lesiones disminuye la incidencia y la mortalidad de CCR. Las lesiones de crecimiento lateral (LST) representan el 25% del total de las neoplasias colorrectales, dichas lesiones tienen mayor frecuencia de displasia de alto grado (DAG) e invasión submucosa. Se consideran LST de gran tamaño las mayores o iguales a 20mm. La técnica de resección mucosa endoscópica (RME) es una opción terapéutica para este tipo de lesiones entre disección submucosa endoscópica (DSE) y técnica híbrida (DSE+RME). **Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento endoscópico de las LST de gran tamaño con RME durante un año de seguimiento. **Material y métodos:** Desde Enero 2012 a Abril 2016 se evaluaron 130 pacientes con LST colorrectales mayores o iguales a 20mm. Los datos se recopilaron de las historias clínicas digitales. Se evaluó las características de las lesiones (localización, tamaño y subtipo), tipo de resección (en bloque, en piecemeal), complicaciones, histología y seguimiento. Estudio descriptivo, retrospectivo con seguimiento prospectivo. Las variables fueron analizadas con test de chi2 y de Fisher. **Resultados:** En un período de 4 años, se incluyeron 130 pacientes en los que se realizó RME. Las lesiones se localizaron en el recto (43,8%) y colon derecho (40%). El tamaño de 104(80%) fueron de 20 a 50mm y 26(20%) mayor o igual a 50mm. El 84% de las LST fueron granulares (43,4% no homogéneas y 40,7% homogéneas). Se realizó resección completa en el 100% de los pacientes, 15(11,5%) en bloque, 105(80,7%) en piecemeal en un tiempo y 10(8%) en piecemeal en más de un tiempo. Se observó sangrado en el 16,1%(21) y perforación en el 1,53%(2), con resolución endoscópica. Los resultados histopatológicos son 28,4% adenoma tubular, 28,4% adenoma tubulovelloso, 10,7% adenoma vellosos, 13,8% carcinoma intramucoso, 2,3% adenocarcinoma invasor y 9,2% adenomas aserrados. De las lesiones adenomatosas el 64(73%) presentaron DAG y 23(26,4%) displasia de bajo grado. Los 3 adenocarcinomas invasores tenían LST mayor o igual a 50 mm. 83 pacientes cumplieron con al menos un control endoscópico durante un 1 año de seguimiento, en los cuales se observó recidiva en el 37,3%(31). La misma se trató endoscópicamente. La recidiva en lesiones mayores o iguales a 50mm es 32,2%. De las recidivas 38,7% fueron LST granular homogénea, 48,4% fueron LST granular no homogénea. 22(71%) de las recidivas tuvieron RME en piecemeal en un tiempo, 9(29%) piecemeal en más de un tiempo y 0% en bloque (p-valor <0,0001). **Conclusión:** El tratamiento de LST de gran tamaño con RME es eficaz y seguro. Si bien la recidiva fue mayor en la RME en piecemeal, la misma se resolvió endoscópicamente.

TO - COLON Y RECTO

0184 - HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES ADULTOS MENORES DE 50 AÑOS QUE CONSULTAN POR HEMATOQUECIA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

CARNAGHI, Angel Javier | CHAAR, Elsa Catalina | DI RISIO, Cecilia | MARTINEZ BOTANNI, Cristina | PERISSE, Elizabeth | BARCIA, Teresa | MARTA, Edgardo | FERNANDEZ, Diego Mariano

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSÉ MARIA PENNA

Trabajo: Introducción: La hematoquecia es un motivo frecuente de consulta presentando una incidencia anual del 20% con una mortalidad del 11%. La causa más frecuente en pacientes menores de 50 años es la patología hemorroidal. En general se suele indicar como estudio diagnóstico videorcolonoscopia (vrsc) y eventualmente la colonoscopia (vcc). **Objetivos:** determinar cuál es la causa más prevalente de hematoquecia en pacientes menores de 50 años sin patología previa diagnosticada por endoscopias en un hospital público. **Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo observacional y descriptivo. Se incluyeron a 40 pacientes que cumplían con los criterios de elegibilidad en el período comprendido entre septiembre de 2013 y mayo de 2015 que concurrieron al servicio de endoscopia del hospital general de agudos J. M. Pena para la realización de una vrsc o vcc, cuyo motivo de consulta fue hematoquecia. Los pacientes firmaron el consentimiento informado. Intervinieron gastroenterólogos endoscopistas del servicio y se utilizó un equipo Pentax epk-p.

El análisis estadístico se realizó utilizando el programa STATA. **Resultados:** Se incluyeron 40 pacientes. 21 de ellos de sexo femenino (52,5%) y 19% de sexo masculino (47,5%), la mediana de edad fue de 34 años (rango intercuartil 25-75=18-44). 36 pacientes presentaron patología hemorroidal (90%) intervalo de confianza (ic 95= 80,7-93,3%) de los casos. En 4 pacientes (10%) no se encontró diagnóstico. **Conclusiones:** De acuerdo a nuestros resultados, los pacientes menores de 50 años con hematoquecia presentaron como causa patología benigna, principalmente hemorroides internas. El sexo predominante fue el femenino. Faltan estudios de mayor tamaño muestral como para determinar la ventaja relativa de exploración completa del colon en comparación a la realización de vrsc.

TO - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0096 - ROL DE LOS STENTS METÁLICOS AUTOEXPANSIBLES EN LA PATOLOGÍA BILIAR BENIGNA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

OMODEO, Mariana | MALAGA, Ignacio | CURVALE, Cecilia | PARENZA, Tomás | DE MARIA, Julio | GUIDI, Martin | MATANO, Raul

HOSPITAL EL CRUCE

Introducción: Introducción: Las enfermedades biliares benignas han sido tradicionalmente tratadas mediante la colocación de uno o más stents plásticos. Los stents metálicos autoexpansibles (SEMS) están ganando aceptación en la actualidad para el tratamiento de dichas patologías. **Objetivo:** Evaluar la eficacia y las complicaciones de la utilización endoscópica temporal de SEMS para el tratamiento de la patología biliar benigna. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional a partir de una base de datos prospectiva en un centro de tercer nivel entre Marzo 2012 y Mayo 2016. Se incluyeron todos aquellos pacientes a los cuales se les colocó SEMS por patología benigna de la vía biliar. Las principales etiologías fueron: litiasis compleja, perforación, hemorragia, fugas y lesiones quirúrgicas biliares (LPQVB). Se documentaron los eventos adversos relacionados con el tratamiento con SEMS. **Resultados:** Un total de 32 pacientes fueron incluidos. La edad media fue de 57 años (27 - 90) y un 66% (21/32) fueron mujeres. En total se colocaron 36 prótesis. Las indicaciones para la colocación de los mismos fueron: litiasis gigante y/o múltiple 11 (31%), LQVB 8 (25%), fugas biliares 3 (8,3%), estenosis papilar tipo II 3 (8,3%), estenosis post trasplante hepático 2 (6%), perforación 2 (6%), sangrado 2 (6%) y hemobilia 1 (3%). La tasa de éxito global de resolución de la patología fue del 88%: 88 % (7/8) en LQVB, 73% (8/11) en litiasis gigante y 100% en el resto de las indicaciones. Se retiraron 35 de las 36 prótesis fácilmente después de una duración media de 133 días (10-180 días). El restante se retiró durante duodenopancreatografía en paciente con cáncer de páncreas resecable. Con respecto a las complicaciones, todas las prótesis fueron colocadas y retiradas sin complicaciones. Un paciente intercurrió con colangitis por lo que hubo que recambiar el stent. En tres pacientes se recolocaron las prótesis. Dos de ellos con LQVB en donde no resolvieron con el primer stent. Uno de ellos resolvió con un tercer stent y uno fracasó. El tercer paciente en el que se colocó por estenosis post trasplante resolvió con un segundo stent. **Conclusión:** Los SEMS tienen una alta tasa de efectividad para la resolución de patología biliar benigna por lo que podrían considerarse una alternativa efectiva y segura en ciertos pacientes.

TO - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0097 - ROL DE LA AMILASEMIA Y LIPASEMIA COMO PREDICTORES DE PANCREATITIS POST-CPRE

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

MALAGA, Ignacio | OMODEO, Mariana | GUIDI, Martin | CURVALE, Cecilia | DE MARIA, Julio Cesar | MATANO, Raúl

HOSPITAL EL CRUCE

Introducción: La pancreatitis aguda post - colangiografía endoscópica (PAP) es una complicación frecuente. Predecirla tiene implicancias clínicas y legales. Pocos estudios sobre predictores serológicos de PAP se encuentran publicados. **Objetivo:** Determinar si elevaciones por encima de tres veces del valor de referencia de amilasa y lipasa a las cuatro horas posteriores a la colangiografía endoscópica (CPRE) pueden predecir pancreatitis. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, longitudinal, prospectivo e inferencial en pacientes con papila naïve derivados a centro de tercer nivel para realización de CPRE, entre el 1º de enero y el 15 de noviembre de 2015. Los criterios de inclusión fueron: edad mayor a 18 años, papilas naïve y tiempo de observación mayor a 4 horas previo a la derivación hacia hospital de origen. Se recolectó una muestra de sangre para dosaje de amilasa y lipasa a las 4 horas post-CPRE. Se contactó telefónicamente al paciente y/o médico tratante a las 24 hs para registrar el evento (PAP). **Resultados:** Se realizaron 488 CPREs, donde se registró

una tasa de PAP del 3,07% (15 pacientes). Fueron incluidos 132 pacientes, de los cuales 10 desarrollaron PAP (7,5%). Las mujeres presentaron un riesgo 3,5 veces mayor ($p < 0.05$). La hiperamilasemia y la hiperlipasemia asintomática se evidenciaron en el 16,7% y 22,7% respectivamente. La sensibilidad de la lipasa como predictor de PAP fue de 100%, con una especificidad de 92%, un valor predictivo positivo (VPP) del 50% y un valor predictivo negativo (VPN) del 100%. La sensibilidad de la amilasa fue del 100%, con una especificidad de 98%, un VPP del 83% y un VPN del 100%. ($p < 0,05$; 95% IC, 0,82; 0,61-1,03) Conclusión: Valores de amilasa y lipasa a las 4 horas post-CPRE normales o elevados no más de tres veces su límite superior son predictores negativos de PAP. La lipasa no es superior a la amilasa en predecir la PAP, por ende, es costo-efectivo el dosaje único de amilasa posterior a la CPRE.

TO - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0107 - TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE COLECCIONES PANCREÁTICAS: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

YONAMINE, Karina | PERRON, Nadia | VITALE, Luisina | BALDONI, Fernando | SCARRETTA, Martín | CURA, Pablo Hernán | REDONDO, Agustina | VILLAVERDE, Augusto | CHOPITA, Nestor Alfredo

HIGA SAN MARTIN

Introducción: Aproximadamente un 20% de los pacientes con pancreatitis aguda presentan complicaciones locales relacionadas a colecciones pancreáticas durante su evolución, que son responsables de una sustancial morbilidad. Si bien son ampliamente conocidas las indicaciones de drenaje de dichas colecciones, como son la infección, la obstrucción del tracto de salida gástrico o duodenal, y la obstrucción de la vía biliar; son considerables las diferencias en la elección de la vía de abordaje. Hasta hace dos décadas atrás, el debridamiento quirúrgico abierto era el tratamiento de elección, sin embargo, la alta morbilidad asociada al procedimiento, ha desviado la atención hacia las técnicas mínimamente invasivas, endoscópicas y percutáneas, que asociadas a alta efectividad y seguridad en la resolución clínica de las colecciones, con disminución de la morbilidad asociada a los procedimientos tradicionales. El objetivo de este estudio fue analizar una serie de casos de colecciones pancreáticas en los cuales se realizó drenaje endoscópico, describiendo las diferentes técnicas utilizadas, el éxito clínico, la seguridad, y los resultados a largo plazo de dicho tratamiento. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, con seguimiento prospectivo, de 18 casos de pacientes con colecciones pancreáticas que fueron drenadas por vía endoscópica, desde el año 2010 al 2015. Los criterios de inclusión fueron: colecciones pancreáticas sintomáticas drenadas por vía endoscópica; con seguimiento de por lo menos 6 meses desde el procedimiento. **Resultados:** Se realizaron 18 procedimientos, 6 mujeres (33%) y 12 hombres (67%); el promedio de edad de 55 años (r 22-71 años). El tamaño promedio de las colecciones fue de 84 mm (40-180). 8 procedimientos (44%) fueron realizados bajo guía EUS, 2 (11%) fueron marcados por EUS y posteriormente drenados por vía endoscópica, y 8 pacientes (44%) fueron drenados por vía endoscópica. El 77% de los drenajes fueron realizados por vía transgástrica, 4 pacientes se drenaron por vía combinada. 16 (89%) resolvieron los síntomas pre tratamiento, aunque no todos se relacionaron a colapso total de la cavidad. 10 (55%) presentaron complicaciones asociadas a los procedimientos, 9 (90%) fueron complicaciones menores, 1 (5%) presentó óbito post procedimiento, secundario a perforación. Se observaron 2 hemorragias post punción, ambas en procedimientos sin guía EUS. 3 hemorragias postdilatación de fístula controladas endoscópicamente. **Discusión:** El drenaje de colecciones pancreáticas por vía endoscópica es eficaz y seguro realizado en centros especializados. En la actualidad, el uso de EUS realizado por operadores entrenados, podría reemplazar a la vía endoscópica clásica, siendo en nuestra experiencia, un método seguro y eficaz para el abordaje de estas colecciones. Se necesitan más estudios prospectivos para evaluar dicho resultado.

TO - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0221 - MANEJO DE LOS TUMORES DE PAPILA: USO DE ECOENDOSCOPIA. NUESTRA EXPERIENCIA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

AGUILAR, Francisco | BURLANDO, Eduardo | GIANINETTI, Leonardo | IMHOF, Hugo | PIERINI, Angel

HOSPITAL J.B. ITURRASPE

Trabajo: **Introducción:** Los tumores de papila representan un 5% de las neoplasias gastrointestinales. Presentan un conocido potencial maligno por lo que la resección es la

norma. La ampulectomía endoscópica puede ser usada como terapéutica alternativa a la cirugía, aunque el método de resección y el período de vigilancia no están bien establecidos. **Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad de la ampulectomía endoscópica realizada en nuestro centro. **Método:** Estudio retrospectivo de serie de casos en los que se ha realizado ampulectomía desde ENERO de 2011 a DICIEMBRE de 2015. Se realizó abordaje con ecoendoscopia para la estadificación en todos los casos. La misma determinó que pacientes eran factibles de resección endoscópica y cuales requerían cirugía convencional. Se valoran las siguientes variables: la eficacia de la ecoendoscopia y de los distintos tratamientos (ausencia de tumor macroscópico) y morbi-mortalidad de los mismos. **Resultados:** Se trataron 14 pacientes (10H y 4M) con una edad media de 63 años. La estadificación en todos los casos fue por ecoendoscopia observando que 3 de ellos (21%) eran t3 y requerían cirugía para su resolución. El 29 % de los casos eran T1 mientras los restantes eran T2, con un tamaño medio de 2cm. De los tratados por endoscopia un 28% de los casos con displasia de bajo grado, 43% displasia moderada, 12% displasia grave y 17% carcinoma in situ. Se realizó seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. 5 de los pacientes cumplieron el año de seguimiento y los restantes 6 meses. Al año de seguimiento el 100% presentó ausencia de recidiva tras la ampulectomía endoscópica. Se presentaron un 55% de complicaciones precoces leves: dolor abdominal que cedió con analgesia (3/11) pancreatitis aguda (1y sangrado leve que no precisó transfusión (1/11). Hubo un 35% de complicaciones tardías (primeros 6 meses): estenosis papilar (2/11) y colangitis (1/11) que precisaron nueva CPRE. No se presentó mortalidad asociada a la técnica. **Conclusiones:** La ECOENDOSCOPIA es un excelente método para la estadificación de tumores ampulares en manos afezas. Para el tratamiento de estos tumores la ampulectomía endoscópica es una técnica eficaz aunque precisa de más de un tratamiento endoscópico para su solución. Las complicaciones que se presentaron de forma aguda fueron leves y las crónicas se pudieron resolver tras la realización de una nueva técnica endoscópica.

TO - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0090 - TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO EN ESTENOSIS PAPILARES

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

Unidad Temática 2: Gastro: Hígado, Vesícula, vías biliares y páncreas

MANAZZONI, Dante | PARENZA, Tomás | GUIDI, Martín | CURVALE, Cecilia | OMODEO, Mariana | MATANÓ, Raúl | DE MARÍA, Julio | MALAGA, Ignacio

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED EL CRUCE "DR. NESTOR CARLOS KIRCHNER"

Introducción: Las estenosis papilares (EP) son un grupo heterogéneo de entidades estenosantes, muchas veces subdiagnosticadas, evidenciadas durante una Colangiografía Retrógrada Endoscópica (CPRE). Se clasifican en: tipo I si están limitadas a la porción intraduodenal del complejo esfinteriano o tipo II cuando involucran al coledoco distal. El tratamiento consiste en ampliación de la esfinteropapilotomía (EPT) en las tipo I y en la estricturotomía y/o estricturoplastia con o sin colocación de stent biliar en las tipo II. Siempre debe descartarse la etiología neoplásica. **OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de esta entidad en un centro de tercer nivel, así como la eficacia y complicaciones de su tratamiento endoscópico. **METODO:** Estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal. Se analizaron todas las CPREs realizadas entre el 1/1/2014 y el 1/4/2016. Se definió a la EP mediante colangiografía como un afinamiento abrupto a nivel papilar, o hacia coledoco distal menor a 15mm en extensión, asociado a una dilatación proximal de colédoco y a una ausencia de drenaje espontáneo del contraste. Se determinó el éxito del tratamiento como la ausencia de la estenosis en el colangiograma post-tratamiento y la falta de recurrencia de colestasis durante el seguimiento. **RESULTADOS:** Se realizaron durante estos 27 meses 1550 CPREs diagnosticándose 19 EP (1,22%), siendo 6 tipo I y 13 tipo II. La edad promedio fue de 62 años. Quince pacientes presentaban antecedente de EPT previa. Se realizaron 23 terapéuticas endoscópicas: 11 estricturoplastias, 7 estricturotomías, 3 ampliaciones de EPT y 2 colocaciones de stents metálicos autoexpandibles. Existieron 5 fallas al tratamiento inicial con 4 reintervenciones exitosas. La tasa de éxito final fue del 94,7%. La tasa de complicaciones fue del 13%, dos hemorragias con resolución endoscópica y una pancreatitis leve. El seguimiento tuvo un rango de 71 a 870 días con una media de 147 días. **CONCLUSIONES:** La EP no fue un hallazgo infrecuente durante las CPRE (1,22%). Siempre debe descartarse la patología tumoral. El tratamiento endoscópico tiene alta eficacia (94,7%) pero con una tasa de complicaciones no despreciable del 13% en las EP tipo II.

TO - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0091 - CPRE: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PUBLICO DE REFERENCIA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

Unidad Temática 2: Endoscopia: Investigación Básica

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (cpre) es un procedimiento eficaz para drenar la vía biliar y pancreática. La complejidad de la técnica conlleva una morbilidad que parece ser mayor en los centros que realizan pocos procedimientos por año, menos de 200cpre/año según la bibliografía. El servicio de endoscopia del hospital san bernardo (sehsbs) es el único lugar público que cuenta con el equipamiento médico y experiencia profesional para realizar cpre en la provincia de salta, por lo que constituye un lugar de referencia de pacientes de toda la provincia y zonas aledañas. Objetivos: el objetivo de nuestro estudio fue determinar las características poblacionales de los pacientes sometidos a cpre, como así también las indicaciones, éxito del procedimiento, diagnóstico y complicaciones observadas. Métodos: se evaluaron retrospectivamente las cpre realizadas en el sehsbs durante el periodo comprendido entre 1 enero de 2015 hasta 31 diciembre de 2015 y se analizaron la frecuencia de las distintas variables. Se cargaron los datos en planillas de excel y se analizaron los mismos mediante el programa epinfo 7. Resultados: se realizaron un total de 210 procedimientos en 182 pacientes. Del total de los procedimientos, 71,9% corresponden al sexo femenino y 28,1% al sexo masculino, el grupo etareo más prevalente fue el de 45 a 64 años con el 37,62% seguido por el grupo de <30 años con el 26,67%. La indicación más frecuente fue la patología litiasica con un total de 70. 47%, representada por sospecha de litiasis coledociana (58,57%) y litiasis residual (11,9%). Se logró la canulación en el 92,38 %, mientras que en el 7,62% hubo un fallo en el acceso a la papila o en la canulación. Las complicaciones derivadas del procedimiento, se observaron en 16 casos (7,62%), dicha cifra se ajusta a las publicadas en otros centros. Las más frecuentes fueron pancreatitis leve y moderada (2,86%), colangitis (2,38%), seguidas por hemorragia (0,95%) y arritmia (0,95%). Se registró una muerte (0,48%) relacionada a las complicaciones. Conclusiones: la cpre es un procedimiento endoscópico complejo y minimamente invasivo que presenta baja morbilidad, por lo que se sugiere valorar cuidadosamente el riesgo- beneficio de las exploraciones diagnósticas. El tipo y frecuencia de complicaciones observadas en nuestro servicio coinciden con las publicadas en centros a nivel nacional e internacional.



TO - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0196 - DRENAJE ENDOSCÓPICO DE COLECCIONES PERIGÁSTRICAS

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

Unidad Temática 2: Gastro: Hígado, Vesícula, vías biliares y páncreas

THOME, Marcelo(1) | BALMACEDA, Silvia(2) | MENDOZA, Belen(2) | HERRERA, Jose(2)
CLÍNICA OLIVOS (1); HOSPITAL BERNARDO HOSSEY (2)

Trabajo: Antecedentes: El drenaje de las colecciones abdominales se realiza en la actualidad con técnicas mini invasivas. En 1975 fue reportado el primer drenaje endoscópico transgástrico (DET), posteriormente fue evolucionando y es utilizado en forma más frecuente. Objetivo: Se presentan tres casos de DET de colecciones perigástricas. Los mismos fueron realizados cuando otras alternativas terapéuticas resultaban ser más dificultosas o poco seguras. El propósito es plantear al DET como una alternativa terapéutica factible, segura, efectiva y reproducible. Diseño: Retrospectivo, Descriptivo, Serie de Casos. Material y Métodos: En el periodo entre marzo 2015 y abril 2016, tres pacientes fueron seleccionados para realizar un DET. Bajo anestesia general y utilizando un duodenoscopio se eligió el sitio de mayor protrusión en la pared gástrica. Se procedió a la punción con esfinterotomía y guía utilizando coagulación monopolar. Se amplió y dilató el acceso con balón. Se colocaron catéteres doble pigtail. Caso 1: Paciente masculino de 78 años presentó Colección Necrótica Aguda, cursando Pancreatitis Aguda Grave en el contexto de una Pancreatitis Crónica. Presenta shock séptico en ARM desde el ingreso. Se realizó una Tomografía Computada de Abdomen (TCA), donde se identificó gran colección perigástrica que comprime la luz gástrica con interposición del colon transverso, determinando una ventana poco segura para el acceso percutáneo. Se decidió realizar un DET. Caso 2: Mujer de 56 años ingresa por pancreatitis aguda severa post colecistectomía laparoscópica, aprox. a los 20 días del post operatorio presenta fiebre, dolor abdominal y leucocitosis. Se realizó TCA donde se constata colección retrogástrica comprimiendo la luz gástrica. Se interpreta como

Colección Necrótica Aguda y se decidió realizar un DET. Caso 3: Paciente masculino de 26 años con Linfoma no Hodking, realizando quimioterapia. Presenta dolor abdominal, fiebre y leucocitosis. Se realizó TCA donde se visualiza gran colección perigástrica extendiéndose al retroperitoneo. Paciente anticoagulado, se revierte anticoagulación. Se decidió realizar un DET. Resultados: En todos los casos el DET pudo realizarse sin complicaciones técnicas. Caso 1: Paciente en falla multiorgánica severa desde el ingreso. Obiata 48hs. post procedimiento. Caso 2: Paciente evolucionó con mejoría clínica. Disminución de la colección. Alta 15to día. Caso3: Evoluciono favorablemente con disminución de la colección. Alta18 días. Conclusión: El DET constituye una herramienta factible, segura, efectiva y reproducible cuando otras alternativas mini-invasivas son más difíciles o poco seguras. Requiriendo para su realización un Endoscopista entrenado en Endoscopia Terapéutica Avanzada.

TO - PEDIATRÍA

0017 - HIPERTENSIÓN PORTAL EN PEDIATRÍA. SEGUIMIENTO DE PATOLOGÍA COMPLEJA DE ALTO RIESGO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Pediatría

MALAGRINO, Pablo Javier | CIRINCIONE, Vilma | GUGLIELMINO, Andrea | DOBRY, Martin | LEZAMA, Carol | GALOPPO, Marcela | SOLAEGUI, Maria | SALGUEIRO, Fabian | LUQUE, Carlos | MAVROMATOPULOS, Elisabet

HOSPITAL DE NIÑOS DR RICARDO GUTIÉRREZ

Introducción: Objetivos: Describir la evolución de 100 pacientes en seguimiento clínico-endoscópico en el consultorio de hipertensión portal del servicio de gastroenterología del Hospital de Niños Dr Ricardo Gutiérrez. Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de revisión de historias clínicas. Resultados: Se incorporaron al consultorio de hipertensión portal, 100 pacientes desde 10-2011 a 02-2016. Las patologías fueron: 27% atresia de vías biliares (AVB), 25 % cavernoma de la porta (CP), 17% hepatitis autoinmune (HAI), 11% fibrosis quística (FQP), 7% fibrosis hepática congénita (FHC), 13% otros. El 46% de esta población presentó episodios de hemorragia digestiva variceal previos o durante el periodo de seguimiento. La edad del primer sangrado según la etiología fue: AVB media 19 meses (2m-6a), CP media 3 años 8 meses (2m-11a), HAI media 13 años (10-15a), FQP media 12,1 años (11a-12a), FHC media 4 años 7 meses (4a-5a). El grupo tiene realizadas un total 426 endoscopías digestivas altas. En el periodo referido 271 endoscopías digestivas altas. 30 pacientes ingresaron al plan de erradicación de várices esofágicas como profilaxis secundaria de hemorragia variceal. 25/30 con ligadura endoscópica (LE), 5/30 con esclerosis (E) por peso inferior a 10kg. Se realizaron 130 sesiones de LE. 17/30 (57%) alcanzó la erradicación con un total de 58 sesiones y promedio por paciente erradicado de 3 sesiones (1-8). Se colocaron 3 ligaduras promedio por sesión (1-6). 4/17 (23%) recurrieron post erradicación en un tiempo medio de 10 meses (4m-20m). 13/30 (43%) requirieron realización de shunt quirúrgico, 5/13 (40%) por fracaso en la erradicación variceal. Conclusiones: El seguimiento de pacientes con hipertensión portal requiere manejo de un equipo multidisciplinario, para la toma conjunta de decisiones. La LE como profilaxis secundaria de hemorragia variceal presentó un porcentaje de éxito adecuado según lo reportado en niños. Si bien la LE mostró ser superior a la E en trabajos randomizados, ésta última es una técnica fundamental para aquellos niños en quienes por peso inferior a los 10kg, el set de ligadura no puede introducirse.

TO - PEDIATRÍA

0048 - CÁPSULA ENDOSCÓPICA: SU RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO EN PEDIATRÍA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Pediatría

Unidad Temática 2: Gastro: Pediatría

CIRINCIONE, Vilma Inés(1) | TENNINA, Cecilia(1) | GUGLIELMINO, Andrea(1) | MALAGRINO, Pablo Javier(1) | MAVROMATOPULOS, Elisabet(1) | WALDBAUM, Carlos Alfredo(2)

HOSPITAL DE NIÑOS DR RICARDO GUTIÉRREZ (1); HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSE DE SAN MARTIN" (2)

Introducción: Previo al desarrollo de la cápsula endoscópica (CE) un examen endoscópico completo del intestino delgado (ID) requería de una intervención quirúrgica. Por su simpleza y la calidad de las imágenes hoy la CE se destaca en el estudio de las hemorragias digestivas de origen oculto (HDOO), las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) y las poliposis, entre otras indicaciones. Objetivo: Evaluar el rendimiento diagnóstico de la CE en el estudio de los pacientes de nuestra Sección. Material y Método: Revisión retrospectiva de las CE realizadas entre los años 2011-2016. Para optimizar las imágenes los pacientes fueron preparados con una dieta pobre en fibra y polietilenglicol oral. Utilizamos la CE PillCam. 7 pacientes ingirieron la cápsula y a 12 se las introdujo con asistencia endoscópica por su edad, estado clínico

o si la CE se realizó a continuación de una endoscopia. Resultados Evaluamos 22 estudios de 20 pacientes (7 mujeres, 13 varones), edad promedio de 9,5 años (Rango 2-17 años). Las indicaciones fueron: 7 casos de HDOO (5 con sangrado manifiesto), 4 EII, 3 malformaciones vasculares, 3 linfangiectasias intestinales, 1 poliposis, 1 diarrea intratable y 1 caso de Crohn Like asociado a inmunodeficiencia. Se hallaron datos positivos en 86% (19/22) de las CE. En 6/7 pacientes (86%) se diagnosticó la causa del sangrado (1 divertículo de Meckel, 1 hemangioma yeyunal, 1 estenosis yeyunal ulcerada, 1 lesión de Dieulafoy, 1 TBC intestinal complicada y 1 enteropatía por hipertensión portal). En 10/14 (71 %) se pudo establecer el compromiso asociado del ID a su enfermedad. En las EII se pudo valorar su extensión y actividad, y establecer el diagnóstico diferencial en 1 caso con una forma indeterminada. 21/22 de los estudios fueron completos y solo se presentó 1 retención asintomática de la CE por una estenosis ulcerada en el íleon inadvertida en los estudios previos, siendo evacuada espontáneamente a los 21 días. No se presentaron otras complicaciones. Los hallazgos de la CE motivaron la terapéutica enteroscópica en 2 pacientes con malformaciones vasculares y la intervención laparoscópica en 3 casos (TBC complicada, estenosis yeyunal y divertículo de Meckel). Conclusiones En nuestra experiencia la CE fue útil para el diagnóstico de las enfermedades del ID, con una alta sensibilidad para el estudio de las HDOO; contribuyó en el diagnóstico del compromiso de ID de las patologías ya conocidas, permitiendo cambiar y optimizar los tratamientos y presentó bajo riesgo de complicaciones.

CC - ESÓFAGO

0019 - ULCERA ESOFAGICA GIGANTE POR DOXICICLINA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Esófago

SALIM, Salma | BELLAVITE TERCEROS, Franco Pablo | SALIM, Nicolas | SALIM, Roman Sagar

GASALI

Introducción: CASO CLÍNICO: Paciente de sexo masculino, de 26 años de edad, sin antecedentes, consulta por presentar de manera súbita desde la noche anterior dolor retroesternal, odinofagia y disfagia a sólidos y líquidos. 72 hs previas el paciente recibió una dosis de doxiciclina de 100 mg (cápsula). Se realizó una videoendoscopia digestiva alta (fig1) en la que se evidencio a 29 cm de ADS lesión ulcerada circunferencial, profunda, serpiginosa, que abraza ¾ de la circunferencia esofágica, con rodete inflamatorio. Se biopsia. Las biopsias mostraron epitelio plano estratificado marcadamente reactivo; serología para HIV y CMV negativos. Se suspendió la doxiciclina y se inició tratamiento con ibp y sucralfato con mejoría sintomática a las 48 hs. El paciente tomó la cápsula sin agua, antes de acostarse. Evolucionó favorablemente, asintomático. Se lo citó al mes para control endoscópico, pero no concurrió. A los 8 meses regresó refiriendo leve dolor retroesternal. Se realizó VEDA que mostró total curación de la mucosa (fig 2). Se realizó Manometría esofágica que informó trastorno motor inespecífico. DISCUSION: Las úlceras del esófago son infrecuentes. Las ocasionadas por medicamentos representan el 22%1, y dentro de los antibióticos la doxiciclina es la más frecuente7. Son necesarios factores que favorecen que el fármaco permanezca en contacto con la mucosa esofágica durante un tiempo prolongado 2,3 (La ingesta del medicamento con escaso líquido o el decúbito tras la misma 8 la disminución del peristaltismo esofágico o compresiones extrínsecas fisiológicas o patológicas y pacientes ancianos) y los relacionados con las propiedades químicas del fármaco (tamaño, cápsula, pH < 3) 4. La presentación clínica habitual es dolor retroesternal, odinofagia y disfagia, de aparición aguda, entre las primeras hs y hasta 10 días después de la toma del fármaco 1,4. La localización más frecuente de la lesión es la unión del tercio superior y medio esofágico, donde la estrechez fisiológica por compresión del arco aórtico genera menor amplitud de las ondas peristálticas. 7,9. La endoscopia digestiva alta es el método diagnóstico más sensible y permite valorar la gravedad de la lesión y descartar otras lesiones 5,6. La histología es inespecífica. El tratamiento incluye la retirada del fármaco y el uso de IBP o anti-H2, aunque su valor no está bien establecido. El sucralfato, por su capacidad de adherirse a las úlceras, es hasta ahora el único que parece presentar beneficio6. La mayoría evoluciona a la curación. CONCLUSIÓN: un buen interrogatorio y una endoscopia precoz permiten arribar al diagnóstico y tratamiento oportuno de úlceras esofágicas secundarias a fármacos, las cuales pueden evitarse ingiriendo la píldora con líquido y evitando el decúbito luego de la toma de la misma. Bibliografía 1- Higuchi D, Sugawa C, Shah SH, Tokioka S, Luca CE. Etiology, treatment and outcome of esophageal ulcers: a 10 year experience in an urban emergency hospital. J Gastrointest Sur 2003; 7: 836-842. 2- Al Mofarreh MA, Al Mollel IA. Esophageal ulceration complicating doxycycline therapy. World J Gastroenterol, 9 (2003), pp. 609-11 3- Kato S, Kobayashi M, Sato H, Saito Y, Komatsu K, Harada Y. Doxycycline-Induced Hemorrhagic Esophagitis: A Pediatric Case. J Pediatr Gastroenterol Nut, 7 (1998), pp. 762-5 4- Boyce HW. Drug-induced esophageal damage: Diseases of medical progress. Gastrointest Endoscopy 1998; 47: 547-50. 5- Kadayifci A, Gulsen MT, Koruk M, Savas MC. Doxycycline-induced pill esophagitis. Dis Esophagus 2004; 17: 168-71. 6- Jaspersen D. Drug-induced oesophageal disorders: Pathogenesis, incidence, prevention and management. Drug Saf 2000; 22: 237-49. 7- Colmenero JD, Valdivieso P. Úlceras esofágicas por doxiciclina. Rev Clin Esp 1987; 180: 85-87. 8- Kikendall JW. Pill esophagitis. J Clin Gastroenterol 1999; 28: 298-305 9- 13. Worth H. Drug-induced esophageal damage: diseases of medical progress. Gastrointest endoscopic 1998; 47: 547-550.



CC - ESÓFAGO

0024 - ESTENOSIS ESOFÁGICA RECURRENTE: DILATACIÓN MÁS INYECCIÓN INTRALESIONAL DE ESTEROIDES

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Esófago

Unidad Temática 2: Gastro: Esófago

D ERCOLE, Vanina | COLOMBO, Pablo | KIDD, Mariana | MARUELLI, Silvana | NOTARI, Lorena | PEREZ ESTEBAN, Natalia | TOSTI, Romina | TRUCCO, Agustina
COMPLEJO MEDICO POLICIAL CHURRUCA - VISCA

Descripción: Introducción. La dilatación endoscópica es una modalidad eficaz para el tratamiento de las estenosis esofágicas benignas, sin embargo un número significativo de pacientes experimentan recurrencia. La inyección intralesional de esteroides mostró ser efectiva en el tratamiento de estenosis esofágicas recurrentes y refractarias de diferentes etiologías. Objetivo. Presentar un paciente con estenosis esofágica recurrente de etiología péptica, tratada con inyección intralesional de triamcinolona. Caso clínico. Paciente femenina de 66 años de edad, con antecedentes de insuficiencia renal crónica en diálisis y enfermedad por reflujo gastroesofágico de 20 años de evolución. Consulta por disfagia progresiva a sólidos y líquidos, pérdida de 10 kg peso en 6 meses y desnutrición severa. Se realiza videoendoscopia digestiva alta con gastroscopio Olympus 150 que evidencia estenosis esofágica infranqueable a 26 cm de la arcada dentaria superior (ADS), completando estudio con endoscopio transnasal ultrafino Olympus de 5.5 mm de diámetro, que evidencia estenosis circunferencial que se extiende hasta los 30 cm de la ADS, con mucosa irregular con parches de fibrina. Se toman biopsias. Histología: material fibrinoide leucocitario con infiltrado inflamatorio, compatible con tejido de granulación. Esofagograma: a nivel del tercio medio esofágico extensa área de reducción del calibre con pasaje filiforme de material de contraste y hernia hiatal. Se interpreta estenosis péptica compleja, se inicia dexlansoprazol 60 mg/día y se realizan 4 sesiones de dilataciones progresivas, cada 3 semanas (por recurrencia de síntomas), con balón Hercules Cook de 8 a 12 mm de diámetro bajo visión endoscópica, no logrando mantener más de cuatro semanas un diámetro de 12 mm. Se reinterpreta como estenosis recurrente y se decide inyección intralesional de triamcinolona cada 5 semanas (por recurrencia de síntomas), utilizando una dilución de 40 mg /ml, a razón de 0.5 cc en 4 cuadrantes en sectores distal, medio y proximal de la estenosis. Partiendo en cada sesión de una estenosis infranqueable se logra alcanzar al finalizar el procedimiento un diámetro de 15 mm. Se calculó el índice de dilatación periódica (IDP), definido como el número de dilataciones por mes y se objetivó la recurrencia de síntomas con la escala de disfagia de Melow y Pinkas. Resultados. Sin el uso de esteroides, se obtuvo un IDP de 1.33 con una recurrencia sintomática grado 3 de disfagia a la tercera semana. Con el uso de esteroides el IDP obtenido fue 0.83 y la recurrencia sintomática fue a la quinta semana con una disfagia grado 1. Conclusión. La asociación de triamcinolona en nuestro paciente logro reducir el número de dilataciones alargando el intervalo inter procedimiento, el alivio de la disfagia y la mejoría nutricional. La recurrencia de la estenosis no pudo ser prevenida, por lo tanto el uso de Mitomicina C o de prótesis autoexpandibles plásticas e incluso biodegradables podría ser una opción a considerar. Observaciones: consulta con expertos.

CC - ESÓFAGO

0120 - DOBLE STENT ESOFÁGICO EN TUMOR MULTICÉNTRICO

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Esófago

Unidad Temática 2: Gastro: Esófago

RASTELLI, Laureano | FACCAS, Martin | QUINES, Solange | CAPRIOTTI, Luciano
Andres | BASILE, Mauricio | TONN, Eugenio Federico | LABORDA MOLITENI, Jorge

Descripción: INTRODUCCIÓN El carcinoma esofágico es la sexta causa de muerte relacionado a cáncer y el octavo cáncer más común en el mundo. Afecta a más de 450000 personas en todo el mundo y su incidencia va creciendo rápidamente. La tasa de supervivencia a los 5 años varía del 15 al 25%. El carcinoma de células escamosas es el tipo histológico que predomina en el mundo. En Australia, Reino Unido, Estados Unidos y algunos países occidentales de Europa el adenocarcinoma excede en la actualidad al anterior. La disfagia es el síntoma más común, siendo acompañada por pérdida de peso. El tránsito baritado de esófago es usado como herramienta diagnóstica inicial. Sin embargo la videoendoscopia digestiva alta es necesaria para la obtención de biopsias que confirmen el diagnóstico. Se debe registrar localización respecto a arcada dentaria y unión esófago-gástrica, grado de estenosis, porcentaje de afectación circunferencial y distancia respecto al músculo cricofaríngeo en tumores de esófago superior. En pacientes con enfermedad localizada el tratamiento es la cirugía. Las metas de la terapia paliativa en pacientes con cáncer no resecable son para mejorar los síntomas de la disfagia, tratar las complicaciones, mantener la ingesta oral, minimizar la estadía hospitalaria, aliviar el dolor, eliminar reflujo y la regurgitación, evitar la aspiración, y en definitiva, mejorar su calidad de vida. Los stents de esófago metálicos autoexpandibles son utilizados para aliviar la disfagia maligna y son actualmente el medio más común de la paliación. La multicentricidad tumoral se observa ocasionalmente en el carcinoma de esófago. Están vinculados con la inestabilidad genética del gen p53, la pérdida de heterocigosidad, como eventos tempranos de la carcinogénesis del carcinoma epidermoide esofágico múltiple o multifocal, y con factores de riesgo ambiental y del estilo de vida. **CASO CLÍNICO** Paciente de 80 años que presenta episodio de impactación esofágica. Se realiza videoendoscopia alta (VEDA) y presenta a nivel de la unión esófago-gástrica lesión irregular, friable, parcialmente estenosante (Siewert tipo II) cuya biopsia informa adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor. Aceptable estado general. ECOG 1. Tomografía de tórax, abdomen y pelvis sin evidencia de secundarismo. Comienza tratamiento con quimio-radioterapia. A los 6 meses se realiza nueva VEDA donde se observa en unión esófago-gástrica estenosis con mucosa de aspecto normal y biopsias con tejido inflamatorio. Controles tomográficos sin evidencia de progresión de la enfermedad. 9 meses después presenta disfagia para sólidos y semisólidos. Se realiza VEDA que muestra en tercio superior (20 cm de la ADS) estenosis no franqueable con mucosa de aspecto normal. Seriada esofágica con estrechez de la luz de ángulos abruptos y bordes regulares de 2 cm con escaso pasaje del contraste hacia distal. Otra imagen de características similares en tercio distal. Con respecto a la estenosis proximal se plantearon como diagnósticos diferenciales de tumor sincrónico versus estenosis secundaria a radioterapia. Para disminuir la posibilidad de perforación en caso de dilatación con balón se decidió colocación de doble stent esofágico metálico autoexpandible parcialmente cubierto, uno de liberación proximal y otro distal bajo control endoscópico y radiológico. Buena evolución clínica, sin disfagia para sólidos ni dolor torácico. Falleció 6 meses después de realizado el procedimiento. **OBSERVACIONES: CONCLUSIONES** Se presenta este paciente debido a la baja frecuencia de carcinoma esofágico multicéntrico y a la posibilidad de tener un gran desafío endoscópico de colocar dos stents esofágicos, uno de liberación proximal y otro distal, procedimiento poco descrito en la bibliografía.

CC - ESÓFAGO

0147 - ESOFAGO NEGRO SECUNDARIO A VASCULITIS INTESTINAL

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Intestino Delgado

PORFILIO GULARTE, Giovanna | LUZURIAGA, Guadalupe | PARRA WIRTH, Estela | ROYG JARA, Diego Sebastian

HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DR. RAMON MADARIAGA

Introducción: La necrosis esofágica aguda es una entidad infrecuente que se caracteriza por necrosis esofágica, con afectación disto-proximal, circunferencial con terminación abrupta en la unión gastroesofágica. La incidencia es de 0.008% a 0.2%. Afecta predominantemente al sexo masculino (M:F=4:1), rango de edad de 25 a 60 años. La etiopatogenia es por hipoperfusión secundaria a múltiples factores como disfunción multiorgánica, trombosis vascular, sepsis, enfermedad autoinmune (LES, SAF) cardiovascular, renal, hepática, cetoacidosis diabética, intoxicación alcohólica, vólvulo gástrico, hipersensibilidad a antibióticos, inmunosupresión, desnutrición y neoplasia. La necrosis esofágica se puede restaurar ad-integrum al corregir el estado de hipoperfusión. La hematemesis la forma de presentación clínica más frecuente (90%), puede asociarse epigastralgia, vómitos, disfagia, fiebre, hipotensión, leucocitosis y anemia. El diagnóstico es endoscópico. La biopsia se recomienda aunque no es determinante. Histológicamente afecta mucosa y submucosa con inflamación y destrucción de fibras musculares, y trombosis de pequeños vasos. Las complicaciones incluyen perforación, mediastinitis, abscesos, sepsis y la estenosis esofágica (10%). **OBJETIVO:** Reportar un caso de ENA como hallazgo endoscópico en una paciente joven con diagnóstico de vasculitis intestinal por LES. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 23 años, internada por LES, desnutrición. Comienza 15 días previo a su ingreso con dolor abdominal difuso, diarrea, epigastralgia, vómitos. LBT: Hto 31%, Hb p.8g/dl, sodio 130mEq/l, Potasio 2,7mEq/l GB 16200mm, plaquetas 349.000mm TP 40%, albumina 1,35g/l. VEDA: esófago desde tercio medio hasta cambio mucoso se observo placas de aspecto

necrótico circunferencial. Duodeno: ulcera tipo forrest IIC. Evolucionó con diagnóstico de abdomen agudo. TAC: distensión de intestino delgado niveles hidroaéreos y líquido libre en cavidad. Se realiza laparotomía exploradora que evidencia necrosis de yeyuno. Se resecta intestino delgado (desde 10cm del asa fija hasta 40cm antes de la válvula ileocecal). Histología: yeyunitis ulcerada, perforación y peritonitis. Vasculitis y trombosis de vasos pequeño y mediano calibre. Evolucionó en estado crítico con varias reintervenciones quirúrgicas, complicaciones infecciosas y hematológicas. Tratada con nutrición parenteral total, múltiples esquemas antibióticos, inmunosupresores. VEDA de control a los 14 días: mucosa de tercio medio e inferior normal. **CONCLUSIÓN:** El esófago negro es una entidad infrecuente que ocurre por hipoperfusión. La vasculitis intestinal es la complicación digestiva más grave por trombosis de medianos y pequeños vasos. El tratamiento se basa en el manejo específico de la enfermedad de base, corregir la anemia, nutrición parenteral total, inhibidor de bomba de protones. En el caso de nuestra paciente evolucionó favorablemente con el tratamiento instaurado.

CC - ESÓFAGO

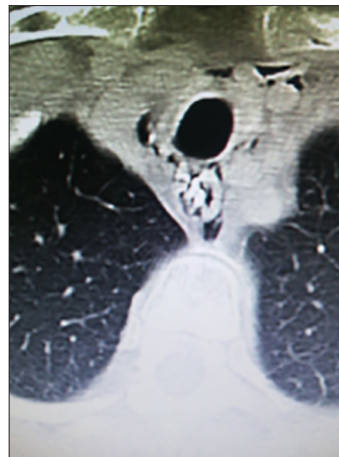
0164 - PERFORACION ESOFAGICA SECUNDARIA A SEMILLA DE LUPINES: RESOLUCION ENDOSCOPICA MEDIANTE COLOCACION DE CLIPS METALICOS

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Esófago

LEDESMA, Claudia | VERA, Natalia | REYES, Andres | IRIARTE, Mariel | ALDABE, Noel
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Trabajo: Introducción: La perforación del esófago es una patología poco frecuente, constituye una verdadera emergencia, potencialmente mortal, con una presentación clínica variable y posibilidades terapéuticas varias cuyo pronóstico depende fundamentalmente de la precocidad diagnóstica y de la mediastinitis consecuente. La frecuencia de perforación esofágica asociada a un cuerpo extraño intraluminal es muy baja y se ha informado aproximada al 1 %. Los sitios afectados corresponden a las tres estrecheces anatómicas: cricofaríngea, broncoarítica y diafragmática. El tratamiento debe individualizarse y puede ser conservador en casos seleccionados, además, existen diferentes procedimientos quirúrgicos para tal efecto, lo que demuestra que no existe un procedimiento terapéutico que pueda ser considerado de elección. **Objetivos:** Demostrar como un verdadero desafío endoscópico la resolución inmediata mediante clips metálicos de perforación esofágica secundaria a cuerpo extraño. **Paciente y Métodos:** Mujer de 83 años de edad. Antecedentes de cardiopatía isquémica. Acude a urgencias por afagia de 12 horas de evolución posterior a ingesta de semilla de lupin. A la exploración física se encuentra lúcida, hemodinámicamente estable, afebril. No presenta enfisema subcutáneo. Normonutrida. La analítica se no revela alteraciones. Se realiza VEDA donde se observa a 15 cm de arcada dentaria superior semilla blanquecina impactada ocupando la totalidad de la luz esofágica, se extrae con dispositivo de red constatándose posteriormente perforación de 0,8 cm. Se colocan 3 clips metálicos con cierre de la misma. Se inicia antibióticos endovenosos intraprocedimiento. Se solicita tomografía helicoidal de cuello y tórax donde se evidencia material de alta densidad a nivel de la luz del esófago asociado a pequeño neumomediastino y enfisema subcutáneo. Inicia hidratación parenteral, continúa con antibióticoterapia endovenosa. Se realiza tránsito esofágico con contraste hidrosoluble al tercer día de internación donde no se objetiva fuga del mismo. Se progresa dieta líquida con buena tolerancia. A los 7 días la paciente se encontraba asintomática, tolerando dieta blanda. El laboratorio de rutina resultó dentro de parámetros normales. **Conclusión:** La extracción de los cuerpos extraños mediante endoscopia permite identificar el objeto, valorar el estado de la mucosa subyacente y comprobar si se ha producido alguna complicación y de esta manera intentar su resolución, hechos que han permitido reducir enormemente la morbilidad y mortalidad de esta patología y en muchas oportunidades evitar terapéuticas más agresivas.



CC - ESÓFAGO

0170 - DIAGNÓSTICO ECOENDOSCÓPICO DE LINFOMA ESOFÁGICO PRIMARIO

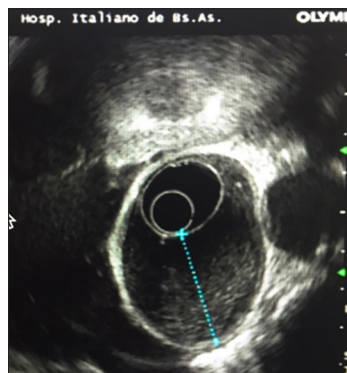
Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Esófago

RAMIREZ MEDINACELI, Verónica Jesica | WRIGHT, Fernando | ORÍA, Ines | VIL-LAVERDE, Augusto | PIZZALA, Juan | ABECIA, Victor | MAHLER, Manuel | SIVORI, Enrique | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO

Descripción: El linfoma esofágico primario es extremadamente raro, con menos de 40 casos reportados en la bibliografía. Su forma de presentación es diversa e inespecífica por lo que representa un desafío diagnóstico. Describimos el caso de un linfoma esofágico primario No Hodgkin y su estudio. Reporte de caso: Paciente de sexo femenino, de 68 años de edad, ex-tabaquista, es derivada a nuestra institución para estudio y tratamiento de lesión esofágica submucosa extensa. Había comenzado tres meses atrás con disfagia progresiva y pérdida de 8kg de peso. Traía VEDA donde se observaba desde la unión gastroesofágica hasta el esófago superior, disminución crítica de la luz a expensas de masa ocupante cubierta por mucosa normal que ocupaba más del 75% de la circunferencia. Biopsias de la mucosa normales. En la seriada esofágica informaba improntas ligeramente lobuladas e irregulares que impresionan ser submucosas, distribuidas a lo largo de todo el trayecto esofágico, compatible en primera instancia con leiomiomatosis difusa. Al ingreso en nuestro centro realiza laboratorio completo con serologías, sin particularidades excepto una leve anemia ferropénica. Examen físico sin particularidades. En tomografía (TC) de cuello, tórax, abdomen y pelvis con técnica de distensión (neumo TC) presentaba una lesión localizada en la pared esofágica afectando desde el tercio proximal hasta el distal, con diámetro parietal máximo de 6,7 cm, produciendo estenosis severa de la luz. No se observaban adenomegalias a nivel de mediastino. En la ecoendoscopia digestiva alta se observó, desde 41 cm hasta los 19 cm de arcada dentaria superior (ADS) engrosamiento de toda la pared esofágica, difuso, homogéneo de límites netos, sin traspasar la cuarta capa (muscular propia); ni involucrar estructuras vecinas. Este engrosamiento se acentuaba a nivel del tercio medio esofágico, con un diámetro máximo de 67 mm. No se observaban adenopatías mediastinales. Se realiza punción aspiración con aguja de 19G. El informe de anatomía patológica indicó Linfoma primario de células B de bajo grado histológico CD20 positivo Bcl2 positivo CD10 positivo débil, y un Ki67 de 10%. Biopsia de médula ósea normal. Conclusión El tracto gastrointestinal es el sitio extranodal mas frecuente de los linfomas, aunque su afectación primaria es rara, y esofágica excepcional. Debido a que los hallazgos radiográficos y endoscópicos son muy diversos, pudiendo presentarse como una lesión polipoidea, submucosa, ulcerada o estenótica, la mayoría se diagnostica tardíamente o en la cirugía. Además el tejido linfóide en el tracto digestivo esta distribuido en la lamina propia y submucosa, por lo que las biopsias endoscópicas generalmente tienen bajo rédito diagnóstico. La ecoendoscopia ha probado su superioridad en estos casos ya que además de su alta resolución y capacidad de brindar información de las capas mas profundas de la pared esofágica, nos da la posibilidad de punción que permitió el diagnóstico definitivo en nuestro paciente y evitar así una cirugía innecesaria.



CC - ESTÓMAGO

0010 - "NATURALEZA SABIA"

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Estómago

Unidad Temática 2: Endoscopia: Esófago

LOTERO POLESEL, Julio Cesar(1) | SANGUINETTI, José María(2) | BOGADO, Silvia Alejandra(3)

IGES-HOSPITAL MILITAR SALTA (1); IGES-HOSPITAL MILITAR SALTA- UNSA (2); IGES-HOSPITAL MILITAR SALTA (3)

Introducción: Las complicaciones tardías de la colocación de stent en el tracto gastrointestinal (TGI) ocurren en menos del 20%; la migración es la más frecuente. Caso: Varón, 45 años, ingesta crónica AINEs e IBPs. Con factores de alarma se realiza VEDA que demuestra Ca gástrico (células anillo sello). Lab, TC tórax y abdomen S/P. Laparotomía exploradora con invasión locoregional. Se realiza gastrectomía total ampliada con esofagoyeyunoanastomosis. A las 72 hs se constata dehiscencia de la anastomosis esofágica; inicia tratamiento médico y se coloca stent cubierto guiado por Rx y avenamiento pleural izquierdo. Con evolución favorable es externado a la 4ta semana de la cirugía. Inicia tratamiento QT. Presenta dolor abdominal, náuseas y vómitos por lo que consulta. Rx directa de abdomen constata migración del stent y niveles hidroaéreos. US abd dilatación cecal e fleon terminal y escaso liquido libre. La TC de abdomen y pelvis refuerza lo anterior. Previo a la laparotomía tiene eliminación espontánea del stent con desaparición de síntomas. Control Rx sin signos de complicación. La colocación de los stents en el TGI no es una prerrogativa de ninguna especialidad. Radiólogos intervencionistas, gastroenterólogos o cirujanos con entrenamiento y experiencia lo pueden realizar. Los stents que cruzan la unión gastroesofágica presentan mayor riesgo de migración. En las fistulas sin estenosis, stents de gran calibre y cubiertos son los de elección. Aunque los stents totalmente cubiertos pueden ser más fácilmente removidos que los parcialmente recubiertos, muchos prefieren un stent parcialmente cubierto en esta situación por permitir un mejor anclaje en la porción descubierta. En las indicaciones benignas, no está claro cuánto tiempo debe dejarse el stent para ser removido. Dentro de los factores que influyen está la causa que lo motivó y dentro de las complicaciones tardías es muy frecuente la migración del stent. Poder determinar el tipo de stent y cuánto tiempo debería permanecer, cuáles y como serían los controles son importantes de definir a fin de disminuir las posibles complicaciones.



CC - ESTÓMAGO

0023 - GIST CD 117 NEGATIVO: A PROPOSITO DE UN CASO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Estómago

Unidad Temática 2: Gastro: Intestino Delgado

BILDER, Hugo Germán | STACH, Lucía | GARRIDO, Matías | MASSA, Sergio | CALZETTA, Pablo | CURRAS, Alfredo

HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS "JUAN A. FERNÁNDEZ"

Introducción: Los tumores de la estroma gastrointestinal representan las neoplasias mesenquimáticas más frecuentes del tracto digestivo. Se originan en las células intersticiales de Cajal y presentan, característicamente, una mutación genética que tiene como resultado la ganancia en la función de la actividad tirosinasa de KIT. En su gran mayoría expresan la glicoproteína c-kit/ CD 117 y se localizan principalmente en estómago e intestino delgado. Objetivo: Presentar un caso clínico de una variante poco frecuente de GIST. Caso clínico: Mujer de 57 años de edad con antecedentes de hipotiroidismo, HTA, colecistectomía y AHT a los 27 años. Refiere epigastria intermitente de 7 meses de evolución. EF: Abdomen blando, depresible, indoloro, no se palpan masas. Se efectúa TC de abdomen que informa, en proyección anteroposterior, lesión parietal exofítica, de 136 x 107 x 70 mm, que crece hacia la cavidad abdominal y presenta realce tras administración de contraste endovenoso, compatible con proceso atípico primario. Laboratorio: anemia microcítica, CEA, CA 19-9 y Alfa feto Proteína: normal. VEDA: En cuerpo gástrico, sobre curvatura menor, hacia cara anterior, lesión elevada, lobulada, de aproximadamente 4 cm de diámetro, con área deprimida central y sangrado fácil al contacto con la pinza. Biopsia: negativa. En NeumoTC se evidencia extensa formación sólida con realce heterogéneo tras administración de contraste endovenoso, que se origina a nivel de techo gástrico. Por sospecha de

lesión maligna, se realiza gastrectomía parcial con resección total de la lesión. Anatomía Patológica: Formación ovoide de 17 x 10 x 4.5 cm compuesta por una proliferación fusocelular dispuesta en haces y fascículos entrelazados con una rica trama vascular. Índice mitótico: 3 mitosis/ 50 cps de gran aumento. Márgenes de crecimiento expansivos desde la capa muscular de manera exofítica hacia la serosa, sin comprometer la capa mucosa superficial. Inmunohistoquímica: CD 34: (+); CD 117: (-); Desmina: (-); S-100: (-); CD 99: (-); AML: (-); DOG 1: (-); Ki 67: 10%. Compatible con GIST de potencial maligno incierto. Al no ser posible realizar el análisis mutacional y por tratarse de un tumor con alto riesgo de recaída, se indicó tratamiento adyuvante con Mesilato de Imatinib. Conclusión: Gran parte de los GIST kit negativos por IHQ presentan mutaciones de PDGFRa y KIT, por lo que éstos pacientes podrían ser sensibles al tratamiento con inhibidores de los mismos, como el Imatinib.



CC - ESTÓMAGO

0166 - LINFOMA PRIMARIO GÁSTRICO TIPO MALT: REPORTE DE UN CASO DE DIFÍCIL MANEJO

Modalidad: 2-Casos Clínicos

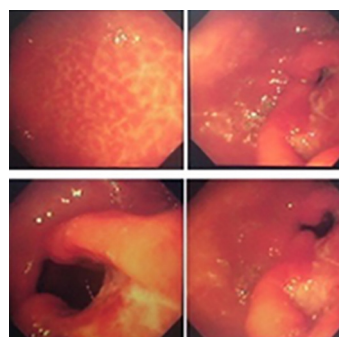
Unidad Temática: Endoscopia: Estómago

Unidad Temática 2: Gastro: Estómago

BEDINI, Marianela Patricia(1) | BELLA, Santiago Rafael(1) | BRIGNONE, Nicolas(2) | BUTTI, Abel(1) | GORORDO IPIÑA, Carolina(1) | SAMBUELLI, Gabriela María(1) | TRAKAL, Esteban(1) | TRAKAL, Juan José(1) | ZÁRATE, Fabián Eduardo(1) | SAMBUELLI, Ruben(1)

CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA (1); HOSPITAL CÓRDOBA (2)

Descripción: INTRODUCCIÓN: Los linfomas gástricos primarios dan cuenta del 1 al 6 % de todos los tumores gástricos malignos. El linfoma de células B de zona marginal (MALT) corresponde al subtipo predominante en el 40 al 50 % de los casos. Su asociación con *Helicobacter Pylori* es conocida. A pesar de su frecuencia, presenta dificultades diagnósticas, ya que sus manifestaciones clínicas son inespecíficas y los hallazgos endoscópicos resultan variables. Su diagnóstico es histológico, con el aporte de técnicas de inmunohistoquímica para adecuada caracterización. Exponemos el caso de un paciente con linfoma MALT que presente dificultad diagnóstica y terapéutica. CASO CLÍNICO: Paciente de sexo masculino 55 años de edad, oriundo de Córdoba, sin antecedentes personales patológicos conocidos, consulto en otro nosocomio por cuadro clínico de dispepsia. Examen físico y estudios de laboratorio: normales. VEDA: lesión ulcerada de bordes regulares, 3 cm de diámetro, a nivel del antro prepilórico. La anatomía patológica en el lugar de consulta original fue informada como gastritis crónica superficial activa, *Helicobacter Pylori* positivo y metaplasia intestinal incompleta. Ecografía de abdomen: adenopatías en proyección del ligamento gastroduodenal, esplenomegalia homogénea y moderado engrosamiento de la pared del bulbo duodenal. Se inició tratamiento erradicador con amoxicilina, claritromicina, y omeprazol por 7 días a dosis estándares. Dos meses posteriores nueva VEDA evidenció misma lesión ulcerada con compromiso del canal pilórico. La biopsia informó: adenocarcinoma poco diferenciado. PET y TAC toracoabdominal para estadificación tumoral: Un arrojaron compromiso extragástrico. Con estos estudios fue derivada a nuestra institución para gastrectomía parcial. El informe anatomopatológico de la pieza quirúrgica no mostró adenocarcinoma sino una lesión tumoral de células atípicas con complejos linfocitales que infiltraba mucosa y submucosa e invasión parcial del sector proximal del duodeno. En cuerpo gástrico no tumoral se observaron folículos linfoides y elementos en el mucus que sugirieron infección por *Helicobacter Pylori*. No presentó lesiones metastásicas ni linfomatosas en los ganglios obtenidos. La inmunomarcación fue consistente con linfoma gástrico CD20 positivo asociado a infección por el *Helicobacter Pylori*. CONCLUSIÓN: Un diagnóstico y tratamiento adecuado del linfoma MALT conlleva a un buen pronóstico y una elevada tasa de sobrevida. El tratamiento en estadios iniciales con triple esquema para *Helicobacter Pylori* presenta una tasa de respuesta de hasta el 90 %. Si no se logra la remisión completa, existen posibilidades de otros esquemas terapéuticos como radioterapia y quimioterapia, reservándose solo el tratamiento quirúrgico para las complicaciones. Un patólogo experto en linfomas resulta esencial para arribar a un diagnóstico de certeza, permitiendo un esquema terapéutico adecuado. Observaciones: El caso expuesto, nos pareció de interés, ya que reviste una patología de baja frecuencia y difícil diagnóstico.



CC - ESTÓMAGO

0174 - REPORTE DE CASO: FISTULA GASTROCOLICA

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Estómago

Unidad Temática 2: Gastro: Estómago

CALCAGNO, Ramiro | LEON, Cecilia | LUCERO, Gisela | ROMEO, Juan Manuel | GONZALEZ, Pablo | PRECETTI, Fabian | GHIRALDO, Ana Lia | MARINI, Eduardo
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJIA

Descripción: Introducción: La fistula gastrocólica (FGC) es la comunicación anormal que se da en la mayoría de los casos, entre el estómago y el colon transverso. Ocurre principalmente en adultos, pero también se puede observar en pacientes pediátricos, secundario a malformaciones genéticas o procedimientos iatrogénicos (post PEG). En países occidentales, la causa más común es el adenocarcinoma de colon, mientras que en Japón la causa más frecuente es el cáncer gástrico; también se puede presentar como complicación de patologías benignas como úlcera péptica, enfermedad de Crohn o consumo significativo de Aines o corticosteroides, pancreatitis crónica, tumores endocrinos, diverticulosis, tuberculosis, linfoma de Hodgkin, etc. Los síntomas típicos de la FGC son dolor abdominal, náuseas y vómitos, diarrea, pérdida de peso y halitosis fecal; también se puede presentar con hemorragia digestiva. Los estudios baritados confirman el diagnóstico en el 90-100% de los casos. La endoscopia no es de elección para el diagnóstico pero sí para descartar patología maligna o confirmar y tomar biopsia. Caso: Paciente de 73 años, tabaquista severo, IAM en 2010, bombero de profesión, con antecedente de politraumatismo en 1990 que requirió internación en UTI y desarrollando como complicación úlcera por stress perforada requiriendo múltiples cirugías. Ingresó a clínica médica de nuestro hospital en septiembre 2015 por cuadro de debilidad de 4 miembros asociado a diarrea de 7 días de evolución, 5 deposiciones día, líquidas, sin moco ni sangre. Al laboratorio de ingreso presentó hipokalemia severa (K 1.7 meq/l). Al examen físico palidez mucocutánea, cicatriz supra e infraumbilical de 30cm, edemas infrapatelares 3/6; abdomen con diastasis de rectos anteriores, eventración mediana, blando, depresible e indoloro. Refiere pérdida de peso de 30kg en los últimos 6 meses. Dado los antecedentes quirúrgicos del paciente y la sospecha se solicitan los siguientes estudios complementarios. SEG: Esófago calibre conservado. Buen pasaje de contraste al estómago, no se visualiza hernia hiatal. Deformidad de antro gástrico con FGC. TAC: Abdomen: sobre curvatura mayor del estómago en relación con antro gástrico probable solución de continuidad hacia mesocolon transverso. No se descarta trayecto fistuloso entre ambos órganos, asociado a marcados cambios inflamatorios en grasa adyacente. VEDA: Esófago cambio mucoso a 41 cm de ADS. Hiato a 44 cm. H. Hiatal. Erosión lineal menor a 5 mm. Estómago: Techo y cuerpo mucosa de aspecto congestivo. A nivel de antro, deformación del mismo por lesión ulcerada con distorsión grosera de pliegues mucosos de aspecto blastomatoso. A ese nivel, se observa hilo de sutura y dos orificios vecinos entre sí por donde se accede a colon; uno de ellos, comunica con colon distal con mucosa de aspecto normal y sin restos fecales, el otro comunica con colon transverso con abundante contenido intestinal. No permitiendo evaluar las características de la mucosa. Se toman varias biopsias de la lesión. No se pudo identificar zona piloro-duodenal. La anatomía patológica muestra mucosa gástrica edematosa con playas de metaplasia enteral y células calciformes con infiltrados inflamatorios crónicos reagudizados. Solución de continuidad con depósitos de fibrina y acumulos leucocitarios con infiltración inflamatoria crónica y de granulación inespecífica. Conclusión: La FGC es una entidad de mal pronóstico, originada a partir de una variedad de procesos patológicos, incluyendo patología benigna, maligna, espontánea o iatrogénica. El mejor método diagnóstico son los estudios baritados y el tratamiento es quirúrgico. La FGC es una poco frecuente complicación de diversas patologías gastrointestinales, en el caso de nuestro paciente se observa evolutivamente luego de un cierre simple de una úlcera por stress perforada hace 25 años. La pérdida hidroelectrolítica se debe al rápido pasaje del contenido gástrico al colon, con la

consecuente irritación ácida. Nuestro paciente fallece por complicaciones cardiovasculares secundarias a la hipokalemia.

CC - ESTÓMAGO

0194 - PÓLIPO GÁSTRICO: UN SUBTIPO INFRECIENTE

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Estómago

Unidad Temática 2: Endoscopia: Investigación Básica

RAMIREZ MEDINACELI, Verónica Jesica | PASQUA, Analía | AGOFF, Laura | CEPEDA, Jesica | GIMENEZ, Fernando | LAM CHON, Rudiger | CAUSADA, Natalia | SANTINO, Juan Pablo | DE PAULA, Juan | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Trabajo: Introducción El amplio uso de la endoscopia digestiva en la práctica gastroenterológica revela con frecuencia la existencia de pólipos gástricos; si bien algunos subtipos histológicos tienen potencial maligno o indican un riesgo aumentado de malignidad extradigestiva, la mayoría se detecta incidentalmente, no produce síntomas y tiene naturaleza benigna. Se reporta el caso de un paciente con un pólipo de antro de un subtipo infrecuente. Reporte de caso Paciente de sexo masculino de 47 años con antecedentes de peritonitis apendicular, gastritis e hipotiroidismo tratado con levotiroxina que consultó por anemia ferropénica. El examen físico era normal. Anticuerpos para enfermedad celíaca (+). Endoscopia: Esofagitis B, gastropatía erosiva, biopsias de duodeno de aspecto normal. Histo: duodeno con linfocitosis intraepitelial y atrofia vellositaria total (IIIC de la clasificación de Marsh) y estómago con gastritis crónica a predominio antral con componente de gastritis linfocitaria sin *Helicobacter pylori*. Test del aire espirado con urea marcada para *Helicobacter pylori* (-). Colonoscopia: resección de 2 adenomas tubulares. Inició dieta libre de gluten con normalización de hemograma. Control endoscópico: Pólipo sétil de +/- 8 mm antral (resección) y biopsias de antro, cuerpo y duodeno de aspecto normal. Histo: duodeno con linfocitosis intraepitelial, antritis crónica leve inactiva sin *Helicobacter pylori* y formación polipoide constituida por glándulas mucosas en disposición nodular en submucosa sin atipia y sin *Helicobacter* (heterotopia de glándula de Brunner). Discusión Los pólipos gástricos más frecuentes son los de glándulas fúndicas seguidos por los hiperplásicos, adenomas y fibroides inflamatorios. Comunicamos el caso de un paciente asintomático con antecedentes de enfermedad celíaca cumpliendo dieta libre de gluten y de gastritis linfocitaria asociada a *Helicobacter pylori* tratada en la cual se detectó, en el contexto de una endoscopia alta para control, un pólipo antral que resultó una heterotopia de glándula de Brunner. De acuerdo con nuestra búsqueda bibliográfica sobre este subtipo de pólipo, existen cuatro publicados, incluyendo uno con foco de adenoma tubular. Además, la asociación de este tipo de pólipo con la enfermedad celíaca y/o con la gastritis linfocitaria no ha sido descrita. En nuestro caso, resultó llamativo que el pólipo no fue observado en endoscopias previas y que su estudio histopatológico exhaustivo no reveló dilatación quística ni inflamación.

CC - ESTÓMAGO

0220 - ADENOCARCINOMA GÁSTRICO Y POLIPOSIS PROXIMAL DEL ESTÓMAGO. REPORTE DE UN CASO

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Estómago

HIGA, Roberto | ARCO, Mauricio | PELLIZZONI, Monica | ROMAN, Hector Osvaldo | FANJUL, Veronica | LOZZI, Ruben Dario

CLINICA COLON. MAR DEL PLATA

Descripción: Introducción : Los pólipos glandulares fúndicos son los de mayor prevalencia a nivel gástrico. Pueden ser esporádicos, habitualmente asociados al uso de inhibidores de la bomba de protones e inversamente asociado a la infección por HP o asociados a síndromes polipodeos No es usual la asociación de pólipos fúndicos esporádicos con la aparición de adenocarcinoma. Objetivo : reportar el caso de una paciente con pólipos fúndicos esporádicos asociados a adenocarcinoma gástrico Presentación del caso: Paciente de sexo femenino de 63 años de edad derivada para screenig y evaluación por pirosis de larga data bajo tratamiento con inhibidores de la bomba de protones sin interrupción desde hacía más de 3 años con respuesta parcial. Buen estado general. Al examen físico: se palpa tumoración epigástrica de consistencia dura y difícil de delimitar. Se realiza videoesofagogastroduodenoscopia en donde se observa a nivel de techo y cuerpo sobre curva mayor y hacia ambas caras múltiples pólipos sétiles entre 0,5 y 1 cm de diámetro de aspecto fúndico y en cuerpo alto una lesión elevada de mas de 3 cm de consistencia dura y superficie irregular. Se extirpan algunos de los pólipos y se biopsia la lesión . El duodeno es de características normales. Videocolonoscopia sin lesiones El estudio anatomopatológico informa : 1: lesiones polipoideas con dilatación de glándulas fúndicas y con dilataciones quísticas compatibles con pólipos fundicos 2: fragmentos de mucosa gástrica reemplazados por glándulas neofomadas , con sectores cribiformes y perdida de la polaridad celular y

de la relación nuclecitoplasmática. Adenocarcinoma gástrico Conclusiones : El potencial maligno de los pólipos glandulares fundicos es escaso. Recientemente se han descripto casos de asociación de pólipos proximales con adenocarcinoma . La observación detallada y el muestreo de las lesiones que se destaquen por su morfología o tamaño, es lo indicado en esta situación.

CC - INTESTINO DELGADO

0074 - A PROPÓSITO DE UN CASO: DIVERTICULO DUODENAL COMO ETIOLOGÍA DE INTUSUSCEPCIÓN Y COLESTASIS

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Intestino Delgado

Unidad Temática 2: Gastro: Intestino Delgado

ANSA, Amorina | FERNANDEZ, Florencia | VISCARDI, Juan Pablo | TRELLES, Felix | PADIN, Lorenzo Fernando | BRODERSEN, Carlos

HOSPITAL CARLOS G. DURAND

Descripción: Paciente masculino de 52 años de edad, con antecedentes de diabetes de reciente diagnóstico (no insulino requiriente) y obesidad, que consulta a guardia externa de nuestro nosocomio por cuadro de dolor epigástrico intensidad 7/10, vómitos alimentarios post ingesta y coloración amarillenta de piel y mucosas de 5 días de evolución. Al examen físico presentaba regular estado general, signos de deshidratación moderada e ictericia. Se realizó laboratorio donde se evidencian leucocitosis de 18900/mm3, hiperglucemia de 257 mg/dl, IRA prerrenal (Urea 321 mg/dl y Creatinina 2.94 mg/dl) y alteración del hepatograma con patrón de colestasis (BT 17.19 mg/dl, BD 12.9 mg/dl, GOT62 UI/l, GPT 57 UI/l, FAL 410 UI/l). Se realizó ecografía abdominal que evidenció vesícula de paredes finas alitiásica, vía biliar no dilatada, sin otras particularidades. Radiografía de abdomen de pie sin hallazgos relevantes. Cirugía de guardia descarta abdomen agudo quirúrgico. Por persistencia de vómitos y dolor abdominal se decide realización de videoendoscopia digestiva alta. En la misma se evidencia divertículo duodenal gigante, móvil, que ocupa el calibre luminal en casi su totalidad, no permitiendo el pasaje del instrumental a segunda porción duodenal; por lo que se sospecha suboclusión intestinal por intususcepción, con probable obstrucción de papila duodenal. Luego del estudio endoscópico el paciente evoluciona favorablemente a las 24 horas, con disminución del dolor, buena tolerancia a la vía oral y mejoría de valores de laboratorio con normalización de función renal y descenso de bilirrubina. Se decide alta hospitalaria del paciente con seguimiento ambulatorio y se solicita TC-MC. En la tomografía, realizada un mes posterior al episodio agudo, llama la atención una imagen de aspecto sacular en segunda porción duodenal, sin otros hallazgos de importancia. Para caracterizar mejor dicha imagen, se solicita también estudio contrastado (SEGD) en el que se observa en topografía de segunda porción duodenal gran formación sacular que retiene el contraste en su interior, con adecuada progresión del mismo al resto del tubo digestivo. Confirmándose así el diagnóstico presuntivo y descartándose otras etiologías. Actualmente el paciente se encuentra asintomático, con valores de laboratorio conservados, en plan de evaluación por Cirugía general para decidir conducta terapéutica.



CC - INTESTINO DELGADO

0146 - ESPIROQUETOSIS INTESTINAL. A PROPOSITO DE UN CASO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Intestino Delgado

LUZURIAGA, Guadalupe | PARRA WIRTH, Estela | PORFILIO GULARTE, Giovanna | ROYG JARA, Diego Sebastian

HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DR. RAMON MADARIAGA

Introducción: INTRODUCCION: La espiroquetosis intestinal es una infección bacteriana infrecuente producida por espiroquetas (no treponemias) que afecta recto, colon y apéndice. En humanos afectan las especies *Brachyspira aalborgi* y *pilosicoli*.

La incidencia y prevalencia varía desde 0,4% a 12%. Se presenta con mayor frecuencia en hombres, homosexuales, infección por HIV, malas condiciones higiénicas. La infección por espiroquetosis intestinal puede cursar asintomática o presentar diarrea crónica (síntoma predominante), dolor abdominal, pérdida de peso, hematoquecia. Macroscópicamente la mucosa colónica suele ser normal; en menor proporción se evidencia eritema, úlceras y pústula. Histológicamente: se identifica espiroquetas en el borde del cepillo de la mucosa intestinal con H/E (imagen patognomónica). Se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial en pacientes inmunocomprometidos con diarrea crónica. **OBJETIVO:** Presentar un caso de espiroquetosis intestinal diagnosticado como hallazgo endoscópico. **CASO CLÍNICO:** Paciente de sexo masculino sin antecedentes patológicos conocidos q consulta por dolor abdominal tipo cólico recurrente, alteración del ritmo evacuatorio, pérdida de peso 10Kg en 2 años. Realizo tratamiento con musculotrópicos sin mejoría clínica, asumido como colon irritable. **LBT:** Hto 47%, Hb 15,3g/dl, Colon por enema: se plenificó hasta colon ascendente donde se observó estenosis de la luz que persiste a pesar de maniobras de distensión. **VCC:** En ciego y colon ascendente se observó mucosa congestiva con borramiento del patrón vascular, al tacto endoscópico tienda de campaña positivo. **A.P.:** mucosa colónica con edema vasocongestión e infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y polimorfonuclear. Revisando la superficie apical de células epiteliales se evidencian numerosas bacterias compatibles con espiroquetas. Se inicio antibiótico terapia con metronidazol 1,5g/14 días. El paciente evolucionó asintomático. **CONCLUSIÓN:** En el caso de nuestro paciente consulto dolor abdominal recurrente, fue tratado como colon irritable sin buena evolución se decidió realizar VCC, que evidencio mucosa congestiva en fondo cecal y colon ascendente y se confirmo el diagnóstico por anatomía patológica.

CC - INTESTINO DELGADO

0160 - LESION DE DIEULAFOY: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Intestino Delgado

MARTINEZ, Mariano Emanuel | VARELA, David | PEREZ, Ana Saralia | CASTILLO, Gabriela | ZÁRATE, Fabián Eduardo | COUTO, Juan Horacio | FADUL, Miguel Angel
HOSPITAL CORDOBA

Descripción: introduccion: la lesion de dieulafoy o vaso submucoso aberrante de gran calibre (1 a 3 mm de diámetro) que protruye a través de la mucosa en ausencia de úlcera, representa menos del 1% de todos los casos de hemorragia digestiva alta. Se localiza habitualmente en fundus gástrico y curvatura menor a unos 6 cm aprox. De la uég. Siendo rara su localización en intestino delgado o colon. **Objetivo:** presentar un caso clinico-endoscopico de localizacion inusual y revision de la literatura. **Caso clínico:** paciente masculino de 79 años con antecedentes de hta, icc, miocardiopatía dilatada chagásica, muerte súbita por arritmia ventricular con cardioversion eléctrica (año 2013). Medicación habitual: carvedilol, espirolactona, enalapril, atorvastatina, aas. Ingresa al servicio de cardiología con diagnóstico de taquicardia ventricular no sostenida por insuficiencia cardíaca descompensada secundario a miocardiopatía chagásica dilatada. Laboratorio: hb: 12,8 hc: 39,5 urea: 89% app: 72%. Al 8vo día de internación presenta episodio de hematoquecia (5 a 6 deposiciones de sangre fresca con coágulos, aprox 1.300 ml.) Asociado a débito sanguinolento por sng, con inestabilidad hemodinámica, es remitido a uti con diagnóstico de shock hipovolémico secundario a hemorragia digestiva. Valorado por cirugía gral, se suspende aas y enoxaparina. Nuevo lab: hb:4,5 hc: 13,9. Urea:139. Por caída abrupta de hb y hc se transfunden 2 u.grs. Y se realiza veda donde se observa duodenitis erosiva y sangrado activo «en napa» sobre vaso visible submucoso en cara posterior de bulbo y segunda porción duodenal, donde se inyecta adrenalina 1:10000 constatando cese del sangrado. Dos días después, presenta nuevamente hematoquecia y melena con caída de hc y hb. Se realiza nueva veda, observándose sobre cara posterior de bulbo y hacia rodilla duodenal superior, lesión tipo «dieulafoy» con sangrado activo «en napa». Se inyecta adrenalina 1:10000 y polidocanol al 2% sobre 3 cuadrantes visibles constatando cese inmediato del sangrado. Finalmente el 12º día de internación con buena evolución, se progresa dieta líquida y blanda. Catarsis + no melénicas. Al 15º día se otorga alta hospitalaria con indicaciones médicas y control por consultorios externos. **Conclusión:** el diagnóstico endoscópico suele ser dificultoso ya que la lesión puede estar cubierta por sangrado profuso o bien no presentar ninguna evidencia de sangrado. La hemorragia es más frecuente en pacientes con comorbilidades cardiovasculares o el uso de aas/aines y presenta un riesgo promedio de re-sangrado de 19% hasta un 40%, incluso con terapéutica endoscópica, según la bibliografía. Los métodos mecánicos son el tratamiento de elección (hemoclips o ligadura con bandas) con eficacia entre 75-100%, con buen pronóstico post tto endoscópico. Métodos de inyección con adrenalina/aet, argon plasma, también son considerados. El tto quirúrgico se reserva para sangrados refractarios al tratamiento endoscópico.

CC - INTESTINO DELGADO

0176 - POLIPO DUODENAL GIGANTE: CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN GERIATRIA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Intestino Delgado

CANTEROS, Julio | LEDESMA, Claudia | MORALES, CABEZAS, Bella | VERA, Natalia | ALDABE, Noel | IRIARTE, Mariel

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Trabajo: Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA) es toda pérdida hemática de cuantía suficiente como para producir hematemesis, melena o ambas, cuyo origen se encuentra entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz. La hemorragia digestiva alta reviste singular importancia en el anciano ya que constituyen una población de alto riesgo, siendo este un evento que puede rápidamente poner en peligro la vida. Se considera de importancia capital la realización precoz de la endoscopia para el diagnóstico y tratamiento consecuente limitándose la cirugía cuando fracase el tratamiento endoscópico, el farmacológico o ambos; hemorragia inicial masiva o no controlada, dos recidivas leves o una grave, con posterioridad al procedimiento endoscópico. En el anciano, la realización de endoscopia urgente nos permite identificar el origen del sangrado, nos aporta información pronóstica y nos ayuda a decidir la terapéutica endoscópica más adecuada para cada tipo de lesión. Las indicaciones de la endoscopia en el anciano son las mismas que en el paciente joven, pero debemos tener en cuenta que las comorbilidades asociadas aumentan el riesgo de complicaciones durante la endoscopia, por lo que para realizarla de forma segura, ha de valorarse antes la situación clínica del paciente. La causa de la hemorragia digestiva alta se identifica en el 80 % de los enfermos, entre las que se encuentran: Úlcera péptica, erosiones gastroduodenales, esofagitis, várices, Síndrome de Mallory Weiss, Malformaciones vasculares, Neoplasias. El hallazgo de pólipos duodenales gigantes como causa de hemorragia digestiva alta en el anciano es infrecuente y se considera de suma importancia el correcto abordaje endoscópico - terapéutico a fines de evitar cirugías que incrementan la morbimortalidad en esta población. **Objetivos:** Demostrar la utilidad de la endoscopia de urgencia en el paciente anciano para identificar la causa de sangrado en la hemorragia digestiva alta, aplicando terapéutica endoscópica en forma segura aún en lesiones dificultosas e infrecuentes como la que se describe en este caso. **Paciente y Métodos:** Mujer de 88 años que ingresa al Servicio de Emergencias por hematemesis con descompensación hemodinámica con requerimiento de soporte transfusional por lo que se internó en UTI. Antecedentes de cardiopatía isquémica. Se realiza VEDA observándose en la segunda porción duodenal pólipo de pedículo grueso de 4 cm que se extiende hacia la tercera porción duodenal donde se encuentra la cabeza, de 2,5 cm, rojo vinoso con superficie ulcerada y coágulos adheridos. Se infiltra la base con adrenalina 1/10000, se realiza polipectomía con asa y se recupera con dispositivo con red. Se colocan posteriormente dos clips metálicos hemostáticos en el pedículo remanente. No se observaron complicaciones inmediatas ni tardías inherentes al procedimiento. La paciente evoluciona estable. **Anatomía Patológica:** Adenoma tubular con displasia de alto grado. Categoría 4.1 de viena. Ulceración multifocal. Borde de resección pedicular libre de lesión displásica. **Conclusión:** El hallazgo de pólipos duodenales en el anciano como causa de hemorragia digestiva alta es sumamente infrecuente siendo la realización de endoscopia urgente y la aplicación de terapéutica endoscópica es un método seguro y eficaz para detener el sangrado. La gran eficacia de la terapéutica endoscópica ha reducido de forma significativa la necesidad de cirugía en los pacientes ancianos, evitando tasas de mortalidad postoperatoria.



CC - COLON Y RECTO

0045 - PÓLIPO MIOGLANDULAR INFLAMATORIO. REPORTE DE CASO CLÍNICO

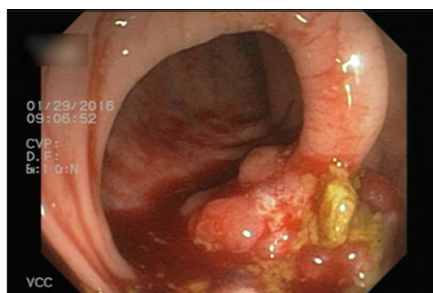
Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

BERNARDI, Gustavo Miguel(1) | SAMBUELLI, Gabriela María(2) | HERRERA NAJUM, Pablo Daniel(1) | RODRIGUEZ, Pablo César(1)

INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGÍA. SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA (1); INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGÍA. SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA (2)

Descripción: Introducción: El pólipo mioglandular inflamatorio o pólipo de Nakamura fue descrito en 1992, su etiología es desconocida. Se han reportado 60 casos hasta el 2009. Suelen ser asintomáticos o presentar síntomas inespecíficos con sangre oculta en heces, hematoquezia o anemia. Se localizan en el colon a predominio de rectosigmo, suelen ser únicos, pediculados o subpediculados y ser de gran tamaño. Caso clínico: Paciente varón de 43 años consulta por episodios de pirosis y regurgitación de larga data que no mejoran con hábitos dietéticos e inhibidores de la bomba de protones. Tiene como antecedentes heredofamiliares, padre con diagnóstico de cáncer de colon fallecido. No tiene antecedentes patológicos ni quirúrgicos. Catarsis habitual 1 deposición diaria amarrada, forme, sin restos patológicos. El examen físico era normal. Se solicitan laboratorio y ecografía abdominal normales y se programa Video Endoscopia Digestiva Alta (VEDA) y Videocolonoscopia (VCC). En la VEDA se observa gastropatía no erosiva y en la VCC, en colon sigmoide, se observa pólipo con pedículo ancho de gran tamaño de 40 mm que se extirpa con ansa con técnica de polipectomía con electrocauterio sin complicaciones. La biopsia informó lesión polipoide compuesta por criptas dilatadas quísticamente y otras de aspecto hiperplásico, separadas por bandas de tejido fibromuscular que se extienden desde la muscular de la mucosa a la lámina propia. El epitelio de superficie, en sectores, esta erosionado, mostrando por debajo de él, tejido de granulación y algunas criptas con epitelio regenerativo. El pedículo está conformado por musculo liso y vasos dilatados y congestivos, compatible con pólipo mioglandular inflamatorio. Conclusión: El diagnóstico de este tipo de pólipo es poco frecuente, requiere de tratamiento endoscópico o quirúrgico dependiendo del tamaño del mismo.



CC - COLON Y RECTO

0070 - METÁSTASIS INFRECIENTE EN COLON

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

Unidad Temática 2: Gastro: Colon y recto

RASTELLI, Laureano | FACCAS, Martin | QUINES, Solange | CAPRIOTTI, Luciano Andres | BASILE, Mauricio | TONN, Eugenio Federico | LABORDA MOLTENI, Jorge | MACHUCA, Javier | CARRANZA, Omar | GUAGNINI, Marcelo

HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD DE MAR DEL PLATA

Descripción: INTRODUCCIÓN Los sarcomas de partes blandas constituyen un grupo amplio y heterogeneo de tumores poco comunes, que se caracterizan por requerir un tratamiento multidisciplinario frecuentemente complejo. Comprenden el 1% de todos los tumores malignos y un 2% de la mortalidad por cáncer. El liposarcoma mixoide se presenta habitualmente en extremidades, a nivel de tejidos blandos profundos. Progres de una lesión mixoide de bajo grado a una de alto grado con áreas de células redondas. Constituye el 30-35% de todos los liposarcomas y afecta a adultos de la cuarta o quinta década de la vida, con una ligera predominancia en varones. Clínicamente se presenta como una masa palpable e indolora en la profundidad de los tejidos blandos, más comúnmente en el muslo. El tratamiento es quirúrgico asociado a quimio-radioterapia, que ha demostrado disminuir la recurrencia local. La tasa de supervivencia a los 5 años es del 70% en las lesiones mixoides puras y del 20% en la variante de células redondas. No existe relación significativa entre el tamaño tumoral y el resultado clínico, ya que la recurrencia local y sistémica suele ser alta. Los sitio de metástasis más comunes son pulmón, hígado, tejido adiposo y retroperitoneo. Existen reportes de casos aislados de afectación del tubo digestivo y mama. CASO CLÍNICO Paciente masculino de 61 años que comienza con tumoración indolora en muslo izquierdo. Se realiza ecografía de partes blandas y se observa en la región anterior del muslo izquierdo gran imagen sólida de contornos lobulados levemente heterogenea e hipocóica con vascularización interna en el doppler color y tomografía computada (TC) y resonancia magnética nuclear (RMN) que describen misma lesión de 15 x 6,2 cm entre los músculos recto anterior y vasto externo del cuádriceps. Se realiza estadificación descartando enfermedad metastásica por lo que se realiza cirugía con resección completa del tumor. La biopsia informa liposarcoma mixoide con presencia de células redondas con márgenes libres de neoplasia. Realizó

ayudancia con radioterapia. Control a los 6 meses de la cirugía con RMN de muslo sin evidencia de recidiva local y TC de tórax, abdomen y pelvis sin enfermedad a distancia. A los 6 meses en TC de abdomen y pelvis de control presenta a nivel del flanco derecho en contacto con el tercio distal del colon ascendente masa exofítica, polilobulada, de 84 x 82 mm, lo que conlleva a realiza videocolonoscopia y a nivel del angulo hepático se evidencia lesión irregular, friable, polilobulada no franqueable. Se toman biopsias que informa infiltración por metástasis de liposarcoma mixoide. Se realiza laparoscopia diagnóstica donde se observa gran tumor de consistencia friable y sangrante con implantes en epiplón mayor no resecable. Biopsias de epiplón vinculables con metástasis de liposarcoma. Fallece 1 mes después. Observaciones: CONCLUSIÓN Se presenta este caso clínico de metástasis en colon de liposarcoma mixoide debido a no ser un lugar frecuentemente afectado por este tumor y a la escasa bibliografía reportada sobre el tema.

CC - COLON Y RECTO

0084 - LESIÓN DE DIEULAFOY RECTAL: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

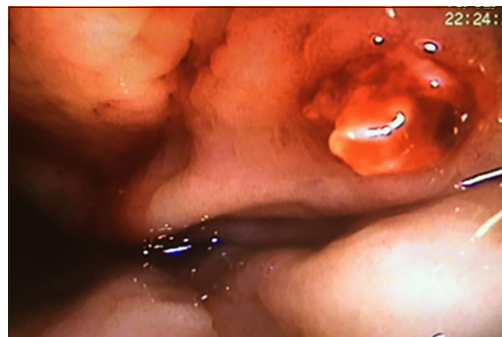
Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

NUÑEZ, Facundo | CARFAGNINI, Paula | MAURETTE, Victoria | DI PAOLA, Leandro | PADIN, Lorenzo | BRODERSEN, Carlos

HOSPITAL CARLOS G. DURAND

Descripción: Se trata de un paciente masculino de 59 años, sin antecedentes de relevancia, cursando internación en UTI por sepsis severa relacionada con absceso paravertebral. Recibe tratamiento antibiótico y drenaje percutáneo con evolución favorable, por lo cual pasa a sala de clínica médica. Intercurre con hematoquezia, descenso de 4 puntos de hemoglobina y descompensación hemodinámica, por lo que reingresa a UTI con diagnóstico de shock hipovolémico, requiriendo IOT/ARM, expansión con cristaloides y transfusión de 5 unidades de glóbulos rojos y 2 unidades de PFC. Se realiza videoendoscopia digestiva alta, la cual evidencia úlcera antral Forrest III. Asimismo se realiza videocolonoscopia completa en la cual se observan múltiples bocas diverticulares en colon sigmoide sin evidencia de sangrado activo o reciente, y a nivel de recto se evidencia sitio de babeo hemático, micropulsátil, sobre mucosa de aspecto conservado. Ante la sospecha endoscópica de lesión de Dieulafoy se realiza terapéutica con inyección de solución de adrenalina y clipping, con cese del sangrado. A los 7 días, el paciente presenta nuevo shock hipovolémico por sangrado digestivo. Se realiza nueva VEDA de urgencia sin hallazgos significativos y VCC en la cual se evidencia sangrado activo en ampolla rectal, la cual se encontraba ocupada por un gran coágulo organizado, no lográndose objetivar sitio preciso de sangrado. Se realiza terapéutica con inyección de solución salina en varias alcuotas de la región transcoágulo, con cese parcial del sangrado. Luego se realiza lavado enérgico y extracción del contenido de la ampolla, descubriéndose vaso aberrante con clip metálico colocado en endoscopia previa, por debajo del coágulo en la zona de inyección. Se decide obliteración con cyanoacrilato sobre dicho vaso, deteniéndose el sangrado. A las 7 horas postprocedimiento el paciente presenta nuevamente hematoquezia, por lo cual, ante la falta de disponibilidad de hemodinamia, se decide intervención quirúrgica por guardia, realizándose proctocolectomía izquierda. Sin intercurencias o complicaciones posteriores, el paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta hospitalaria a los 6 días de postoperatorio. A la fecha no presentó nuevos episodios de hemorragia digestiva y continúa en seguimiento conjunto por los servicios de Cirugía y Gastroenterología. La lesión de Dieulafoy continúa siendo una infrecuente causa de hemorragia digestiva, siendo su localización más habitual en el TGS, y extremadamente infrecuente en el TGI. No hay consenso acerca de la mejor herramienta terapéutica y hasta un 20% presentan resangrado a pesar de un tratamiento inicial efectivo, requiriendo de tratamiento quirúrgico o angiografía con embolización selectiva.



CC - COLON Y RECTO

0099 - VARICES COLONICAS IDIOPATICAS FAMILIARES, UN CASO INFRECUENTE EN LA LITERATURA

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

QUINONES, Sabrina | CALDO, Ignacio Federico | DIAZ, Ricardo Federico | LOMBARDO, Diana | DUTACK, Alejandro | IANNICILLO, Hernan

CEGED, CENTRO DE GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Descripción: INTRODUCCIÓN: Las varices colónicas (VC) son una anomalía vascular digestiva con una incidencia del 0,07%. La hemorragia digestiva recurrente es la manifestación más común, pero pueden presentarse como un hallazgo endoscópico o imagenológico. Las varices colónicas familiares idiopáticas (VCFI) son malformaciones venosas, entidad muy infrecuente cuya etiopatogenia obedece a una enfermedad vascular congénita. Puede manifestarse como una hemorragia digestiva OBJETIVO: Presentar el décimo caso de VCFI publicado a nivel mundial, siendo además el cuarto con presencia de la patología en más de un familiar. CASO CLÍNICO: Caso 1 (Índice): hombre de 35 años derivado por cuadro de anemia ferropénica y test de sangre oculta en materia fecal positivo. Se realizó Videocolonoscopia digestiva alta (VEDA) que mostró dilataciones varicosas grandes a partir de la segunda porción del duodeno, sin varices esofagagástricas. La Videocolonoscopia (VCC) evidenció varices tortuosas en ileon distal y en todo el marco colónico. Se realizó ecografía abdominal sin patología; Eco-Doppler abdominal con vena porta y esplénica sin obstrucción venosa y Tomografía Computada Multi Corte (TCMC) de abdomen y pelvis, sin presentar anomalías. Se realizó videocápsula, evidenciando varices en todo el intestino delgado. Caso 2 (Padre): 63 años sin antecedentes patológicos. VCC como pesquisa de cáncer de colon: varices tortuosas, sin estigmas de riesgo de sangrado en todo el marco colónico. VEDA, normal. TCMC y ecografía abdominal sin evidencias de HTP. Caso 3 (Hermana): 37 años. Antecedentes de anemia ferropénica. Por el antecedente del hermano y del padre, se realiza: VEDA, normal; y VCC con dilataciones venosas, tortuosas, sin estigmas de riesgo de sangrado en todo el trayecto colónico. CONCLUSIÓN: Las VCFI es una entidad extremadamente rara. El antecedente familiar de VC sin evidencia de hipertensión portal o trombosis venosa orienta hacia la sospecha. Dado la rareza del cuadro y su asociación familiar, es importante el estudio y la búsqueda de varices en los familiares del caso índice.



CC - COLON Y RECTO

0156 - MELANOSIS DE MUNCHAUSEN

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

Unidad Temática 2: Gastro: Pediatría

LOSADA GOMEZ, Claudia Liliana | GONZALEZ, Teresita | BERNEDO, Viviana | ZUBIRI, Cecilia | GUZMAN, Luciana | NANFITO, Gabriela | LEIZA, Lorena | MICULAN, Sandro | BOROBIA, Paula | BALCARCE, Norma | CUETO, Eduardo | BEN, Ricardo

INSTITUTO DE DESARROLLO E INVESTIGACIONES PEDIATRICO (IDIP), HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA, CICPBA

Descripción: INTRODUCCIÓN: El síndrome de Munchausen por poderes constituye una patología de difícil diagnóstico, causante de gran morbimortalidad. El padre/madre/

cuidador puede fabricar una historia médica, causar síntomas físicos, alterar muestras de laboratorio o administrar sustancias nocivas. El conocimiento de las características generales tanto de la víctima como del perpetrador del mismo puede ser de gran ayuda para el reconocimiento precoz de este cuadro. La melanosis coli es una pigmentación oscura de la mucosa del intestino grueso producida por la absorción de productos aromáticos; y por uso excesivo de laxantes derivados del antraceno, es un hallazgo raro en pediatría. Presentamos el caso clínico de un lactante de 7 meses de vida, sin antecedentes patológicos ni alergias conocidas, quien cursó con cuadro de deshidratación y diarrea grave; que requirió internación durante 40 días, periodo en el cual presentó un promedio de 20 deposiciones diarias, líquidas, abundantes, que salían del pañal, con múltiples estudios de laboratorio, cultivo, imágenes todos dentro de parámetros normales, que no acercaban al diagnóstico, aun con nutrición parenteral y "ayuno" la diarrea era intratable. Se decide realizar videocolonoscopia digestiva alta y baja y se evidencia pigmentación azul grisácea de la mucosa colónica, sin encontrar ningún otro hallazgo adicional; se sospecha melanosis coli; se comprueba administración por parte de la madre de laxante, se hace diagnóstico de síndrome de Munchausen por poderes. Después de 5 meses de seguimiento por psicopatología y servicio social; tanto a la madre, como al grupo familiar; se observa mejoría del cuadro, ganancia de peso y el paciente es llevado nuevamente a colonoscopia, en la cual toda la mucosa colónica se encontraba dentro de límites compatibles con la normalidad. CONCLUSIONES: La melanosis coli es una entidad que aparece de forma accidental en pacientes a los que se les realiza estudios endoscópicos del tracto digestivo inferior con historia de abuso de laxantes; es infrecuente en la población pediátrica. Se debe sospechar en casos de diarrea intratable en niños y asociarla con un síndrome de Munchausen por poderes.

CC - COLON Y RECTO

0163 - LINFOMA RETROPERITONEAL. METASTASIS DE LOCALIZACION INFRECUENTE

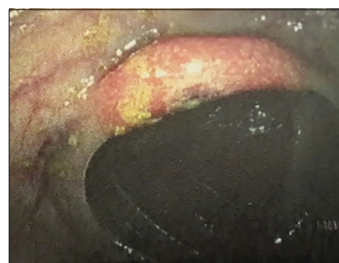
Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

Unidad Temática 2: Gastro: Colon y recto

IRIARTE, Sonia Mariel | VERA, Natalia | REYNOSO, Aixa | ALDABE, Noel
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Trabajo: Introducción: Los Linfomas representan alrededor de un tercio de los tumores retroperitoneales primarios y sólo el 5% es de localización exclusiva retroperitoneal. Generalmente tienen mal pronóstico debido a su naturaleza maligna y a la demora en el diagnóstico del mismo debido a las características de su crecimiento. El diagnóstico incidental ocurre entre el 2,5 al 12% de los casos y en la mayoría su diagnóstico definitivo se realiza por biopsia intraoperatoria. Aproximadamente en el 70 % de los casos es necesaria la exéresis de algún órgano afectado por el tumor, los más frecuentes son el riñón (25 %), colon, bazo, páncreas, y grandes vasos. El colon puede verse afectado por tumores de otros órganos por invasión directa, siembra intraperitoneal, vía hematogena, o linfática. Dentro de los que más frecuentemente lo afectan se encuentran los tumores retroperitoneales. Estas lesiones se presentan como pliegues mucosos gruesos, con erosiones, masas polipoides, nódulos con ulceraciones, petequias difusas, edema de la mucosa y granularidad.. Objetivos: Mostrar un caso clínico, infrecuente, donde a partir de lesiones evidenciadas en un estudio de visualización directa y teniendo en cuenta las características de las mismas se puede sospechar su origen. Paciente y métodos: Femenina de 39 años de edad que consulta por lumbalgia y dolor en miembro inferior izquierdo de un año de evolución a lo que los últimos días se agrega paresia del mismo por lo que se le realiza RNM de columna lumbosacra que informa como hallazgo lesión infiltrativa a nivel del hueso sacro e iliaco izquierdo, adyacente a la articulación sacroiliaca que produce afectación de la cortical ósea y extensión a los tejidos blandos; la paciente se interna para continuar estudios. Se solicita a nuestro servicio una videocolonoscopia que evidencia en ciego, colon derecho y transversal lesiones planas eritematosas sobre pliegues con ulceración central que se biopsian, obteniendo como hallazgo histopatológico compatible con proceso linfoproliferativo. Se realiza posteriormente diagnóstico de Linfoma No Hodgkin. Conclusión: Se intenta demostrar como el colon además de verse afectado por tumores primarios puede ser escenario de metástasis de diferentes orígenes como fue en este caso un linfoma retroperitoneal.



CC - COLON Y RECTO

0178 - DILATACION EXITOSA DE ESTENOSIS BENIGNA DE LA ANASTOMOSIS COLO-RECTAL CON BALON HIDRAULICO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

CANTEROS, Julio | LEDESMA, Claudia Viviana | VERA, Natalia | ALDABE, Noel
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Trabajo: Introducción: La estenosis cicatrizal o benigna de una anastomosis colorrectal ocurre en el 0 a 30 % de los pacientes; la mayoría son asintomáticos y pueden requerir algún procedimiento terapéutico para corregirlo. Hasta hace algunos años se recurría exclusivamente a la cirugía, pero actualmente existen alternativas endoscópicas entre las que se encuentra la dilatación con balón hidráulico. Objetivo: Se presenta el siguiente caso para demostrar la utilidad de las dilataciones endoscópicas en el manejo de las estenosis benignas postquirúrgicas del recto. Paciente y métodos: Masculino de 77 años de edad con antecedentes de reemplazo valvular aórtico biológico, fístula colovesical por enfermedad diverticular complicada con resección colónica izquierda y anastomosis termino-terminal a recto en un segundo tiempo. Consulta por dolor hipogástrico y fosa iliaca izquierda sin irradiación, tipo cólico; intensidad 9/10, de un mes de evolución y constipación con sensación de evacuaciones incompletas y heces acintadas. Se realiza Tomografía Helicoidal de abdomen y pelvis con doble contraste: no evidencia patología. VCC (con profilaxis antibiótica): A 10 cm del margen anal estenosis puntiforme que no permite el paso del instrumental por lo que se solicita colon por enema: área estenótica de segmento corto en región rectocolónica. Se inician dilataciones con balón hidráulico en forma progresiva cada 30 días desde 12 a 18 mm hasta 6 atmósferas de presión, lográndose en la 4ta sesión franquear el orificio estenótico, progresando hasta ciego. No se presentaron complicaciones inmediatas ni tardías inherentes al procedimiento, objetivándose mejoría sintomática. Posterior a un año de la última dilatación, el paciente se encuentra asintomático y en la colonoscopia control se observa anastomosis permeable sin requerimiento de nuevas intervenciones. Conclusiones: La dilatación endoscópica es el tratamiento de elección en los pacientes con estenosis rectal benigna, por sus menores costos, morbimortalidad y estancia hospitalaria con respecto a la cirugía, reservando esta última para los pacientes refractarios o que recurran con este método.



CC - COLON Y RECTO

0189 - TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES (TCG) DEL COLON: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

CORTES, Miguel | JAROSLAVSKY, Maria Jose
SANATORIO LAS LOMAS

Descripción: Introducción: El tumor de células granulares o de Abrikossoff es una neoplasia infrecuente, probablemente originada a partir de las células de Schwann. Suelen surgir en la lengua y piel; solo el 1 al 8% se ubican en el tracto gastrointestinal y de estos un tercio en el estómago. Son infrecuentes los casos colorectales. Presentamos el caso de un varón de 55 años, al que se le realiza videocolonoscopia para tamizaje de cáncer de colon. Se halla una lesión polipoida a nivel del ciego que se resecta con ansa sin complicaciones post-procedimiento, y se remite para examen histopatológico. Macroscopia: Formación polipoida grisácea de 1,2 cm de diámetro, al corte compacta y blanquecina-amarillenta. Microscopia: Mucosa colonica con leve edema, desplazada por una proliferación bien delimitada, nodular, ubicada en la submucosa, constituida por células de amplio citoplasma rosado intenso granular, con núcleos pequeños, sin atipia, mitosis ni necrosis, mezcladas con algunas fibras de colágeno. Acompaña moderado infiltrado inflamatorio mononuclear, edema y vasocongestión. Margen de resección libre de lesión, Estudio inmunohistoquími-

co: proteína S-100: Positiva; Desmina: Negativa; Actina Musculo Liso: Negativa; CD34: Negativo; CD117: Negativo; DOG1: Negativo. Diagnóstico: Tumor de Células Granulares. Comentario: Los TCG son frecuentemente asintomáticos en el tracto gastrointestinal. Motiva la presentación la baja frecuencia de esta entidad casi siempre benigna, especialmente rara en el colon, donde suelen desarrollarse en el colon ascendente, principalmente en el ciego y comprometer únicamente la capa submucosa. El tratamiento endoscópico, en manos experimentadas, puede ser viable y eficaz para los TCG colorectales.

CC - COLON Y RECTO

0191 - DECIDUOSIS / ENDOMETRIOSIS DECIDUALIZADA COLÓNICA; A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

PARQUET, Romina Alejandra | JAROSLAVSKY, Maria Jose
SANATORIO LAS LOMAS

Descripción: INTRODUCCIÓN: La etiología de la presencia de decidua ectópica es poco conocida. El primer caso fue descripto por Walker en 1887. Usualmente aparece durante el embarazo pero se han descripto aislados casos en pacientes no gestantes, donde se propone que los niveles aumentados de progesterona o de sustancias progesterona-símil se debe a una fuente adrenal o por terapia hormonal. Existen dos hipótesis para justificar la presencia de decidua ectópica: la primera y mas aceptada propone que se desarrolla de novo a partir de las células estromales mesoteliales; la segunda pretende que se origina en la transformación decidual de una endometriosis preexistente. Las topografías más frecuentes son ovarios, útero, cervix, trompas de Falopio, ganglio linfático, piel, omento, apéndice, diafragma, pleura, riñón y peritoneo. Existen escasos reportes sobre deciduosis y endometriosis decidualizada ectópica gastrointestinal, y menos frecuente es aún la localización submucosa, con expresión endoscópica. Cuando se ve en el TD las complicaciones asociadas suelen ser hemorragia intraabdominal, dolor abdominal severo, u obstrucción mecánica. DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 44 años que ingresa por dolor intenso en FID sin fiebre ni defensa de 12 horas de evolución. Refiere estar cursando su periodo primer periodo menstrual, luego de la extracción de DIU y un mes de ACO. TAC de abdomen y pelvis informa engrosamiento parietal concéntrico del ileon distal, focal y segmentario del colon sigmoide, y múltiples imágenes ganglionares a nivel de la raíz del mesenterio. Se interna con diagnóstico presuntivo de apendicitis vs ileitis terminal. Durante internación presenta episodio de metrorragia que alivia el cuadro doloroso. Los marcadores tumorales CEA, CA 125 y Ca 19.9 son normales. En la videocolonoscopia se observa a 18 cm del margen anal formación polilobulada, de aproximadamente 3 cm de diámetro, consistencia duro elástica, que se biopsia. El estudio histopatológico mostró la presencia, a nivel de la submucosa colonica, de placas de células de amplio citoplasma rosado con bordes definidos y núcleos esféricos; inmersa en estas, aparece en los cortes seirados una estructura glandular revestida por epitelio cuboide sin atipia ni mitosis. Se realizan técnicas de IHQ: Vimentina positiva, CK AE1/AE3 negativa en la proliferación celular descripta realizándose diagnóstico de endometriosis colónica decidualizada COMENTARIO: La clave para el diagnóstico consiste en pensar en esta entidad, que puede simular neoplasias benignas y malignas, y otras patologías. Plantea así un desafío tanto endoscópica como histológicamente, especialmente cuando el contexto clínico no es el más usual.

CC - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0114 - PSEUDOQUISTE DE PÁNCREAS, RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA CON STENT METÁLICO AUTOEXPANDIBLE

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

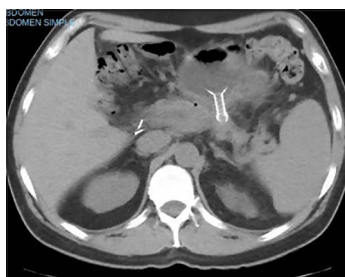
Unidad Temática 2: Endoscopia: Estómago

FACCAS AHUN, Martín Ignacio | CAPRIOTTI, Andres | RASTELLI, Laureano | QUINES, Solange | TONN, Federico | BASILE, Leonardo | CANEPA, Enrique | LABORDA, Jorge

HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD

Introducción: El pseudoquiste de páncreas es definido como la colección localizada de líquido rico en amilasa y otras enzimas, rodeado por una pared fibrosa o tejido de granulación que resulta de un episodio de pancreatitis aguda (10-20 %), pancreatitis crónica, trauma pancreático u obstrucción extrínseca del conducto pancreático. Pueden ser únicos (90%) o múltiples. El diagnóstico se realiza por hallazgos clínicos, bioquímicos y radiológicos. La presentación clínica es variable, desde pacientes asintomáticos hasta cuadros de urgencia abdominal por complicaciones. Los síntomas

predominantes reportados en la literatura son dolor abdominal, llegando a estar presente en hasta el 90% de los pacientes, saciedad temprana, náuseas y vómito (50-70%), pérdida de peso (20-50%), ictericia (10%) y fiebre (10%). En cuanto al manejo, sólo los pseudoquistes sintomáticos se tratan realizando un drenaje; esto puede ser percutáneo, endoscópico o quirúrgico. Caso clínico: masculino de 52 años que en marzo del 2015 fue operado de urgencia por colecistitis gangrenosa, posteriormente intermite con un cuadro de pancreatitis aguda grave, el cual fue manejado en terapia intensiva con buena evolución. A las 2 semanas de la pancreatitis, comienza con dolor abdominal y plenitud postprandial. Se realiza tomografía computada de abdomen, donde se observa una imagen hipodensa de 79 mm x 88 mm que compromete cuerpo y cola de páncreas, compatible con pseudoquiste de páncreas. Se decide resolución quirúrgica, realizándose una cistogastroanastomosis laparoscópica. Se obtiene líquido para cultivo (negativo para microorganismos) y recuento de amilasa (valor: 10781). Aproximadamente, un mes más tarde, presenta fiebre. Nuevamente, solicitamos tomografía de abdomen la cual describe una colección de 38 mm por 17 mm en el cuerpo del páncreas y 2 colecciones más de iguales características sobre la cola del páncreas y polo inferior del bazo (imágenes). Comenzamos tratamiento con antibióticos de amplio espectro y realizamos una endoscopia digestiva alta con el objetivo de evaluar la permeabilidad de la cistogastroanastomosis. Se observó obstrucción de la misma y se optó por colocar un stent metálico autoexpandible de 5 mm previa dilatación neumática con balón (video). Pudimos observar un buen drenaje con material purulento. El paciente evolucionó favorablemente. Dos meses más tarde se repite una tomografía de abdomen donde se describe el stent normoinserto sin la presencia de las colecciones anteriormente descripta (imágenes). CONCLUSIÓN La endoscopia terapéutica, bajo manos expertas, nos ofrece una alternativa resolutoria mínimamente invasiva con menor costo, estadía hospitalaria y mejor calidad de vida para los pacientes. En nuestro caso clínico fue una opción válida sin requerir de una nueva intervención quirúrgica.



CC - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0123 - COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE UN STENT BILIAR PLÁSTICO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

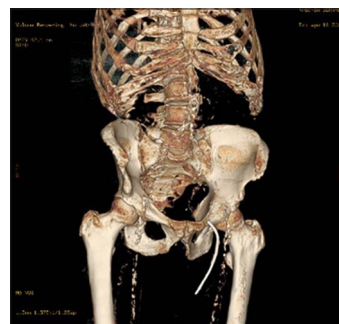
Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

SOLANGE, Quines | FACCAS AHUN, Martín Ignacio | CAPRIOTTI, Andres | RAS-TELLI, Laureano | TONN, Federico | BASILE, Leonardo | LABORDA, Jorge | STATTI, Miguel

HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD-MAR DEL PLATA

Introducción: Introducción La colangitis aguda es una complicación severa de la coledocolitiasis. El drenaje biliar es el tratamiento de elección mediante esfinterotomía endoscópica y extracción litiasica con o sin inserción de stents. La implantación de los mismos, presenta complicaciones tempranas y alejadas. Caso clínico Paciente masculino de 87 años, que consulta a urgencias con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico. Cuatro meses previos a la consulta, presentó cuadro de colangitis aguda leve. Ecografía: vía biliar intrahepática dilatada, no se visualiza vía extrahepática. Colangio RMI: vía biliar intra y extra hepática dilatadas, con múltiples cálculos en su interior, y litiasis vesicular asociada. CPRE terapéutica; colangiografía: vía biliar dilatada de 15mm, con panlitiasis que ocupa la totalidad de la luz; se realizó esfinterotomía y extracción de cálculos con cesta de dormia y balón; se colocó stent biliar plástico de seguridad (10cm, por 10F). Ingresó con dolor intenso, a predominio hipogástrico de 8hs de evolución, acompañado por eritema inguinal e induración escrotal. Al examen físico se evidencia hernia inguinal izquierda irreducible e incoercible que crepita a la palpación. TC de abdomen: Hernia inguinal izquierda con contenido de colon sigmoideos y visualización de stent que perfora la pared intestinal dirigiéndose hacia escroto. Se evidencia enfisema subcutáneo. Los hallazgos son sugerentes de migración de stent biliar con perforación de colon sigmoideos. La evolución es tórpida. El paciente fallece 24 hs posterior al ingreso hospitalario. **Conclusión** El drenaje adecuado de la vía biliar puede lograrse con la colocación de un stent biliar, técnica que no se encuentra exenta de complicaciones. Una complicación poco frecuente es el desprendimiento y migración del stent, que puede

conducir a la impactación y perforación intestinal. Se presenta en el 5% de los stent plástico, más frecuentemente en aquellos pacientes con marcada dilatación de los conductos y en aquellos que se hayan usado prótesis rectas, de diámetro grande y de longitud pequeña. Es difícil definir qué prótesis migrarán. Por lo cual es de gran importancia el seguimiento cercano del paciente.



CC - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0154 - PANCREATITIS RECURRENTE. REPORTE DE UN CASO

Modalidad: 2-Casos Clínicos

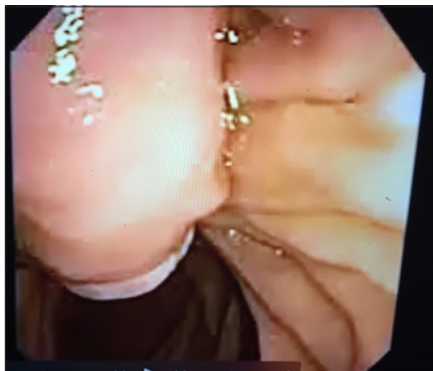
Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

ORÍA, Ines | PIZZALA, Juan | VILLAVEDE, Augusto | PASQUA, Analía | MULLEN, Eduardo | SPINA, Juan Carlos | GONZALEZ, Maria Laura | MASSA, Oscar | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Descripción: Introducción: El diagnóstico etiológico de la pancreatitis recurrente (PR) continúa siendo un desafío y existe hasta un 30% de casos sin causa clara luego de una evaluación de rutina (pancreatitis recurrente "idiopática"). Las causas más frecuentes de la PR son la litiasis biliar y el alcohol mientras que las neoplasias de la ampolla de Vater son una causa infrecuente aunque reconocida de PR, con muy pocos casos reportados. Caso clínico: Paciente de 38 años, oriundo de Chubut, es derivado al Hospital Italiano de Buenos Aires para su estudio por pancreatitis recurrente. Sin antecedentes de importancia. No fumador ni consumidor de alcohol. Madre con un episodio de pancreatitis de origen biliar. En 2010 había presentado el primer episodio de pancreatitis aguda severa con necrosis extensa y algunos meses más tarde presentó otro episodio de pancreatitis leve. Laboratorio con hepatograma normal excepto por fosfatasa alcalina (FAL) 109; glucemia, calcemia, trigliceridemia, IgG y subclases de IgG normales. Anticuerpos antimitocondriales, antimusculo liso y antinucleares y factor reumatoide negativos. Marcadores tumorales y parámetros de nutrición normales. Tomografía computada de abdomen (TC) con doble contraste y colangiopancreatorensonancia (CPRMN): lesiones parenquimatosas pancreáticas secuenciales sin evidencia de macrolitiasis y vía biliar y conducto pancreático principal no dilatados. Descartándose las causas más frecuentes de pancreatitis recurrente se realizó colecistectomía. En 2015 presentó nuevo episodio de pancreatitis aguda severa con necrosis extensa. Laboratorio con FAL 104, eritrosedimentación 44 y el resto de los parámetros normales. TC abdominopélvica con doble contraste: páncreas levemente aumentado de tamaño con bordes irregulares y refuerzo heterogéneo con sectores isodensos y otros hiperdensos y leve compromiso de planos grasos peripancreáticos. Se realizó ecoendoscopia biliopancreática en la cual se observó vía biliar y conducto pancreático principal no dilatados, cuerpo y cola de páncreas atroficos con 4 criterios menores de pancreatitis crónica (Rosemont) y papila duodenal hipocogénica y levemente aumentada de tamaño (15mm) hacia vertiente duodenal sin sobrepasar la submucosa duodenal asociada a componente hipocogénico dentro del colodoco intrapancreático. Se realizaron biopsias que informaron adenoma tubulo-velloso con displasia de alto grado (DAG). Se decidió realizar duodenopancreatocetomía cefálica. Anatomía patológica: 2 formaciones de aspecto polipoides: adenoma tubular con DAG: carcinoma in situ / páncreas heterotópico en submucosa y muscular propia de duodeno + focos de pancreatitis crónica. **Discusión:** La forma de presentación más frecuente de los tumores de la papila es la ictericia, la cual está presente en el 72-90% de los pacientes al momento del diagnóstico; este es el caso de un paciente cuya presentación fue atípica por la ausencia de ictericia y la falta de dilatación de la vía biliar y del conducto pancreático siendo la pancreatitis recurrente severa y con necrosis extensa el cuadro que motivó su estudio. Por otra parte, el análisis de la pieza quirúrgica reveló también la existencia de tejido pancreático heterotópico en duodeno, por lo cual se consideró y discutió el probable rol de este tejido en el cuadro clínico de este paciente. Finalmente, la ecoendoscopia

fue el estudio que permitió establecer un diagnóstico en este enfermo en el cual no se había sospechado una neoplasia ampular por su cuadro clínico y por los estudios por imágenes previos, lo cual pone de manifiesto la importancia de la ecoendoscopiabi-liopancreática no solo en el estudio de las PR sino también de las pancreatitis agudas “idiopáticas”.



VIDEOS

ENDOSCOPIA - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0027 - PALIACIÓN ENDOSCÓPICA EN CÁNCER DE PÁNCREAS: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Modalidad: 3-Videos

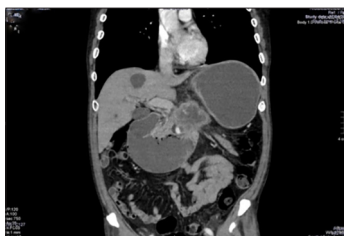
Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

Unidad Temática 2: Endoscopia: Intestino Delgado

SCIARRETTA, Martín | GARAVENTO, Leonardo | REDONDO, Agustina | CURA, Pablo | TALANI, Alejandro | LEONART, José | ORTÍZ, Lucía | GIRAUDO, Florencia | VILLAVARDE, Augusto | CHOPITA, Nestor

HIGA GRAL SAN MARTÍN LA PLATA

Descripción: Paciente de sexo masculino de 59 años de edad, que consultó por dolor epigástrico irradiado a dorso, síndrome pilórico y pérdida de peso de 1 mes de evolución. En tomografía presenta lesión sólida hipovascular en cuerpo pancreático que invade arteria mesentérica superior y cuarta porción duodenal asociada a metástasis hepáticas. Se realizó VEDA con colonoscopia observándose estenosis infranqueable en cuarta porción duodenal con biopsias sin evidencia de atipia. Posteriormente se colocó prótesis enteral metálica autoexpandible sin cobertura como tratamiento paliativo de la estenosis. El paciente presentó mejoría franca con buena tolerancia a la dieta general por vía oral y mejoría de parámetros nutricionales. Evolucionó con progresión del dolor pancreático con requerimientos de altas dosis de opiáceos fuertes (morfina). Se realizó ultrasonografía endoscópica con punción de la lesión y neurolisis del plexo celíaco. El análisis histológico de la punción fue compatible con adenocarcinoma. El paciente evolucionó con un marcado descenso de los requerimientos de analgesia, y actualmente se encuentra realizando tratamiento quimioterápico con Gemcitabina.



ENDOSCOPIA - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0035 - PANCREATITIS DEL SURCO

Modalidad: 3-Videos

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

ORÍA, Ines | VILLAVARDE, Augusto | PIZZALA, Juan | PASQUA, Analía | JAUK, Federico | MULLEN, Eduardo | GONZALEZ, María Laura | SPINA, Juan Carlos | MASSA, Oscar | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Descripción: Introducción La pancreatitis del surco es una forma rara de pancreatitis crónica que afecta el área del surco entre la cabeza pancreática, el duodeno y la vía biliar distal y que presenta características clínicas e imagenológicas similares al adenocarcinoma de cabeza pancreática, por lo cual su diagnóstico preoperatorio suele ser un desafío y la mayoría de los casos son diagnosticados luego de una cirugía. Caso Clínico-Video Paciente de sexo masculino, 61 años, oriundo de Chaco, tabaquista y enolista severo, es derivado para estudio de masa pancreática. Había consultado por pérdida de peso y dolor epigástrico con irradiación a dorso de 3 meses de evolución. Laboratorio sin anemia, enzimas pancreáticas, hepatograma y marcadores tumorales (CA19-9- CEA) normales. Tomografía (TC) abdominopelvíana con doble contraste: cabeza pancreática agrandada y heterogénea con áreas quísticas, engrosamiento de la primera y segunda porción de duodeno y antro gástrico. Colangiopancreatografía (CPRMN): masa de contornos lobulados y límites mal definidos de 25 x 21 x 41 mm comprometiendo la cabeza pancreática con señal heterogénea que deforma ligeramente el trayecto del colédoco distal sin comprimirlo. Arbol

biliar normal. Cuerpo y cola de páncreas y conducto de Wirsung normales. Ante la duda diagnóstica se decide realizar una Ecoendoscopia preoperatoria biliopancreática en la que se observa: Cuerpo y cola de páncreas: parénquima heterogéneo, con lobulaciones continuas, estrías hiperecóticas y pared de conducto principal hiperecótica (signos de pancreatitis crónica). Cabeza y proceso uncinado: parénquima de características similares y un área focalizada, de 40 mm, a nivel de la papila mayor con mayor hipocogenicidad, mayor nodularidad y focos hiperecóticos. Se realiza punción aspiración con aguja fina (PAAF) de 22G. A este nivel se observó también pared duodenal engrosada por formación hipocótica de límites mal definidos sin plano de clivaje con parénquima pancreático, y por dentro lesión anecoica doppler negativa, de 15mm, compatible con quiste duodenal intraparietal (PAAF para análisis físico-químico y citología, observándose líquido serohemático). Endoscópicamente se observó a nivel de rodilla duodenal y hasta segunda porción, comprometiendo la papila, mucosa edematosa, y lesión sobrelevada con mucosa de aspecto hiperplásico, de +/- 3cm, que ocupaba la mitad de la circunferencia, compatible con hiperplasia de glándulas de Brunner, se realizan múltiples biopsias. Conducto pancreático principal no dilatado. Vía biliar intra y extrahepática no dilatadas Resultados: Páncreas: Acinos en contexto de infiltrado inflamatorio agudo. Coexisten acúmulos de células fusiformes. Vimentina positiva en células fusiformes. Pan-citoqueratina AE1-AE3 negativo en células fusiformes. Diagnóstico: Pancreatitis crónica reagudizada sin células epiteliales atípicas. Duodeno: Bulboduodenitis crónica, metaplasia foveolar sin displasia. Análisis del quiste: ca19-9 3000, CEA menor a 0,5. Citología negativa. Se indicaron enzimas pancreáticas y eliminación de los factores de riesgo con control evolutivo con buena respuesta clínica, aumento de peso y disminución del dolor. Discusión: Se describen dos formas clínicas de pancreatitis del surco: la forma pura con compromiso solo del área del surco y la segmentaria que involucra tanto el área del surco como la cabeza pancreática, como en nuestro paciente. Distinguir la forma segmentaria de una carcinoma de la cabeza pancreática es mandatorio para evitar cirugías asociadas a comorbilidades significativas. Subrayamos la importancia de la ecoendoscopia biliopancreática en el diagnóstico diferencial ya que permite observar con mayor detalle la región del surco y la cabeza pancreática y obtener material para estudio físico-químico, citológico e histológico. El antecedente de consumo de alcohol y de tabaco en este caso obliga a pensar en el diagnóstico de pancreatitis del surco y la suspensión de estos hábitos es fundamental en la evolución de estos pacientes así como la adecuada nutrición.

ENDOSCOPIA - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0039 - DRENAJE TRANSGÁSTRICO DE PSEUDOQUISTE DE PÁNCREAS POR DUODENOSCOPIA Y VISION RADIOLOGICA

Modalidad: 3-Videos

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

ROYG JARA, Diego Sebastian | DRA. PORFILIO, Giovanna | DRA.LUZURIAGA, Guadalupe | DRA.PARRA, Estela

HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DR. RAMON MADARIAGA

Los pseudoquistes pancreáticos como complicaciones de una pancreatitis aguda, requiere en algunos casos resolución ecoendoscópica, percutánea o quirúrgica. Este video demuestra resolución por duodenoscopia colocando drenajes plásticos transgástrico con la ayuda de la radiología de manera segura y efectiva. Adjunto video dado a sofía encargada de recibir los videos por presentar una plataforma con pocos mb para incluir calidad de imagen de mi video.

ENDOSCOPIA - COLON Y RECTO

0072 - STENT COLÓNICO EN ABDOMEN AGUDO OCLUSIVO

Modalidad: 3-Videos

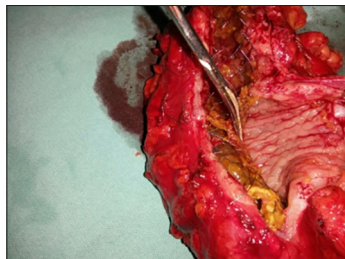
Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

FERNANDEZ TAYELDÍN, Sebastian(1) | GIANZANTI, Arturo(1) | MAFFASSANTI, Carlos Ignacio(2) | FUSCHETTO, Luciano Ariel(1)

SANATORIO DEL CIRCULO MEDICO BRAGADO (1); SANATORIO DEL CIRCULO MEDICO BRAGADO (2)

Descripción: Paciente masculino de 78 años de edad. Con diagnóstico de adenocarcinoma de Colon descendente. Estadificación prequirúrgica completa que evidencia ausencia

de invasión local y ausencia de metástasis a distancia. En espera de ser intervenido quirúrgicamente, en los días próximos, en forma electiva, con el fin de poder realizar una hemicolectomía izquierda laparoscópica. Ingresó por el servicio de guardia presentando un ABDOMEN AGUDO OCLUSIVO, con respuesta negativa al tratamiento médico y de sosten. Se decide colocar un STENT COLONICO AUTOEXPANSIBLE vía endoscópica, permitiendo resolver, así, la obstrucción intestinal, otorgándose una alta temprana y la realización posterior de una cirugía electiva de colon, con anastomosis en un tiempo, vía laparoscópica. El paciente evoluciona favorablemente, sin complicaciones postoperatorias.



ENDOSCOPIA - ESÓFAGO

0088 - TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE DIVERTICULO POR TRACCIÓN

Modalidad: 3-Videos

Unidad Temática: Endoscopia: Esófago

ALEMAN, Argelia Marisa(1) | CEJAS, Andrea Arasceli(2) | FERNANDEZ, Jorge(1) | BABOT HERRERA, Guillermo(1) | ROMANA MURGA, Jorge Ricardo(1)
HOSPITAL CENTRO DE SALUD ZENON SANTILLAN (1); SANATORIO MODELO (2)

Descripción: Introducción: el divertículo esofágico es una dilatación infundibuliforme que se produce en la pared del esófago patología infrecuente pero no excepcional, con una prevalencia en la población general entre el 0,01 y 0,11 %. Afecta más a hombres que a mujeres, mayor prevalencia en la 7ma década de vida. El mecanismo de producción del divertículo por tracción es ocasionado por la retracción que sufre la pared esofágica por un proceso cicatrizal próximo (postinflamatorio) los síntomas más frecuentes que ocasionan son la disfagia, sialorrea, halitosis, regurgitación del contenido del divertículo, microaspiraciones, tos irritativa, neumonías, pérdida de peso. El diagnóstico se realiza con el tránsito baritado. El tratamiento es quirúrgico, una alternativa eficaz es el endoscópico. **Objetivo:** mostrar un video de caso clínico de paciente con divertículo esofágico por tracción con tratamiento endoscópico. **Materiales y métodos:** Paciente de 33 años de edad de sexo femenino, con antecedentes de cirugía a los 29 años de columna cervical por hernia de disco con colocación de placas y tutores, dos años posteriores a la cirugía consulta por disfagia progresiva alta, se diagnostica divertículo por tracción, se decide sacar placas y tutores con tratamiento quirúrgico del divertículo. A los tres meses de dicha cirugía remite la disfagia, en control radiológico contrastado se observa divertículo esofágico alto similar a Zenker. Se programa tratamiento endoscópico utilizando videogastroscoPIO flexible standard con y sin cap transparente. Se realizó endoscopia alta completa previa a la ablación del divertículo. Se coloca sonda nasogástrica con guía flexible, se posiciona endoscopio por encima del septum y se secciona el mismo usando catéter de corte de punta con corte y coagulación combinados. La sección se realiza desde esófago a divertículo y viceversa y hacia caudal abarcando 2/3 del septum y luego se retira sonda nasogástrica. Comenzó ingesta oral a las 18 hs del procedimiento y se progresa dieta según tolerancia. El control fluoroscópico se realizó a los 7 días. Resultados: se realizó una sola sesión. La duración del procedimiento fue de 25 minutos aproximadamente. La paciente presentó odinofagia transitoria las primeras 24 hs sin registrarse complicaciones tardías. Control a los seis meses paciente asintomática. **Conclusiones:** El tratamiento endoscópico del divertículo esofágico por tracción es un procedimiento efectivo y una buena alternativa a la cirugía. Es menos invasiva, más rápida y tiene menor estadía hospitalaria, además se puede realizar en pacientes de riesgo elevado.

ENDOSCOPIA - INTESTINO DELGADO

0102 - TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE UNA INVAGINACIÓN DUODENAL

Modalidad: 3-Videos

Unidad Temática: Endoscopia: Intestino Delgado

TELLECHEA, Juan Ignacio | MIRANDA-GARCIA, Pablo | GONZALEZ, Jean-michel | CULETTO, Adrian | BARTHET, Marc
HÔPITAL NORD

Descripción: La atresia duodenal es una patología que se origina debido a un error en la recanalización intestinal durante el desarrollo embrionario. Puede tratarse de una atresia completa o incompleta, si la falla es total o parcial. Suele ser diagnosticada en los controles ecográficos prenatales o en las primeras horas de vida. Aunque existen reportes de casos diagnosticados en edades más avanzadas, siendo la mayoría atresias parciales. El tratamiento habitual suele ser la resolución quirúrgica. Este es un caso, que se manifestó en la adultez y que debido la mediana edad del paciente y la morbilidad del tratamiento quirúrgico propuesto (Duodeno-pancreatectomía cefálica), se decidió resolver con un inédito tratamiento endoscópico. Paciente masculino, de 47 años, tabaquista e hipertenso, derivado a nuestro Hospital, un centro terciario del Sur de Francia. Presentaba una historia de repetidos síndromes sub-oclusivos, aseverándose en los últimos dos meses. Realizó una seriada esofago-gastro-duodenal que describió un mega-bulbo y una estenosis en la segunda porción duodenal. Realizó una Tomografía axial computada (Fig. 1). Y una Videoendoscopia digestiva alta que describió un bulbo duodenal dilatado, con un engrosamiento de los pliegues que se proyectan hacia la 2da porción. Se llegó al diagnóstico final de una atresia duodenal parcial. También se realizó una ecoendoscopia, donde se descartó una patología de Páncreas. Primer paso endoscópico: se colocaron dos Over-the-Scope-Clips (Ovesco AG, Tübingen, Alemania) sobre la invaginación, logrando retraer la mucosa invaginada. Luego se desplegó un stent metálico totalmente cubierto de 120 x 20 mm (TaeWoong, Gyeonggi-do, South Korea) desde el bulbo hasta la tercera porción duodenal y se fijó con dos clips Instinct (Cook, Bloomington, USA) para evitar su migración. Segundo paso: se retiró el stent metálico, y se constató la migración de los clips Ovesco. También se observó un remanente de mucosa, que protruí y que ocupaba 1/3 de la circunferencia duodenal, por lo que se reseccó realizando una mucosectomía (la anatomía patológica informó: mucosa de aspecto normal). Se colocó un nuevo stent metálico, de similares características. Finalmente, se realizó un tercer procedimiento endoscópico: donde se extrajo el stent, observando un área de la mucosa inflamatoria, se dilató con un balón hidráulico CRE 18-20 mm (Boston Scientific, Marlborough, USA). Y se realizó la resección, una mucosectomía, de un borde invaginado que ocupaba ¼ de la circunferencia de la rodilla duodenal superior. En el seguimiento, a 12 meses, el paciente presentó remisión de los síntomas y no requirió nuevos tratamientos. Resultando un procedimiento efectivo, y una alternativa a la cirugía.

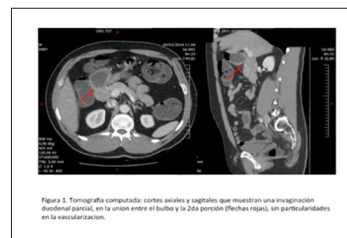


Figura 1. Tomografía computada: cortes axiales y sagitales que muestran una invaginación duodenal parcial, en la unión entre el bulbo y la 2da porción (flechas rojas), sin particularidades en la vascularización.

ENDOSCOPIA - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0165 - DRENAJE ENDOSCÓPICO DE PSEUDOQUISTE DE PÁNCREAS: SI NO RESUELVE... PENSA EN EL SÍNDROME DEL DUCTO PANCREÁTICO DESCONECTADO

Modalidad: 3-Videos

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

VILLARROEL, Mariano | TORELLA, Constanza | PAZ, Silvina | RAUSCH, Astrid | DUTACK, Alejandro | GONZALEZ DEL SOLAR, Carlos | COLOMBATO, Luis
HOSPITAL BRITÁNICO DE BS. AS.

Descripción: **Objetivos de la Presentación:** 1- Presentar el caso de un paciente joven, cursando internación por pancreatitis aguda de etiología alcohólica, complicada con un pseudoquiste de páncreas (PSP), recidivado post drenaje endoscópico transgástrico. 2- Describir el Síndrome del Ducto Pancreático Desconectado (SDPD) como causa de recidiva del PSP, criterios diagnósticos y tratamiento. **Caso clínico:** Varón de 18 años, cursando 4to mes de internación por pancreatitis aguda de origen alcohólico. Luego de 6 semanas del inicio del cuadro, se evidencia en TAC de Abdomen, pseudoquiste pancreático que alcanza los 11 cm, con abombamiento claro hacia el estómago. **Sintomático.** Se realiza drenaje endoscópico transgástrico guiado por fluoroscopia: Cisto-gastrostomía y colocación de stent metálico tipo "yo-yo". Muy buena evolución inicial, en base a 3 parámetros: A) Clínico: disminución de la analgesia, del dolor abdominal, afebril y tolerando dieta; B) Bioquímico: disminución de amilasa y lipasa; C) Imagenológico: disminución del PSP (de 10,5 a 2,3 cm en TAC). Se mantiene estable clínicamente, por lo que a las 3 semanas de colocado, se decide retirar stent metálico. Al ingresar por dentro del mismo, se observa: Ausencia de necrosis; ausencia de líquido residual; menor tamaño de cavidad e ingrown de copa intraquística, por lo que se retira el stent. A los 5 días, vuelve a repetir episodio de pancreatitis. Se realiza una nueva RMN de Abdomen con Colangiopancreatografía que evidencia aumento de diámetro de la cavidad a 3,5 cm y Wirsung con ausencia de

señal hacia la cola. Se plantea como posibilidad diagnóstica el "Síndrome del Ductus Pancreático Desconectado (SDPD)". Los criterios diagnósticos del mismo son: 1- Necrosis o colección en cuello o cuerpo pancreático de al menos 2 cm y tejido viable pancreático distal desde la zona de necrosis en TAC o RNM 2- Extravasación de contraste inyectado por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) o 3- Visualización de sección/desconexión del ducto pancreático distal por CPRE o Ecoendoscopia. Ante la necesidad de confirmar el diagnóstico presuntivo, y fundamentalmente con el objetivo de reducir el gradiente de presión intraductal del conducto pancreático y así favorecer la resolución mediante un abordaje transpapilar, se realiza una CPRE la cual evidencia: a) Ausencia de comunicación entre el PSP y el ducto pancreático b) Ausencia de pasaje de contraste hacia cola de páncreas: "Desconexión del Ducto Pancreático". Se realiza esfinterotomía pancreática y colocación de Stent pancreático de 5 FR x 9 cm. Se administra un supositorio de Indometacina como profilaxis de pancreatitis post-CPRE. Intercurre con un nuevo episodio de pancreatitis. Una última TAC de control, evidencia recidiva del PSP de 35 mm, sin claro abombamiento a estómago, stent en cabeza y cuerpo de páncreas. Inflamación y líquido libre a nivel de la cola y en resto de cavidad abdominal. Por persistencia del cuadro, se retira endoscópicamente el stent pancreático y se decide en ateneo multidisciplinario resolución quirúrgica (realizándose finalmente una cisto-yeyunoanastomosis), hasta el momento con buena evolución. Continúa seguimiento por consultorios externos. Conclusión: Se presenta el caso de un PSP como complicación de la pancreatitis aguda de etiología alcohólica, recidivado post drenaje endoscópico transgástrico y transpapilar, secundario al SDPD. Coincidente con la literatura y a pesar de los últimos avances endoscópicos, el tratamiento definitivo para este síndrome es generalmente quirúrgico.

ENDOSCOPIA - ESÓFAGO

0177 - ESTENOSIS BENIGNA REFRACTARIA DE ESÓFAGO EN PACIENTE CIRRÓTICA CON VARICES ESOFÁGICAS

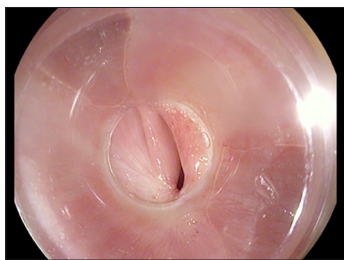
Modalidad: 3-Videos

Unidad Temática: Endoscopia: Esófago

ESTEVEZ, Javier Sebastián | BARRIL, Sergio | CHIAPPERO, Ana Laura | ESPIÑEIRA, Silvina | LAMOT, Juan Manuel | ALARCON, Guillermo Pablo

CENTRO INTEGRAL DE MEDICINA DEL COMAHUE (CMIC)

Descripción: Paciente de 56 años, con antecedente de cirrosis por enol y 3 episodios de HDA variceal (último episodio 6 semanas previas a la consulta, tratado con colocación de Sonda Balon de Sengstaken Blackmore en otra institución). Derivado por médico clínico para realización de VEDA y eventual TTO por Disfagia progresiva para sólidos en paciente alérgica al Iodo e intolerancia para realización de TBE. El hallazgo endoscópico fue una estenosis benigna múltiple en cricofaríngeo, esófago superior y medio. La misma fue refractaria a 3 sesiones de dilatación con balón, por lo cual se realizaron cortes controlados con Knife e inyección de Acetonida Triamcinolona con evolución favorable.



ENDOSCOPIA - COLON Y RECTO

0179 - DISECCION SUBMUCOSA ENDOSCOPICA CON TECNICA HÍBRIDA EN LESION DE CRECIMIENTO LATERAL DE RECTO; UNA BUENA OPCION PARA INICIAR EL DESARROLLO DE LA TECNICA DE ESD EN COLON Y RECTO

Modalidad: 3-Videos

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

VILLARROEL, Mariano(1) | YAÑEZ, Federico(2) | CILLO, Mariano(1) | DUTACK, Alejandro(1) | COLOMBATO, Luis(1)

HOSPITAL BRITÁNICO DE BS. AS. (1); CLINICA DE CUYO (2)

Descripción: Objetivos: 1- Presentar un caso de disección submucosa endoscópica (ESD) con técnica híbrida para el tratamiento de una lesión de crecimiento lateral (LST) de recto.

2- Describir la evolución y el seguimiento alejado de la paciente Caso clínico: Mujer de 58 años, sin antecedentes patológicos, con diagnóstico reciente de LST de recto, derivada del interior para definir conducta terapéutica. Estudios previos: Laboratorio dentro de parámetros normales Videocolonoscopía (VCC), San Rafael, Mendoza: hasta ciego. Pólipos sésiles de 5 y 7 mm en colon derecho e izquierdo. Polipectomías (hiperplásicos). Lesión elevada, granular, a 5 cm del margen anal, de aprox 5 cm. Biopsias múltiples: Adenoma tubulo-veloso con displasia de alto grado (DAG). Se realiza interconsulta con cirugía, quien sugiere tratamiento quirúrgico. La paciente consulta a otro centro en Mendoza capital. Se le realiza una videorectosigmoidoscopia para reevaluación de la lesión + ecoendoscopia para estadificación, observando un LST granular, heterogéneo de recto de aprox 40 mm, endosonográficamente no sobrepasa la muscular de la mucosa. No se observan adenopatías regionales. Se realiza una (1) biopsia dirigida: Adenoma Tubulo – Velloso con DAG. Se deriva la paciente a nuestra institución. Es evaluada en conjunto con coloproctología, y se decide realizar tratamiento endoscópico, mediante técnica de ESD. Se utilizó un gastroscopio Fujinon, 4400, se realizó cromoendoscopia digital (FICE filtros 4 y 6) + magnificación, y cromoendoscopia convencional con índigo carmín al 0,4% y cristal violeta al 0,5 %. En la valoración semiológica de la lesión, la cual se encontraba a unos 5 cm del margen anal, se evidenció que la lesión tipo LST granular, presentaba un patrón glandular de neoplasia no invasiva tipo IV de la Clasificación de Kudo; y patrón vascular y glandular irregulares de la Clasificación de Yao. Previo al inicio de la ESD, se realizaron marcas a 2 mm de la lesión con flush knife. Posteriormente, se infiltró la submucosa con una dilución de Ácido hialurónico al 0,4% + índigo carmín, y se dio inicio a la fase de incisión mucosa circunferencial. Se completó la semiluna distal, se volvió a infiltrar tantas veces como fuera necesario, hasta completar la incisión mucosa del lado proximal, la cual se realizó en retroflexión. Para facilitar el ingreso y la disección del espacio submucoso se colocó un cap transparente en el extremo distal del endoscopio. Para la fase de disección submucosa propiamente dicha, se utilizó el flush knife y el IT-knife nano. Durante la misma, dio la impresión de observar una micro perforación por lo que se colocaron clips y se terminó de completar la resección de la lesión con ansa monofilamento, logrando la exéresis completa de la lesión. La misma fue estaqueada y enviada a anatomía patológica. La paciente presentó en el postoperatorio, enfisema subcutáneo. Se realizó una TAC de tórax, abdomen y pelvis evidenciando un micro perforación de recto. Debido al buen estado clínico de la paciente y al sitio de la perforación (subperitoneal) en conjunto con coloproctología se decidió manejo conservador y tratamiento médico. La paciente tuvo buena evolución y se fue de alta a los 4 días. El informe final de la anatomía patológica fue: Adenocarcinoma Intramucoso sobre un Adenoma-Tubulo Velloso con DAG. Márgenes de resección libres de lesión. Sin invasión de la submucosa. Tis, N0, M0. Se realizó un control endoscópico a los 6 meses y al año, siendo la mucosa normal, se tomaron biopsias las cuales no evidencian patología residual. Conclusiones: 1) La ESD con técnica híbrida, es una buena opción para iniciar el desarrollo de ESD en colon y recto 2) En caso de perforaciones rectales subperitoneales y en pacientes con buen estado general, realizar un manejo conservador puede ser una conducta terapéutica válida.

ENDOSCOPIA - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0183 - PAPILECTOMIA ENDOSCOPICA SIN INFILTRACION SUBMUCOSA PREVIA: UNA TECNICA SEGURA Y CURATIVA EN LESIONES TEMPRANAS DE LA AMPOLLA DE VATER

Modalidad: 3-Videos

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

VILLARROEL, Mariano | TORELLA, Constanza | DUTACK, Alejandro | FERNANDEZ, Nora | COLOMBATO, Luis

HOSPITAL BRITÁNICO DE BS. AS.

Descripción: Objetivos: Reportar 3 casos de pacientes con adenoma de papila, tratados mediante la técnica: Papilectomía Endoscópica, sin infiltración submucosa, ni marcación con colorantes del conducto de Wirsung previo a la resección. Descripción: Se incluyeron 3 pacientes con adenomas de papila con displasia de bajo grado. Todos fueron estudiados con Ecoendoscopia, que informo lesión de compromiso intramucoso, sin infiltración al conducto biliar ni pancreático. No se observaron adenopatías. Previa evaluación semiológica de la papila, se procede a su resección. Utilizando un ansa multifilamento, se enlaza en bloque la papila de Vater. Se resaca la misma utilizando corriente Endo-cut. Se recupera la pieza con ansa de Roth y se envía para análisis anatomopatológico. Posteriormente se canula el conducto de Wirsung con papilotomo y guía. Se retira el papilotomo, y se introduce un stent pancreático de 5 fr x 5 cm bajo guía fluoro y endoscópica. Posterior a la resección, todos los pacientes quedaron internados y se les dio el alta a las 24 hs, tolerando dieta blanda. El análisis anatomopatológico de las lesiones informó en 2 casos adenoma tubular con displasia de bajo grado y 1 caso con displasia de alto grado. Los márgenes evaluados libres de lesión en todos los casos. No se presentaron complicaciones relacionadas al procedimiento en ningún caso. Conclusión: Se presentan 3 casos de pacientes con adenomas de papila, tratados mediante papilectomía endoscópica, sin necesidad de infiltrar la submucosa, ni marcar el conducto de Wirsung con colorantes previo a la resección. De esta manera, el procedimiento es mas seguro, simple y curativo para los pacientes, con bajo riesgo de complicaciones.

ENDOSCOPÍA - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0188 - NECROSECTOMÍA PANCREÁTICA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA

Modalidad: 3-Videos

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

DURÁN, Sebastián | ABECIA, Victor Hugo | PIZZALA, Juan Eduardo | MAHLER, Manuel Alejandro | MARCOLONGO, Mariano Martín | MAZZA, Oscar María | CHAHDI BELTRAME, Magali

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Descripción: Caso Clínico Paciente masculino de 60 años derivado de Puerto Madryn con diagnóstico de pancreatitis aguda grave, Balthazar D, con falla orgánica rápidamente progresiva e insuficiencia respiratoria con requerimiento de ventilación mecánica y traqueostomía, soporte vasoactivo y diálisis. Recibió tratamiento antibiótico de amplio espectro sin rescates infectológicos. Se realiza tomografía computada multislice abdominopelviana con doble contraste donde luego del contraste endovenoso no se aprecia realce de la cola del páncreas, compatible con necrosis, asociado a líquido libre peripancreático (necrosis de la grasa peripancreática) y una colección de aproximadamente de 68x44mm superior a la cola del páncreas. Se decide colocación de catéter de drenaje continuo percutáneo. Posteriormente intercorre con múltiples episodios de fiebre y descompensación hemodinámica con necesidad de recambio de drenajes y múltiples esquemas antibióticos de amplio espectro. Debido a evolución tórpida se decide realizar lavado de cavidad y necrosectomía por vía endoscópica percutánea. Para ello se coloca stent esofágico totalmente cubierto de 10 cm de longitud y 20 mm de diámetro a través de ostoma generado por drenajes. A través de stent percutáneo se instrumenta trayecto con gastroscopio Pentax de 29 Fr con canal de trabajo 3.2 mm. Se visualizan dos cavidades con necrosis pancreática. Se realiza lavado y necrosectomía con asa canastilla y roth net. Se recolocan dos sondas K11 bajo guía radioscópica con alambre hidrofílico para mantener el trayecto en ambas cavidades. Este procedimiento se realiza un total de 4 veces. El paciente evoluciona favorablemente tolerando dieta vía oral, sin nuevas intercorencias. Curso internación por un total de 4 meses, se le otorga el alta luego de 1 mes desde la primera sesión de necrosectomía endoscópica.



ENDOSCOPÍA - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0193 - HEMOBILIA COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Modalidad: 3-Videos

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

ALEMAN, Argelia Marisa | ALONSO PADILLA, Julieta | JUÁREZ, Álvaro Santiago | GARROCHO, Gonzalo Matías | RÍOS, Rosa Del Pilar | GARROCHO, Rodrigo Nicolás | GARROCHO MACHADO, Carlos

HOSPITAL CENTRO DE SALUD ZENON SANTILLAN

Descripción: Introducción: La hemobilia es una causa poco frecuente pero importante de sangrado digestivo en ocasiones masivo. Puede ser traumática, inflamatoria, infecciosa, tumoral, o manifestarse en coagulopatías. La arteriografía con visualización de la arteria hepática y sus ramas es el método estándar de diagnóstico. La videoendoscopia alta (VEDA) es diagnóstica si demuestra un franco sangrado desde la ampolla, descartando otras causas de hemorragia. Como tratamiento se recomienda la embolización arterial selectiva. Se reserva la cirugía con resección hepática y ligado directo de vasos sangrantes, para casos de fracaso o complicaciones de la misma. Caso clínico: paciente de sexo femenino de 21 años, consulta al servicio de guardia por melena de 72 hs de evolución. Antecedentes: laparotomía exploradora 15 días previos, posterior a traumatismo cerrado toracoabdominal y hematoma hepático, por accidente de tránsito. Examen físico: palidez generalizada, TA=110/70, FC=105 lpm. Laboratorio:Hb=4 g/dl Hto=12%, TP 81% KPTT 28", GOT 556 U/L, GPT 1203 U/L FAL 356 U/L, BT=0.47. VEDA: restos claros en lago mucoso, úlcera duodenal Forrest III. Ecografía abdominal: hígado no homogéneo. En lóbulo derecho imagen hipocóica de 83x85 mm, por encima de la misma imagen similar de 41x52 mm. Líquido libre en pelvis. TAC abdominal: extensa lesión hepática en segmento IV, V, VI, VII, VIII, hipodensa y con áreas de mayor densidad en su interior, compatible con

laceración parenquimatosa. Líquido libre en cavidad peritoneal compatible con hemoperitoneo. Vesícula biliar distendida y heterogénea. Se indica realizar tratamiento de sostén, omeprazol 40 mg/día/ev y seguimiento por servicio de cirugía, con cese del cuadro. Luego de 48 hs presenta nuevo episodio de hematoquecia con compromiso hemodinámico ingresando a UCI. Se realiza VEDA con gastroscopio Olympus 180 de visión frontal, que muestra sangrado activo proveniente de vía biliar. Se realiza arteriografía que muestra extravasación de contraste desde arteria hepática derecha hacia vía biliar, y embolización selectiva de arteria hepática derecha con Spongostan®. Luego de 24 hs., ingresa a quirófano por shock hipovolémico, con diagnóstico de estallido de bazo, realizándose esplenectomía, ligadura de arteria hepática y colecistectomía de necesidad. Evoluciona favorablemente sin nuevo episodio de hemorragia digestiva, con mejoría clínica y de laboratorio. Conclusión: la hemobilia es una causa infrecuente de hemorragia digestiva, que debe ser considerada como diagnóstico diferencial en pacientes con antecedente de trauma abdominal cerrado. En nuestro caso se pudo realizar el diagnóstico con gastroscopio de visión frontal, teniendo en cuenta la dificultad técnica para visualizar la papila duodenal y el estado hemodinámico de la paciente, permitiendo el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

ENDOSCOPÍA - INTESTINO DELGADO

0197 - RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA DE PERFORACIÓN DEL INTESTINO DELGADO DURANTE ENTEROSCOPIA ANTERÓGRADA

Modalidad: 3-Videos

Unidad Temática: Endoscopia: Intestino Delgado

Unidad Temática 2: Gastro: Intestino Delgado

ABECIA SORIA, Victor Hugo | PIZZALA, Juan Eduardo | DURÁN, Sebastián | MAHLER, Manuel Alejandro | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Descripción: Paciente masculino de 15 años de edad oriundo de Necochea con antecedente familiar de Síndrome de Peutz Jeghers que en contexto de dolor abdominal recurrente se realiza en marzo del 2015 enterotomografía, donde se observan formaciones polipoideas de contornos lobulados de aproximadamente 2, 3 y 6 cm que impresionan pediculadas con realce levemente heterogéneo, localizada en asas ileales del hipocondrio derecho. La de mayor tamaño genera intususcepción que impresiona ileocólica. Se decide realizar VEDA VCC y enteroscopia profunda con polipectomía. En mayo 2015 se realiza VCC sin particularidades y VEDA donde se resecan 3 pólipos sésiles de 5 a 8 mm en cuerpo gástrico, con informe de anatomía patológica de pólipos hamartomatosos. Se realizó enteroscopia retrógrada hasta 100 cm por el ileón sin observar lesión, se realizó tatuaje. Se decide realizar cápsula endoscópica (Capsocam), donde se evidencia a las 02:56 hs pólipo de superficie congestiva de coloración violácea que impresiona pediculado, A la hora 3:25 se observa tatuaje con tinta china. Se realiza enteroscopia anterógrada asistida por Balón con enteroscopio Olympus SIF-Q180, progresando aproximadamente hasta 300 cm distal al ángulo de Treitz. Se observa de distal a proximal en el trayecto evaluado de yeyuno: pólipo pediculado de 15mm; pólipo sésil de base ancha de 50mm; pólipo sésil de 40mm y un pólipo pediculado de 25mm aproximadamente. Se resecta el pólipo pediculado distal y se resecta en piecemeal el pólipo sésil de 50 mm, previa inyección submucosa de adrenalina 1/20.000, se observa en la base solución de continuidad que se procede a cerrar con 8 clips metálicos (Resolution). Se realiza prueba de fuga con contraste y radioscopia, siendo la misma negativa, por lo que se decide conducta expectante. Posteriormente ingresa a unidad de cuidados intensivos ventilando espontáneamente aire ambiente, sin requerimiento de drogas vasoactivas. Signos vitales estables, afebril. Leucocitos de 15000/mm3. Abdomen blando, distendido, sin signos peritoneales. Se inicia antibiótico terapia con gentamicina y metronidazol. Buen manejo del dolor con ketorolac y morfina, que luego se rotó a dipirone. Evoluciona favorablemente tolerando dieta oral y finalizando esquema antibiótico por lo que es dado de alta al 6 día post procedimiento.

ÍNDICE POR AUTORES

Apellido	Trabajo Nº
ABECIA, Victor	2-Casos Clínicos: 170
ABECIA, Victor Hugo	3-Videos: 188
ABECIA SORIA, Victor Hugo	1-Trabajos Originales (oral): 175 / 3-Videos: 197
ABULAFIA, Jaime	1-Trabajos Originales (oral): 185
ACOSTA, Elsa	1-Casos Clínicos: 140
AGOFF, Laura	1-Casos Clínicos: 194
AGUILAR, Francisco	1-Trabajos Originales (oral): 218, 221
AGUILERA, Federico	1-Trabajos Originales (oral): 190
AHUMADA, María Cruz	1-Trabajos Originales (oral): 51
ALARCON, Guillermo Pablo	3-Videos: 177
ALBA, Paula	2-Casos Clínicos: 129
ALDABE, Noel	1-Trabajos Originales (póster): 163 / Casos Clínicos: 164, 176, 178
ALDABE, Noel Victoria Eugenia	1-Casos Clínicos: 36
ALEMAN, Argelia Marisa	2-Casos Clínicos: 215 / 3-Videos: 88, 193
ALFARO VILLEGAS, Manuel	1-Trabajos Originales (póster): 91
ALONSO, Andres	2-Casos Clínicos: 128
ALONSO PADILLA, Julieta	3-Videos: 193
ALSINA, Fernanda Soledad	2-Casos Clínicos: 66
ALTUNA, Ignacio	2-Casos Clínicos: 77
AMÉ, Clemar	2-Casos Clínicos: 55
AMIEVA, Leandro	1-Trabajos Originales (póster): 139, 141
AMUCHASTEGUI, Osvaldo	2-Casos Clínicos: 213
ANSA, Amorina	2-Casos Clínicos: 74
ARCO, Mauricio	1-Trabajos Originales (oral): 210 / 2-Casos Clínicos: 220
ARGENTO, Rosana	1-Trabajos Originales (oral): 185
ARGONZ, Julio	1-Trabajos Originales (póster): 135
ARGÜELLO, Mariano	1-Trabajos Originales (oral): 152
ARGÜERO, María Julieta	1-Trabajos Originales (oral): 175
ARIAS, Francisco	1-Trabajos Originales (póster): 91
ARIAS, Jorge	1-Trabajos Originales (oral): 190
ARIAS, Marcela Carolina	2-Casos Clínicos: 126, 144
ASSENZA PARISI, Beatriz	1-Trabajos Originales (póster): 162
AYATS, Victoria	2-Casos Clínicos: 34
BABOT HERRERA, Guillermo	3-Videos: 88
BADALONI, Adolfo	1-Trabajos Originales (oral): 95
BAENAS, Diego	2-Casos Clínicos: 78
BAI, Julio	1-Trabajos Originales (oral): 199, 208, 209, 212
BAI, Julio César	1-Trabajos Originales (oral): 201
BALBUENA, María Clara Azucena	1-Trabajos Originales (oral): 7
BALCARCE, Norma	1-Trabajos Originales (oral): 5 / 2-Casos Clínicos: 156
BALDERRAMO, Domingo	1-Trabajos Originales (oral): 47 / 2-Casos Clínicos: 78
BALDONI, Fernando	1-Trabajos Originales (oral): 107
BALMACEDA, Silvia	1-Trabajos Originales (póster): 196
BARÁN, Ezequiel	1-Trabajos Originales (póster): 94
BARBA, Analia	1-Casos Clínicos: 132
BARBAGLIA, Yanina	1-Trabajos Originales (póster): 80
BARBERO, Rodolfo	1-Trabajos Originales (póster): 149
BARCIA, Teresa	1-Trabajos Originales (póster): 184
BARONI, María Rosa	1-Trabajos Originales (póster): 80
BARRIL, Sergio	3-Videos: 177

Apellido	Trabajo N°
BARRIOS, María Luz	1-Trabajos Originales (oral): 43
BARROS, Augusto	1-Trabajos Originales (oral): 16
BARTHET, Marc	3-Videos: 102
BARTOLOMEO, Ines	1-Trabajos Originales (oral): 185
BASILE, Leonardo	1-Casos Clínicos: 114, 123
BASILE, Mauricio	2-Casos Clínicos: 70, 120
BEDINI, Marianela Patricia	2-Casos Clínicos: 166
BELLA, Santiago Rafael	2-Casos Clínicos: 166
BELLAVITE TERCEROS, Franco Pablo	1-Casos Clínicos: 19
BELlicosO, Maricel	1-Trabajos Originales (oral): 60, 226
BELLONI, Rodrigo	1-Trabajos Originales (póster): 149
BEN, Ricardo	1-Trabajos Originales (oral): 5 / 1-Trabajos Originales (póster): 148, 149 / 2-Casos Clínicos: 156
BERMAN, Saul	1-Trabajos Originales (oral): 51, 52
BERNARDI, Gustavo Miguel	2-Casos Clínicos: 45
BERNEDO, Viviana	1-Trabajos Originales (oral): 5 / 1-Trabajos Originales (póster): 149 / 2-Casos Clínicos: 156
BERRO, Mariano	1-Trabajos Originales (oral): 16
BERTOLA, Silvia	1-Trabajos Originales (oral): 47 / 2-Casos Clínicos: 78
BESGA, Andrea	1-Trabajos Originales (oral): 5 / 1-Trabajos Originales (póster): 148, 149
BESTANI, Claudia	1-Trabajos Originales (póster): 135
BIASOLI, Florencia	1-Trabajos Originales (oral): 136
BILDER, Hugo Germán	1-Casos Clínicos: 23
BOERR, Luis Alberto	1-Trabajos Originales (oral): 85, 115, 116
BOGADO, Silvia Alejandra	1-Trabajos Originales (póster): 10 / Casos Clínicos: 20
BOLINO, Maria Carolina	1-Trabajos Originales (oral): 56 / 1-Trabajos Originales (póster): 44, 63, 82
BOLOGNA, Adrian	1-Trabajos Originales (póster): 149
BOLOMO, Andrea	1-Trabajos Originales (oral): 47 / 2-Casos Clínicos: 78
BONFANTI, Miriam	1- Casos Clínicos: 140 /Trabajos Originales (póster): 198
BORGHI, C.	1-Trabajos Originales (oral): 209
BORI, Javier	1-Trabajos Originales (oral): 73 / 2-Casos Clínicos: 144
BOROBIA, Paula	1-Trabajos Originales (oral): 5 / 2-Casos Clínicos: 156
BOROVIA, Paula	1-Trabajos Originales (póster): 149
BOSALEH, Andrea	1-Trabajos Originales (póster): 130
BOSCH, Jorge	1-Trabajos Originales (póster): 44
BOTTERO, Adriana	1-Trabajos Originales (oral): 133 / 1-Trabajos Originales (póster): 130
BRACONE, Hernan	2-Casos Clínicos: 124, 125
BRIGNONE, Nicolas	2-Casos Clínicos: 166
BRODERSEN, Carlos	1-Trabajos Originales (póster): 61, 71 / 2-Casos Clínicos: 74, 77, 84
BUCCI, Pamela	1-Trabajos Originales (póster): 80
BUDINI, Paula	2-Casos Clínicos: 213
BUGALLO, Mario Jerónimo	1-Trabajos Originales (oral): 43
BUN, Maximiliano	1-Trabajos Originales (oral): 116
BURLANDO, Eduardo	1-Trabajos Originales (oral): 218, 221
BUSQUET, Laura	1-Trabajos Originales (oral): 133
BUSTOS, Ma Fernanda	1-Trabajos Originales (póster): 83
BUTIERREZ, Federico	1-Trabajos Originales (oral): 52
BUTTI, Abel	2-Casos Clínicos: 166
CABANNE, Ana	1-Trabajos Originales (oral): 67, 73, 95, 226 /
	1-Trabajos Originales (póster): 68, 135 / 2-Casos Clínicos: 144, 222
CABEZAS, Analía	1-Trabajos Originales (póster): 91 / 2-Casos Clínicos: 34
CALCAGNO, Ramiro	1-Trabajos Originales (póster): 162 / 2-Casos Clínicos: 174
CALDO, Ignacio Federico	2-Casos Clínicos: 99
CALVI, Nicolas	1-Casos Clínicos: 211
CALZETTA, Pablo	1-Casos Clínicos: 23
CALZONA, Cecilia	2-Casos Clínicos: 128

Apellido

CALZONA, María Cecilia
 CALZONA, Maria Cecilia
 CAMPITELLI, Esteban Hugo
 CAMPODÓNICO, Pia
 CANDEL, Ivanna
 CANEPA, Enrique
 CÁNEPA CLARIS, María Victoria
 CANICOBÁ, Marisa
 CANO, Martin
 CANSECO, Sandra
 CANTEROS, Julio
 CANTEROS, Santiago
 CAPONE, Cecilia
 CAPRIOTTI, Andres
 CAPRIOTTI, Luciano Andres
 CARDOS, Fernando
 CARFAGNINI, Paula
 CARLINO, Yanina
 CARNAGHI, Angel Javier
 CARO, Luis
 CARRANZA, Omar
 CARRARO, Cecilia
 CARRERA SILVA, Eugenio Antonio
 CARRICA, Sebastian
 CARRICA, Sebastian Augusto
 CARUSO, Gustavo
 CASASCO, Florencia
 CASBARIEN, Octavio
 CASTELLANOS, Karina
 CASTILLO, Gabriela
 CASTRO, Lilian
 CAUSADA, Natalia
 CEJAS, Andrea Arasceli
 CEPEDA, Jéscica
 CEPEDA PARGA, Jesica Stefania
 CERDAS, Natalia
 CERISOLI, Cecilio
 CERISOLI, Cecilio Luis
 CERVANTES, Marcos
 CHAAR, Elsa Catalina
 CHAHDI BELTRAME, Magali
 CHAVERO, Paula
 CHEREAU, Clara
 CHIAPPERO, Ana Laura
 CHIRIANO, Fabiela
 CHOCCA, Agustina
 CHOPITA, Nestor

 CHOPITA, Nestor Alfredo
 CHOW BRANDT, Otto
 CILLO, Mariano
 CIMMINO, Daniel G.
 CIMMINO, Daniel Gustavo
 CIOTOLA, Franco

Trabajo N°

1-Trabajos Originales (póster): 94
 1-Trabajos Originales (póster): 103
 1-Trabajos Originales (oral): 190
 2-Casos Clínicos: 124, 125
 1-Trabajos Originales (póster): 119
 2-Casos Clínicos: 114
 1-Trabajos Originales (oral): 43
 1-Trabajos Originales (oral): 142
 1-Trabajos Originales (póster): 139, 141
 1-Trabajos Originales (oral): 56 / 1-Trabajos Originales (póster): 44
 1-Casos clínicos: 176, 178
 1-Casos Clínicos: 36
 1-Trabajos Originales (oral): 152
 1-Casos Clínicos: 114, 123
 2-Casos Clínicos: 70, 120
 1-Trabajos Originales (póster): 91
 2-Casos Clínicos: 84
 1-Trabajos Originales (oral): 47 / 2-Casos Clínicos: 78
 1-Trabajos Originales (póster): 184
 1-Trabajos Originales (oral): 56 / 1-Trabajos Originales (póster): 44, 63, 82
 2-Casos Clínicos: 70
 1-Casos Clínicos: 211 / 2-Casos Clínicos: 69, 126, 144
 1-Trabajos Originales (oral): 60
 1-Trabajos Originales (póster): 119
 1-Trabajos Originales (oral): 171 / 1-Trabajos Originales (póster): 112
 2-Casos Clínicos: 213
 1-Trabajos Originales (póster): 216
 1-Trabajos Originales (póster): 61
 1-Trabajos Originales (póster): 135
 2-Casos Clínicos: 160, 213
 2-Casos Clínicos: 69
 1-Casos Clínicos: 194
 3-Videos: 88
 1-Casos Clínicos: 157
 1-Casos Clínicos: 194
 2-Casos Clínicos: 55
 1-Trabajos Originales (póster): 44, 63, 82
 1-Trabajos Originales (oral): 56
 2-Casos Clínicos: 128
 1-Trabajos Originales (póster): 184
 3-Videos: 188
 1-Trabajos Originales (oral): 60, 226
 1-Trabajos Originales (oral): 5 / 1-Trabajos Originales (póster): 148
 3-Videos: 177
 1-Trabajos Originales (póster): 104, 105 / 2-Casos Clínicos: 41
 1-Trabajos Originales (póster): 216
 1-Trabajos Originales (oral): 113, 117 /
 1-Trabajos Originales (póster): 109, 112, 119, 149 / 3-Videos: 27
 1-Trabajos Originales (oral): 107, 171
 2-Casos Clínicos: 125
 3-Videos: 179
 1-Trabajos Originales (oral): 85
 1-Trabajos Originales (oral): 115, 116
 1-Trabajos Originales (oral): 95

Apellido

CIRINCIONE, Vilma
 CIRINCIONE, Vilma Inés
 CISTERNA, Daniel
 CITTADINI, Julieta
 CODD, Juan Cruz
 COGHLAN, Eduardo
 COLOMBATO, Luis
 COLOMBO, Pablo
 COLOMBO, Pablo Fernando
 CONLON, Carolina
 CONLON, Maria Carolina
 CONOSCIUTO, Juan
 CONTRERAS, Monica
 CONTRERAS, Mónica
 COPPOLA, Daniel
 CORDERO, Hernan
 CORIA, Gonzalo Mauricio
 CORREA, Gustavo
 CORREA, Gustavo Javier
 CORTES, Miguel
 CORTI, Rodolfo

 CORTINEZ, Ezequiel
 COSTA, Ana
 COSTA, Ana Florencia
 COSTA, Florencia
 COUTO, Juan Horacio
 CREVENA, Gabriela
 CUDA, Leonardo
 CUELI, Jose
 CUETO, Eduardo

 CULETTO, Adrian
 CURA, Pablo
 CURA, Pablo Hernan
 CURRAS, Alfredo
 CURVALE, Cecilia
 D ERCOLE, Vanina
 DACA ALVAREZ, Maria de Los Angeles
 D'ASCENZO, Maria Virginia
 DAVALOS, Pedro
 DE LARRAÑAGA, Gabriela
 DE MARCO, Andrea Cristina
 DE MARIA, Julio
 DE MARÍA, Julio
 DE MARIA, Julio Cesar
 DE PAULA, Juan
 DE PAULA, Juan Andrés
 DE SILVESTRE, Patricia
 DE SIMONE, Marcelo
 DEBENEDETTI, Jimena
 DEL VALLE, Raquel
 DELBUENO, Agustin
 DI BARTOLO, Laura

Trabajo N°

1-Trabajos Originales (póster): 17
 1-Trabajos Originales (póster): 48
 1-Trabajos Originales (oral): 212
 1-Trabajos Originales (oral): 190
 1-Casos Clínicos: 140
 1-Trabajos Originales (oral): 16
 3-Videos: 165, 179, 183
 2-Casos Clínicos: 24, 41
 1-Trabajos Originales (póster): 104, 105
 1-Casos Clínicos: 140
 1-Trabajos Originales (oral): 142 / 1-Trabajos Originales (póster): 198
 1-Trabajos Originales (oral): 210
 1-Trabajos Originales (oral): 133, 136
 1-Trabajos Originales (póster): 130
 2-Casos Clínicos: 66
 1-Trabajos Originales (póster): 36
 2-Casos Clínicos: 124, 125
 1-Trabajos Originales (póster): 112, 149
 1-Trabajos Originales (oral): 113, 117, 171 / 1-Trabajos Originales (póster): 119
 2-Casos Clínicos: 189
 1-Trabajos Originales (oral): 67, 73 / 1-Trabajos Originales (póster): 68, 135 /
 2-Casos Clínicos: 144
 1-Trabajos Originales (póster): 61
 1-Trabajos Originales (oral): 209, 212
 1-Trabajos Originales (oral): 201, 208
 1-Trabajos Originales (oral): 199
 2-Casos Clínicos: 160
 1-Casos Clínicos: 140
 2-Casos Clínicos: 66
 1-Trabajos Originales (póster): 104 / 2-Casos Clínicos: 41
 1-Trabajos Originales (oral): 5 / 1-Trabajos Originales (póster): 148 /
 2-Casos Clínicos: 156
 3-Videos: 102
 3-Videos: 27
 1-Trabajos Originales (oral): 107
 1-Casos Clínicos: 23
 1-Trabajos Originales (oral): 96 / 1-Trabajos Originales (póster): 90, 97
 2-Casos Clínicos: 24
 1-Casos Clínicos: 132
 1-Trabajos Originales (póster): 94
 1-Trabajos Originales (póster): 100
 1-Trabajos Originales (oral): 60
 1-Trabajos Originales (póster): 20
 1-Casos Clínicos: 20
 1-Trabajos Originales (póster): 90
 1-Trabajos Originales (póster): 97
 1-Casos Clínicos: 194
 1-Casos Clínicos: 157
 1-Trabajos Originales (oral): 185
 1-Trabajos Originales (oral): 152
 1-Trabajos Originales (póster): 82
 2-Casos Clínicos: 126, 144
 2-Casos Clínicos: 128
 2-Casos Clínicos: 213

Apellido

DI PALMA, Guillermo Daniel
 DI PAOLA, Leandro
 DI RISIO, Cecilia
 DIAZ, Ana Belen
 DIAZ, Estefania Yesica
 DÍAZ, María Belén
 DIAZ, Ricardo Federico
 DIEHL, Fernando
 DIMA, Guillermo
 DOBRY, Martin
 DOLAN, Martin Eduardo
 DOMINGUEZ, Verónica
 DOMINGUEZ, Veronica Natalia
 DON, Georgina
 DOWECK, Judith
 DOWECK, Judyth
 DR CORTI, Rodolfo
 DR. CODD, Juan
 DR. CORTI, Rodolfo
 DR. CUENCA ABENTE, Federico
 DR. ITURRALDE ARGERICH, Javier
 DR. PATERNÓ, Mauricio
 DRA CABANNE, Ana
 DRA DOWECK, Judith
 DRA FILIPPA, Laura
 DRA ORBUCH, Florencia
 DRA. CREVENA, Gabriela
 DRA. GARCIA, Sandra
 DRA. GUTIERREZ, Silvia
 DRA. LOPEZ, Jesica
 DRA. MARCHI, Laura
 DRA. MENENDEZ, Graciela
 DRA. OMONTE, Ana
 DRA. PERNA, Lorena
 DRA. PORFILIO, Giovanna
 DRA. RIZZOLO, Mariana
 DRA. VIÑUALES, Paula
 DRA.BESTANI, Claudia
 DRA.CABANNE, Ana
 DRA.LUZURIAGA, Guadalupe
 DRA.PALAVICINNI, Cecilia
 DRA.PARRA, Estela
 DULCICH, Florencia

 DUMONCEAU, Jean Marc
 DURÁN, Sebastián
 DURAND, Luis
 DUTACK, Alejandro
 ECHAGUE, Francisco
 ERRASTI, Andrea Emilse
 ESCOBAR FERNANDEZ, Rafael
 ESPINOZA, Natalia Gisela
 ESPÍÑEIRA, Silvina
 ESTEVES, Javier Sebastián

Trabajo N°

1-Trabajos Originales (póster): 44
 1-Trabajos Originales (oral): 52 / 2-Casos Clínicos: 84
 1-Trabajos Originales (póster): 184
 2-Casos Clínicos: 55, 213
 2-Casos Clínicos: 66
 2-Casos Clínicos: 213
 2-Casos Clínicos: 99
 1-Trabajos Originales (oral): 47 / 2-Casos Clínicos: 78
 1-Trabajos Originales (oral): 7, 21, 53, 54
 1-Trabajos Originales (póster): 17
 1-Trabajos Originales (póster): 139, 141
 1-Casos Clínicos: 140
 1-Trabajos Originales (póster): 100
 1-Trabajos Originales (oral): 73 / 1-Trabajos Originales (póster): 68
 1-Trabajos Originales (póster): 135 / 2-Casos Clínicos: 144
 1-Trabajos Originales (oral): 73
 1-Trabajos Originales (oral): 59
 2-Casos Clínicos: 203
 2-Casos Clínicos: 92
 2-Casos Clínicos: 92
 2-Casos Clínicos: 92
 2-Casos Clínicos: 92
 1-Trabajos Originales (oral): 59
 1-Trabajos Originales (oral): 59 / 2-Casos Clínicos: 92
 1-Trabajos Originales (oral): 59
 2-Casos Clínicos: 92
 2-Casos Clínicos: 203
 2-Casos Clínicos: 203
 2-Casos Clínicos: 203
 2-Casos Clínicos: 203
 2-Casos Clínicos: 203
 2-Casos Clínicos: 92
 2-Casos Clínicos: 203
 2-Casos Clínicos: 203
 3-Videos: 39
 2-Casos Clínicos: 92
 2-Casos Clínicos: 203
 1-Trabajos Originales (oral): 59
 2-Casos Clínicos: 92
 3-Videos: 39
 2-Casos Clínicos: 203
 3-Videos: 39
 1-Trabajos Originales (oral): 59, 73 / 1-Trabajos Originales (póster): 135 /
 2-Casos Clínicos: 92, 144
 1-Trabajos Originales (oral): 56 / 1-Trabajos Originales (póster): 44, 63, 82
 1-Trabajos Originales (oral): 175 / 3-Videos: 188, 197
 1-Trabajos Originales (póster): 44
 2-Casos Clínicos: 99 / 3-Videos: 165, 179, 183
 2-Casos Clínicos: 126, 144
 1-Trabajos Originales (oral): 60
 1-Casos Clínicos: 132
 1-Trabajos Originales (oral): 43
 3-Videos: 177
 3-Videos: 177

Apellido	Trabajo N°
ETCHEPARE, Sergio	2-Casos Clínicos: 77
ETCHEVERS, María Josefina	1-Casos Clínicos: 157
FACCAS, Martin	2-Casos Clínicos: 70, 120
FACCAS AHUN, Martín Ignacio	1-Casos Clínicos: 114, 123
FACIO, Lucila	2-Casos Clínicos: 180
FADUL, Miguel Angel	2-Casos Clínicos: 160
FAJARDO, Oscar	1-Trabajos Originales (oral): 117
FALBO, Carlos	2-Casos Clínicos: 66
FANJUL, Ignacio	1-Trabajos Originales (oral): 21, 53, 54
FANJUL, Veronica	1-Trabajos Originales (oral): 210 / 2-Casos Clínicos: 220
FASANO, Maria Victoria	1-Trabajos Originales (oral): 113, 117
FERNANDEZ, Diego Mariano	1-Trabajos Originales (póster): 184
FERNANDEZ, Florencia	2-Casos Clínicos: 74
FERNANDEZ, Guillermo	1-Trabajos Originales (oral): 152
FERNANDEZ, Jorge	3-Videos: 88
FERNANDEZ, Lucina	1-Casos Clínicos: 79
FERNÁNDEZ, Lucina	1-Trabajos Originales (póster): 206
FERNANDEZ, Nora	3-Videos: 183
FERNANDEZ TAYELDÍN, Sebastian	3-Videos: 72
FIGUEREDO, Ricardo	1-Trabajos Originales (oral): 56
FIORENTINO, Roxana	2-Casos Clínicos: 144, 180
FISCHER, Carolina	1-Trabajos Originales (oral): 85
FISCHER, Maria Carolina	1-Trabajos Originales (oral): 115, 116
FONTANA, Rosa	1-Trabajos Originales (oral): 201
FORESTIER, Cintia Vanina	2-Casos Clínicos: 126
FORESTIER, Vanina	1-Casos Clínicos: 211
FRACCHIA, Julio	2-Casos Clínicos: 66
FRAIRE, Carlos	1-Trabajos Originales (oral): 133
FRANCISCO, Marisa	1-Trabajos Originales (oral): 152
FRIAS, Silvia	1-Trabajos Originales (póster): 162
FUGAZZA, Laura	2-Casos Clínicos: 66
FUMO, Tomás	2-Casos Clínicos: 69
FURIA, Marina	2-Casos Clínicos: 180
FURNUS, Valeria	1-Trabajos Originales (póster): 216
FUSCHETTO, Luciano Ariel	3-Videos: 72
FUXMAN, Claudia	1-Trabajos Originales (oral): 95
GADEA, Claudia Elizabeth	2-Casos Clínicos: 215
GAIBOR, Indira	1-Casos Clínicos: 140
GAIBOR GAIBOR, Indira Irene	2-Casos Clínicos: 203
GALOPPO, Marcela	1-Trabajos Originales (póster): 17
GÁNDARA, Silvina	1-Trabajos Originales (oral): 51
GANDARA, Silvina	1-Trabajos Originales (oral): 52
GARAVENTO, Leonardo	1-Trabajos Originales (oral): 117 / 1-Trabajos Originales (póster): 109 / 3-Videos: 27
GARBE, Cecilia	1-Trabajos Originales (póster): 100
GARBI, Laura	1-Trabajos Originales (oral): 117 / 1-Trabajos Originales (póster): 149
GARBI, María Laura	1-Trabajos Originales (póster): 109
GARCIA BES, Pablo	2-Casos Clínicos: 34
GARRIDO, Mariano	1-Trabajos Originales (póster): 71
GARRIDO, Matías	1-Casos Clínicos: 23
GARROCHO, Gonzalo Matías	3-Videos: 193
GARROCHO, Rodrigo Nicolás	3-Videos: 193
GARROCHO MACHADO, Carlos	3-Videos: 193
GERMAN, Andres	1-Trabajos Originales (oral): 226
GHIRALDO, Ana Lia	1-Trabajos Originales (póster): 162 / 2-Casos Clínicos: 174

Apellido

GIACOMANTONE, Candela
 GIANI, Rita
 GIANINETTI, Leonardo
 GIANNINI, Marcelo Oscar
 GIANZANTI, Arturo
 GIL, Anibal
 GIMENEZ, Fernando
 GIMENEZ, Fernando Ignacio
 GIRAUDO, Florencia
 GIROTTI, Claudio
 GODOY, Ana Clara
 GOLDBERG, Gisela
 GOLDMAN, Cinthia
 GÓMEZ, Estanislao J.
 GOMEZ, Estanislao Jesus
 GOMILA, Jorge
 GONCALVES, Silvina
 GONZÁLEZ, Andrea
 GONZALEZ, Andrea
 GONZÁLEZ, Andrea
 GONZALEZ, Claudia
 GONZALEZ, Daniela Liliana
 GONZALEZ, Jean-michel
 GONZALEZ, Juliana
 GONZALEZ, Maria Laura
 GONZÁLEZ, Mariano Andrés
 GONZÁLEZ, Pablo
 GONZALEZ, Pablo
 GONZÁLEZ, Raquel
 GONZALEZ, Raquel Analía
 GONZALEZ, Raquel Analia
 GONZALEZ, Roxana
 GONZALEZ, Teresita

 GONZALEZ DEL SOLAR, Carlos
 GORDILLO, M. Belén
 GORORDO IPIÑA, Carolina
 GRANERO, Noemí
 GUAGNINI, Marcelo
 GUALDRINI, Ubaldo
 GUGLIELMINO, Andrea
 GUIDI, Martin
 GUTIERREZ, Silvia
 GUZMAN, Luciana

 GUZMAN, Mauricio
 HADAD, Adrián R
 HADAD, Adrian Ramon
 HANUCH, Natali
 HENDRIKSEN, Berta Elizabeth
 HENSEL, Alejandro

 HERMIDA, Raquel
 HERRERA, Jose

Trabajo N°

1-Trabajos Originales (oral): 73, 85 / 1-Trabajos Originales (póster): 68
 1-Trabajos Originales (póster): 80
 1-Trabajos Originales (oral): 218, 221
 2-Casos Clínicos: 28
 3-Videos: 72
 1-Trabajos Originales (oral): 60, 226
 1-Casos Clínicos: 194
 1-Casos Clínicos: 157
 1-Trabajos Originales (oral): 117 / 3-Videos: 27
 1-Trabajos Originales (póster): 103
 1-Trabajos Originales (póster): 104, 105 / 2-Casos Clínicos: 41
 1-Casos Clínicos: 211 / 2-Casos Clínicos: 126
 1-Trabajos Originales (oral): 67 / 1-Trabajos Originales (póster): 68
 1-Trabajos Originales (oral): 85
 1-Trabajos Originales (oral): 115, 116
 1-Trabajos Originales (oral): 152
 1-Trabajos Originales (oral): 60, 226
 1-Trabajos Originales (oral): 199
 1-Trabajos Originales (oral): 201, 208, 209, 212
 1-Trabajos Originales (póster): 216
 2-Casos Clínicos: 66
 1-Casos Clínicos: 217
 3-Videos: 102
 1-Trabajos Originales (oral): 133
 2-Casos Clínicos: 154 / 3-Videos: 35
 1-Trabajos Originales (oral): 43
 1-Trabajos Originales (póster): 162
 2-Casos Clínicos: 174
 1-Trabajos Originales (oral): 85
 1-Trabajos Originales (oral): 115
 1-Trabajos Originales (oral): 116
 1-Trabajos Originales (oral): 47 / 2-Casos Clínicos: 78
 1-Trabajos Originales (oral): 5 / 1-Trabajos Originales (póster): 148, 149 /
 2-Casos Clínicos: 156
 3-Videos: 165
 1-Trabajos Originales (oral): 201
 2-Casos Clínicos: 166
 1-Trabajos Originales (póster): 94
 2-Casos Clínicos: 70
 1-Trabajos Originales (oral): 116
 1-Trabajos Originales (póster): 17, 48
 1-Trabajos Originales (oral): 96 / 1-Trabajos Originales (póster): 90, 97
 1-Casos Clínicos: 140
 1-Trabajos Originales (oral): 5 / 1-Trabajos Originales (póster): 149 /
 2-Casos Clínicos: 156
 1-Trabajos Originales (póster): 112
 1-Trabajos Originales (oral): 85
 1-Trabajos Originales (oral): 115
 1-Trabajos Originales (póster): 112
 1-Trabajos Originales (póster): 94
 1-Trabajos Originales (oral): 226 / 1-Casos Clínicos: 207 /
 2-Casos Clínicos: 222
 1-Trabajos Originales (póster): 104 / 2-Casos Clínicos: 41
 1-Trabajos Originales (póster): 196

Apellido

HERRERA NAJUM, Pablo Daniel
 HERRERO, Gabriela Solange
 HIGA, Mariano
 HIGA, Roberto
 HOFFMANN, Pablo
 HUERNOS, Sergio
 HURTADO, Esther
 HWANG, Hui Jer
 IANNICILLO, Hernan
 IANTORNO, Guido
 IANTORNO, Mauro
 IMHOF, Hugo
 IRIARTE, Mariel
 IRIARTE, Sonia Mariel
 JACOBINO, Liliana
 JANJETIC, Mariana
 JAROSLAVSKY, Maria Jose
 JAUK, Federico
 JEANNOT, Joaquin
 JIMENEZ, Felix
 JIMÉNEZ, Félix
 JUÁREZ, Álvaro Santiago
 JURY, Gaston
 JURY, Ruben
 KIDD, Mariana
 KIRSCHBAUM, Agustin
 KIRSCHBAUM, Fernando
 KOSNICKI, Ludmila
 KRAUSE, Martin
 KUJARUK, Mirta Raquel
 KUSMINSKY, Gustavo
 KUTJA, Nadia
 LA VÍA, José
 LABORDA, Jorge
 LABORDA MOLTENI, Jorge
 LAFERRERE, Luis
 LAM CHON, Rudiger
 LAMOT, Juan Manuel
 LASA, Juan
 LEDESMA, Claudia
 LEDESMA, Claudia Viviana
 LEIBOVICH, Natalia
 LEIZA, Lorena

 LENZ, Marcelo
 LEON, Cecilia
 LEONART, Jose
 LEONART, José
 LEZAMA, Carol
 LLARYORA, María Griselda
 LOMBARDO, Diana
 LONGARINI, Gabriela
 LONGO, Analía
 LOPEZ, Pablo

Trabajo N°

2-Casos Clínicos: 45
 1-Trabajos Originales (póster): 103
 1-Trabajos Originales (oral): 47 / 2-Casos Clínicos: 78
 1-Trabajos Originales (oral): 210 / 2-Casos Clínicos: 220
 1-Trabajos Originales (oral): 56
 1-Trabajos Originales (oral): 60, 226
 2-Casos Clínicos: 128
 1-Trabajos Originales (oral): 208, 212
 2-Casos Clínicos: 99
 2-Casos Clínicos: 180
 2-Casos Clínicos: 69
 1-Trabajos Originales (oral): 218, 221
 1- Casos Clínicos: 164, 176
 1-Casos Clínicos: 36, 163
 2-Casos Clínicos: 66
 1-Trabajos Originales (oral): 67 / 1-Trabajos Originales (póster): 68
 2-Casos Clínicos: 189, 191
 3-Videos: 35
 1-Trabajos Originales (oral): 51
 1-Casos Clínicos: 79
 1-Trabajos Originales (póster): 80
 3-Videos: 193
 1-Trabajos Originales (póster): 139, 141
 1-Trabajos Originales (póster): 139, 141
 1-Trabajos Originales (póster): 104, 105 / 2-Casos Clínicos: 24, 41
 2-Casos Clínicos: 69
 1-Trabajos Originales (oral): 56
 1-Trabajos Originales (póster): 61
 1-Trabajos Originales (póster): 44
 1-Trabajos Originales (oral): 59
 1-Trabajos Originales (oral): 16
 2-Casos Clínicos: 222
 2-Casos Clínicos: 125
 1-Casos Clínicos: 114, 123
 2-Casos Clínicos: 70, 120
 1-Trabajos Originales (oral): 16
 1-Casos Clínicos: 194
 3-Videos: 177
 1-Trabajos Originales (oral): 21, 51, 52, 53, 54
 1- Casos Clínicos: 164, 176
 1-Casos Clínicos: 36, 178
 1-Trabajos Originales (oral): 51, 52
 1-Trabajos Originales (oral): 5 / 1-Trabajos Originales (póster): 148 /
 2-Casos Clínicos: 156
 2-Casos Clínicos: 128
 1-Trabajos Originales (póster): 162 / 2-Casos Clínicos: 174
 1-Trabajos Originales (póster): 119
 3-Videos: 27
 1-Trabajos Originales (póster): 17
 2-Casos Clínicos: 129, 213
 2-Casos Clínicos: 99
 1-Trabajos Originales (oral): 199, 201, 208, 209, 212
 1-Trabajos Originales (oral): 185
 1-Trabajos Originales (oral): 208

Apellido	Trabajo N°
LOPEZ, Rafael	1-Trabajos Originales (póster): 139, 141
LOPEZ MINGORANCE, Fabiana	1-Trabajos Originales (póster): 83
LOSADA GOMEZ, Claudia	1-Trabajos Originales (póster): 149
LOSADA GOMEZ, Claudia Liliana	1-Trabajos Originales (oral): 5 / 1-Trabajos Originales (póster): 148 / 2-Casos Clínicos: 156
LOTERO POLESEL, Julio Cesar	1-Casos Clínicos: 10 / Casos Clínicos: 20
LOZA, Miguel	1-Trabajos Originales (póster): 100
LOZZI, Ruben Darío	1-Trabajos Originales (oral): 210 / 2-Casos Clínicos: 220
LUBIENIECKI, Daniela Carina	1-Trabajos Originales (póster): 61
LUCARELLI, Lucía Ayelén	1-Trabajos Originales (oral): 67 / 1-Trabajos Originales (póster): 68
LUCERO, Gisela	1-Trabajos Originales (póster): 162 / 2-Casos Clínicos: 174
LUGO, M.	1-Trabajos Originales (oral): 209
LUMI, Carlos Miguel	1-Trabajos Originales (oral): 190
LUNA, Pablo	1-Trabajos Originales (oral): 85
LUQUE, Carlos	1-Trabajos Originales (póster): 17, 149
LUZURIAGA, Guadalupe	1- Casos clínicos: 146, 147
MACHUCA, Javier	2-Casos Clínicos: 70
MAFFASSANTI, Carlos Ignacio	3-Videos: 72
MAHLER, Manuel	2-Casos Clínicos: 170
MAHLER, Manuel Alejandro	3-Videos: 188, 197
MAJEWSKI, Ignacio	2-Casos Clínicos: 77
MALAGA, Ignacio	1-Trabajos Originales (oral): 96 / 1-Trabajos Originales (póster): 90, 97
MALAGRINO, Pablo Javier	1-Trabajos Originales (póster): 17, 48
MANAZZONI, Dante	1-Trabajos Originales (póster): 90
MANRESA, María Mercedes	1-Trabajos Originales (póster): 94, 103
MANTERO, Paula	1-Trabajos Originales (oral): 67 / 1-Trabajos Originales (póster): 68
MANTEROLA, Manuela	1-Trabajos Originales (oral): 5 / 1-Trabajos Originales (póster): 148, 149
MARCHESI OLID, Liliana	1-Trabajos Originales (póster): 68
MARCOLONGO, Mariano	1-Casos Clínicos: 157 /Casos Clínicos: 194 / 2-Casos Clínicos: 154, 170 / 3-Videos: 35, 197
MARCOLONGO, Mariano Martín	1-Trabajos Originales (oral): 175 / 3-Videos: 188
MARILLET, Marcela	1-Trabajos Originales (póster): 71
MARINI, Eduardo	1-Trabajos Originales (póster): 162 / 2-Casos Clínicos: 174
MARINI, Juan Manuel	1-Trabajos Originales (oral): 16
MARTA, Edgardo	1-Trabajos Originales (póster): 184
MARTÍN QUIRÁN, Mariana	1-Casos Clínicos: 207
MARTIN QUIRAN, Mariana	2-Casos Clínicos: 144
MARTIN QUIRAN, Mariana Elizabeth	1-Casos Clínicos: 211
MARTINEZ, Emiliana Rocio	1-Trabajos Originales (oral): 117 / 1-Trabajos Originales (póster): 112
MARTINEZ, Horacio	1-Trabajos Originales (póster): 112, 119
MARTINEZ, Karol	1-Trabajos Originales (oral): 5 / 1-Trabajos Originales (póster): 148, 149
MARTINEZ, Mariano Emanuel	2-Casos Clínicos: 55, 160, 213
MARTINEZ BOTANNI, Cristina	1-Trabajos Originales (póster): 184
MARUELLI, Silvina	2-Casos Clínicos: 24
MASELLI, María Del Carmen	1-Trabajos Originales (póster): 83
MASSA, Oscar	2-Casos Clínicos: 154 / 3-Videos: 35
MASSA, Sergio	1-Casos Clínicos: 23
MATANO, Raul	1-Trabajos Originales (oral): 96
MATANÓ, Raúl	1-Trabajos Originales (oral): 153 / 1-Trabajos Originales (póster): 90, 97 / 2-Casos Clínicos: 202
MATUS, Gonzalo	1-Trabajos Originales (oral): 67, 85
MAURETTE, María Victoria	1-Trabajos Originales (póster): 71
MAURETTE, Victoria	2-Casos Clínicos: 84
MAURIÑO, Eduardo	1-Trabajos Originales (oral): 199, 201, 208, 209, 212 /Casos Clínicos: 207 / 1-Trabajos Originales (póster): 211 / 2-Casos Clínicos: 126, 144

Apellido	Trabajo N°
MAVROMATOPULOS, Elisabet	1-Trabajos Originales (póster): 17, 48
MAYNAT, Alejandra	1-Trabajos Originales (póster): 82
MAZURE, Roberto	1-Trabajos Originales (oral): 199, 201, 208, 209, 212 / 1-Casos Clínicos: 207 /
	2-Casos Clínicos: 222
	3-Videos: 188
MAZZA, Oscar María	2-Casos Clínicos: 124
MEDRANO, Carlos	1-Trabajos Originales (oral): 85, 115, 116
MELLA, Jose Manuel	1-Trabajos Originales (póster): 196
MENDOZA, Belen	1-Trabajos Originales (oral): 5 / 1-Trabajos Originales (póster): 148, 149
MENENDEZ, Lorena	1-Trabajos Originales (póster): 71
MENENDEZ, Silvia	1-Trabajos Originales (oral): 16
MENGONI, Cristian	1-Trabajos Originales (póster): 100
MERLIN, Marcela	1-Trabajos Originales (póster): 139, 141
MICONI, Diego	1-Trabajos Originales (oral): 5 / 1-Trabajos Originales (póster): 149 /
MICULAN, Sandro	2-Casos Clínicos: 156
	1-Casos Clínicos: 140
MILANO, Claudia	1-Trabajos Originales (oral): 142 / 1-Trabajos Originales (póster): 198
MILANO, Maria Claudia	2-Casos Clínicos: 180
MILITO, Daniela	2-Casos Clínicos: 66
MIMURA, Humberto	3-Videos: 102
MIRANDA-GARCIA, Pablo	1-Trabajos Originales (oral): 190
MIRAVALLE, Omar	1-Trabajos Originales (oral): 116
MIRAVALLE, Omar Ruben	2-Casos Clínicos: 78
MIRETTI, Virginia	1-Trabajos Originales (oral): 85
MOHAIDLE, Adriana	2-Casos Clínicos: 28
MOLINER, Carolina	1-Trabajos Originales (oral): 53, 54
MOORE, Rafael	1-Casos clínicos: 176
MORALES, CABEZAS, Bella	2-Casos Clínicos: 222
MORENO, Laura	1-Trabajos Originales (oral): 201 / 1-Trabajos Originales (póster): 207
MORENO, M. Laura	1-Trabajos Originales (oral): 201 / 1-Casos Clínicos: 207
MORENO, Maria Laura	1-Trabajos Originales (oral): 136, 136
MORTARINI, Maria Alejandra	2-Casos Clínicos: 154 / 3-Videos: 35
MULLEN, Eduardo	2-Casos Clínicos: 69, 222
MUÑOZ JARAMILLO, Roberto	1-Trabajos Originales (oral): 95
NACHMAN, Fabio	1-Trabajos Originales (oral): 16
NADALES, Angel	1-Trabajos Originales (póster): 139, 141
NAIDERMAN, Diego	1-Trabajos Originales (oral): 5 / 2-Casos Clínicos: 156
NANFITO, Gabriela	2-Casos Clínicos: 124, 125
NARDI, Graciela	1-Trabajos Originales (póster): 130
NEDER, Maria Daniela	1-Trabajos Originales (oral): 60, 226
NEGREIRA, Silvia	1-Trabajos Originales (oral): 95
NIEPONICE, Alejandro	2-Casos Clínicos: 34
NIEVA GOMEZ, Martin	1-Trabajos Originales (oral): 199, 201, 208, 209, 212 / 1-Trabajos Originales (póster): 207
NIVELONI, Sonia	1-Trabajos Originales (póster): 104, 105 / 2-Casos Clínicos: 24, 41
NOTARI, Lorena	2-Casos Clínicos: 84
NUÑEZ, Facundo	1-Trabajos Originales (oral): 113, 171 / 1-Trabajos Originales (póster): 112
OJEDA, Estefania	1-Trabajos Originales (póster): 130
OLEASTRO, Matías	1-Trabajos Originales (oral): 53, 54
OLIVERA, Pablo	1-Trabajos Originales (oral): 21
OLIVERA SENDRA, Pablo	1-Trabajos Originales (oral): 85, 96, 115, 116 / 1-Trabajos Originales (póster): 90, 97
OMODEO, Mariana	1-Casos Clínicos: 140
OMONTE ZAMBRANA, Ana	2-Casos Clínicos: 154, 170 / 3-Videos: 35
ORÍA, Ines	2-Casos Clínicos: 129, 213
ORTIZ, Guillermo	1-Trabajos Originales (oral): 113, 171
ORTIZ, Lucia	

Apellido

ORTÍZ, Lucía
 ORTÍZ SÁNCHEZ, Paola
 ORTMANN, Germán Ariel
 PADÍN, Lorenzo
 PADIN, Lorenzo
 PADIN, Lorenzo Fernando
 PÁEZ, María
 PAGLIERE, Nicolas
 PANIGADI, Guillermo Nicolas
 PANIGADI, Guillermo Nicolás
 PANIGADI, Nicolas
 PAPIER, S
 PAREDES PITTA, Martha María
 PARENZA, Tomás
 PARQUET, Romina Alejandra
 PARRA WIRTH, Estela
 PASCAL, Alejandro
 PASQUA, Analía
 PASQUA, Analía
 PASSERO, Alfredo
 PASTORINO, Martin
 PATERNÓ, Mauricio
 PATERNO, Mauricio
 PATRON COSTAS, Gustavo
 PAVELIC, Adriana María
 PAZ, Silvina
 PEDREIRA, Silvia C.
 PEDREIRA, Silvia Cecilia
 PELAEZ, Carol
 PELLIZZONI, Monica
 PELLIZZONI, Mónica Solange
 PERALTA, Daniel
 PERERA, Raquel
 PEREYRA, Lisandro
 PEREZ, Ana
 PEREZ, Ana Saralia
 PEREZ ESTEBAN, Natalia
 PEREZ FERNANDEZ, Ignacio
 PERISSE, Elizabeth
 PERRON, Nadia
 PEST, Erika
 PETON, Emanuel
 PETRI, Veronica
 PICO, Mercedes
 PIERINI, Angel
 PIGNATARO, Susana
 PINASCO, Rosalba
 PINTO SANCHEZ, María Ines
 PISKORZ, María Marta
 PIZZALA, Juan
 PIZZALA, Juan Eduardo
 PORFILIO GULARTE, Giovanna
 PRADO, Cecilia
 PRECETTI, Fabian

Trabajo N°

3-Videos: 27
 1-Trabajos Originales (póster): 130
 1-Trabajos Originales (oral): 175
 1-Trabajos Originales (póster): 71
 2-Casos Clínicos: 77, 84
 1-Trabajos Originales (póster): 61 / 2-Casos Clínicos: 74
 2-Casos Clínicos: 125
 1- Casos Clínicos: 132
 1-Trabajos Originales (oral): 115
 1-Trabajos Originales (oral): 116
 1-Trabajos Originales (oral): 85
 1-Trabajos Originales (oral): 209
 2-Casos Clínicos: 180
 1-Trabajos Originales (oral): 96 / 1-Trabajos Originales (póster): 90
 2-Casos Clínicos: 191
 1- Casos clínicos: 146, 147
 2-Casos Clínicos: 128
 1-Casos Clínicos: 194
 2-Casos Clínicos: 154 / 3-Videos: 35
 2-Casos Clínicos: 129
 1-Trabajos Originales (oral): 210
 2-Casos Clínicos: 69
 2-Casos Clínicos: 144, 222
 2-Casos Clínicos: 34
 2-Casos Clínicos: 28
 3-Videos: 165
 1-Trabajos Originales (oral): 85
 1-Trabajos Originales (oral): 115, 116
 1-Trabajos Originales (oral): 136
 2-Casos Clínicos: 220
 1-Trabajos Originales (oral): 210
 1-Trabajos Originales (oral): 7, 21, 53, 54
 2-Casos Clínicos: 128
 1-Trabajos Originales (oral): 85, 115, 116
 2-Casos Clínicos: 129
 2-Casos Clínicos: 160
 2-Casos Clínicos: 24
 2-Casos Clínicos: 126
 1-Trabajos Originales (póster): 184
 1-Trabajos Originales (oral): 107 / 1-Trabajos Originales (póster): 119
 1-Trabajos Originales (póster): 100
 2-Casos Clínicos: 126
 2-Casos Clínicos: 129
 1-Trabajos Originales (oral): 201
 1-Trabajos Originales (oral): 218, 221
 1-Trabajos Originales (oral): 185
 2-Casos Clínicos: 124, 125
 1-Trabajos Originales (oral): 199
 1-Trabajos Originales (oral): 67
 2-Casos Clínicos: 154, 170 / 3-Videos: 35
 1-Trabajos Originales (oral): 175 / 3-Videos: 188, 197
 1-Trabajos Originales (póster): 146, 147
 1-Trabajos Originales (oral): 185
 1-Trabajos Originales (póster): 162 / 2-Casos Clínicos: 174

Apellido

PROF DR DI CARLO, Maria Beatriz
 PROF DR NEGRI, Gustavo
 PROF DR TISCORNIA, Osvaldo
 PROMENZIO, Esteban
 QUINES, Solange
 QUINTANA, Cecilia
 QUIÑONES, Sabrina
 RAINERO, Germán
 RAMACIOTTI, Gonzalo
 RAMIREZ, Estefania
 RAMIREZ, Mauricio
 RAMÍREZ, Verónica
 RAMIREZ MEDINACELI, Verónica Jesica
 RAMOS, Rosa I.
 RAMOS MEJIA, Magdalena
 RASTELLI, Laureano
 RAUSCH, Astrid
 REBAY, Mercedes
 REDONDO, Agustina
 REGNASCO, Santiago
 REYES, Andres
 REYES, Hugo
 REYNOSO, Aixa
 RICHLY, Pablo
 RINAUDO, Santiago Gustavo
 RIOS, Amanda Rita
 RIOS, Ariel Hernan
 RÍOS, Rosa Del Pilar
 ROCCA, Ana
 RODRIGUEZ, Guillermo
 RODRIGUEZ, Pablo César
 RODRIGUEZ, Selene
 RODRIGUEZ, Selva
 RODRIGUEZ DE MESA, Victoria
 RODRIGUEZ NUÑEZ, Maria Guadalupe
 ROEL, Mariela
 ROHWAIN, María José
 ROHWAIN, Maria Jose
 ROLAN, Nicolas
 ROLDAN, Judith
 ROLDAN, Nery
 ROMAN, Hector Osvaldo
 ROMAÑA MURGA, Jorge Ricardo
 ROMEO, Juan Manuel
 ROMERO, Gustavo
 ROSALES ASTUDILLO, Maria Paula
 ROSSI, Lucas
 ROTHLIN, Carla Vanina
 ROWAIN, M. José
 ROWAIN, Maria Jose
 ROYG JARA, Diego Sebastian
 RUBIO, Martin
 RUIZ, Lucas
 RUIZ, Nicolas

Trabajo N°

1-Trabajos Originales (póster): 83
 1-Trabajos Originales (póster): 83
 1-Trabajos Originales (póster): 83
 1-Trabajos Originales (oral): 153 / 2-Casos Clínicos: 202
 2-Casos Clínicos: 70, 114, 120
 1-Trabajos Originales (oral): 47
 2-Casos Clínicos: 99
 1-Trabajos Originales (oral): 16
 1-Trabajos Originales (póster): 139, 141
 1-Casos Clínicos: 79
 1-Trabajos Originales (oral): 95
 1-Casos Clínicos: 157
 1-Casos Clínicos: 194 / 2-Casos Clínicos: 170
 1-Trabajos Originales (oral): 153 / 2-Casos Clínicos: 202
 1-Trabajos Originales (póster): 82
 1-Casos Clínicos: 70, 114, 120, 123
 3-Videos: 165
 1-Trabajos Originales (oral): 56
 1-Trabajos Originales (oral): 107, 113 / 3-Videos: 27
 2-Casos Clínicos: 124, 125
 1-Casos Clínicos: 164
 1-Trabajos Originales (oral): 73
 1- Casos Clínicos: 36, 163
 1-Trabajos Originales (oral): 208
 1-Trabajos Originales (oral): 175
 1-Trabajos Originales (póster): 198
 1-Trabajos Originales (oral): 171 / 1-Trabajos Originales (póster): 119
 3-Videos: 193
 1-Trabajos Originales (oral): 133, 136
 1- Casos Clínicos: 207 / Trabajos Originales (póster): 211
 2-Casos Clínicos: 45
 1-Trabajos Originales (póster): 83
 1-Trabajos Originales (oral): 185
 1-Trabajos Originales (oral): 152
 1-Trabajos Originales (oral): 142
 1-Trabajos Originales (oral): 85, 115, 116
 1-Casos Clínicos: 211
 2-Casos Clínicos: 126, 144
 1-Trabajos Originales (oral): 152
 2-Casos Clínicos: 126, 144
 2-Casos Clínicos: 180
 1-Trabajos Originales (oral): 210 / 2-Casos Clínicos: 220
 3-Videos: 88
 1-Trabajos Originales (póster): 162 / 2-Casos Clínicos: 174
 1-Casos Clínicos: 211
 2-Casos Clínicos: 128
 1-Trabajos Originales (oral): 113 / 1-Trabajos Originales (póster): 119
 1-Trabajos Originales (oral): 60
 1-Trabajos Originales (póster): 207
 1-Casos Clínicos: 207
 1- Casos clínicos: 146, 147 / 3-Videos: 39
 1-Trabajos Originales (oral): 133
 1-Trabajos Originales (oral): 5 / 1-Trabajos Originales (póster): 148
 1-Trabajos Originales (póster): 139, 141

Apellido

SAÁ, Cristina
 SABAS, Martin
 SACCHI FALCONE, Anabella Ana
 SALAZAR, Guillermo
 SALGADO, Pablo
 SALGUEIRO, Fabian
 SALIM, Nicolas
 SALIM, Roman Saggar
 SALIM, Salma
 SALVADORES ROMANO, Rubén Algreto
 SALVATIERRA, Emiliano
 SAMBUCETI, Evelin
 SAMBUELLI, Alicia
 SAMBUELLI, Gabriela María
 SAMBUELLI, Ruben
 SÁNCHEZ, Christian
 SANCHEZ, Christian
 SANCISI, Gabriela
 SANGUINETTI, José María
 SANTIAGO, Gabriela
 SANTILLI, Juan
 SANTINO, Juan Pablo
 SARTORI, Diego
 SASSON, Liliana
 SASSÓN, Liliana
 SCACCHI, Agustina
 SCARPONI, Alicia
 SCIARRETTA, Martín
 SERIANI, Sergio
 SERRANO, Eva
 SILVIA, Lamas
 SIVORI, Enrique
 SMECUOL, Edgardo
 SOBRERO, María Josefina
 SOIFER, Luis
 SOLA, Tristan
 SOLAEGUI, Maria
 SOLANGE, Quines
 SOUHLÉ, Maianela
 SOUILHE, Marianela
 SPALLONE, Liliana
 SPIAZZI, Renata
 SPIAZZI, Renata Alina
 SPINA, Juan Calos
 SPINA, Juan Carlos
 SPROVIERO, Daniela
 STACH, Lucía
 STATTI, Miguel
 STAVE, Karen
 STAVE SALGADO, Karen
 STEFANOLLO, Juan
 SUGAI, Emilia
 TACCHI, Mariel
 TAKEDA, Silvia

Trabajo N°

2-Casos Clínicos: 124, 125
 1-Trabajos Originales (oral): 210
 2-Casos Clínicos: 180
 1-Trabajos Originales (oral): 226
 1-Trabajos Originales (oral): 199
 1-Trabajos Originales (póster): 17
 1-Casos Clínicos: 19
 1-Casos Clínicos: 19
 1-Casos Clínicos: 19
 2-Casos Clínicos: 34
 1-Casos Clínicos: 79
 1-Trabajos Originales (oral): 136
 1-Trabajos Originales (oral): 60, 226
 2-Casos Clínicos: 45, 166
 2-Casos Clínicos: 166
 1-Trabajos Originales (oral): 56
 1-Trabajos Originales (póster): 44, 63, 82
 1-Trabajos Originales (póster): 216
 1-Trabajos Originales (póster): 10 / Casos Clínicos: 20
 1-Trabajos Originales (oral): 152
 1-Trabajos Originales (oral): 95
 1-Casos Clínicos: 157, 194
 1-Trabajos Originales (oral): 95
 1-Trabajos Originales (oral): 133, 136
 1-Trabajos Originales (póster): 130
 1-Trabajos Originales (póster): 104, 105 / 2-Casos Clínicos: 41
 1-Trabajos Originales (oral): 171 / 1-Trabajos Originales (póster): 109
 1-Trabajos Originales (oral): 107 / 3-Videos: 27
 2-Casos Clínicos: 222
 1-Trabajos Originales (oral): 190
 1-Trabajos Originales (oral): 153
 2-Casos Clínicos: 170
 1-Trabajos Originales (oral): 199, 201, 208, 209, 212
 1-Casos Clínicos: 157
 1-Trabajos Originales (oral): 7, 21, 53, 54
 1-Trabajos Originales (póster): 91
 1-Trabajos Originales (póster): 17
 1-Casos clínicos: 123
 1-Trabajos Originales (póster): 91
 2-Casos Clínicos: 34
 1-Trabajos Originales (oral): 51, 52
 1-Casos Clínicos: 140
 1-Trabajos Originales (oral): 142 / 1-Trabajos Originales (póster): 198
 2-Casos Clínicos: 154
 3-Videos: 35
 2-Casos Clínicos: 124
 1-Trabajos Originales (póster): 23
 1-Casos clínicos: 123
 1-Trabajos Originales (póster): 130
 2-Casos Clínicos: 202
 1-Trabajos Originales (oral): 209
 1-Trabajos Originales (oral): 199, 201, 208, 209, 212
 1-Trabajos Originales (oral): 153 / 2-Casos Clínicos: 202
 1-Trabajos Originales (oral): 133

Apellido

TALANI, Alejandro
 TALANI, Alejandro Sebastian
 TANOUE, Patricio
 TARIFA, Aldo
 TARRAGA, Maria Fernanda
 TAWIL, José
 TAWIL, Jose
 TEDESCHI, Fabian A.
 TELLECHEA, Juan Ignacio
 TEMPRANO, Maria de La Paz
 TEMPRANO, Paz
 TENNINA, Cecilia
 TESSONE, Licina
 THOME, Marcelo
 TIRADO, Pablo
 TOIBARO, Javier
 TONN, Eugenio Federico
 TONN, Federico
 TORELLA, Constanza
 TOSTI, Romina
 TRAKAL, Esteban
 TRAKAL, Juan José
 TRELLES, Felix
 TRUCCO, Agustina
 TUFARE, Francisco
 VALDIVIEZO, Erica
 VARELA, David
 VASEN, Walter
 VASENT, Walter
 VAZQUEZ, Horacio
 VÉLEZ, Fernando
 VERA, Andrea
 VERA, Natalia
 VILLALBA, Martin
 VILLARROEL, Mariano
 VILLAVERDE, Augusto

 VISCARDI, Juan Pablo
 VISTARINI, Cecilia
 VITALE, Luisina
 VIVAS, Melina Natalí
 VIZCAINO, Beatriz
 WALDBAUM, Carlos Alfredo
 WALLACE, Virginia
 WEDE, Gabriela
 WEYERSBERG, Christian
 WEYERSBERG, Cristian
 WRIGHT, Fernando
 YANTORNO, Martin
 YAÑEZ, Federico
 YAPUR, Viviana
 YASUFF, Yair
 YONAMINE, Karina
 ZAGALSKY, David

Trabajo N°

3-Videos: 27
 1-Trabajos Originales (póster): 109, 119
 2-Casos Clínicos: 69
 1-Trabajos Originales (oral): 152
 1-Trabajos Originales (oral): 152
 1-Trabajos Originales (póster): 63
 1-Trabajos Originales (póster): 82
 1-Trabajos Originales (póster): 80
 3-Videos: 102
 1-Trabajos Originales (oral): 208, 209, 212
 1-Trabajos Originales (oral): 199, 201 / 1-Casos Clínicos: 207
 1-Trabajos Originales (póster): 48
 1-Trabajos Originales (oral): 60
 1-Trabajos Originales (póster): 196
 1-Trabajos Originales (oral): 60, 226
 1-Trabajos Originales (póster): 162
 2-Casos Clínicos: 70, 120
 1-Casos Clínicos: 114, 123
 3-Videos: 165, 183
 1-Trabajos Originales (póster): 105 / 2-Casos Clínicos: 24
 2-Casos Clínicos: 166
 2-Casos Clínicos: 166
 1-Trabajos Originales (oral): 51, 52 / 2-Casos Clínicos: 74
 2-Casos Clínicos: 24
 1-Trabajos Originales (oral): 113 / 1-Trabajos Originales (póster): 109
 1-Trabajos Originales (póster): 91 / 2-Casos Clínicos: 34
 2-Casos Clínicos: 55, 160
 2-Casos Clínicos: 69, 144
 2-Casos Clínicos: 222
 1-Trabajos Originales (oral): 199, 201, 208, 209, 212
 2-Casos Clínicos: 77
 2-Casos Clínicos: 124
 1- Casos Clínicos: 36, 163, 164, 176, 178
 1-Trabajos Originales (póster): 105
 1-Trabajos Originales (oral): 51, 52 / 3-Videos: 165, 179, 183
 1-Trabajos Originales (oral): 107, 113, 117 /
 1-Trabajos Originales (póster): 109, 112 / 2-Casos Clínicos: 154, 170 / 3-Videos: 27, 35
 2-Casos Clínicos: 74
 1-Trabajos Originales (póster): 162
 1-Trabajos Originales (oral): 107, 117, 171
 2-Casos Clínicos: 55, 213
 1-Trabajos Originales (oral): 85, 115
 1-Trabajos Originales (póster): 48
 1-Trabajos Originales (póster): 109
 1-Trabajos Originales (póster): 130
 1-Trabajos Originales (oral): 136 / 1-Trabajos Originales (póster): 130
 1-Trabajos Originales (oral): 133
 2-Casos Clínicos: 170
 1-Trabajos Originales (oral): 113, 171 / 1-Trabajos Originales (póster): 109, 112, 149
 3-Videos: 179
 1-Trabajos Originales (póster): 83
 1-Trabajos Originales (oral): 152
 1-Trabajos Originales (oral): 107 / 1-Trabajos Originales (póster): 109
 1-Trabajos Originales (oral): 51, 52

Apellido	Trabajo N°
ZALAZAR, Fabian E.	1-Trabajos Originales (póster): 80
ZANETTI, Matias	1-Trabajos Originales (oral): 152
ZANUZO, Ada	1-Trabajos Originales (oral): 152
ZÁRATE, Fabián Eduardo	2-Casos Clínicos: 129, 160, 166, 213
ZENON, María Elisa	1-Trabajos Originales (oral): 16
ZERBETTO, Gerardo	1-Trabajos Originales (oral): 67
ZERBO, Osvaldo	1-Trabajos Originales (oral): 73 / 1-Trabajos Originales (póster): 135
ZEREGA, Alina	2-Casos Clínicos: 129
ZEYTUNTSIAN, Natalia	2-Casos Clínicos: 126
ZOSI, Anabella	1-Trabajos Originales (oral): 5 / 1-Trabajos Originales (póster): 148
ZUBIAURRE, Ignacio	1-Trabajos Originales (oral): 53, 54
ZUBIETA, Cecilia	1-Trabajos Originales (oral): 95
ZUBILLAGA, Marcela	1-Trabajos Originales (oral): 67 / 1-Trabajos Originales (póster): 68