



**Congreso Argentino de Gastroenterología
y Endoscopia Digestiva**
Bases científicas para la práctica diaria
27, 28 y 29 de septiembre de 2018

ÍNDICE DE TRABAJOS

Trabajos Originales Orales	(TO/O)	06
Casos Clínicos Orales	(CC/O)	10
Videos Científicos	(VC)	16
E-Posters	(EP)	20
Poster	(P)	31
Índice por autores		58

TRABAJOS ORIGINALES ORALES

TO/0-01

INFUSION CORTA DE SOLUCION DE RINGER LACTATO EN COMBINACION CON INDOMETACINA RECTAL PARA LA PREVENCIÓN DE PANCREATITIS POST COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)

Quintana Lazópulos, C⁽¹⁾; Bolomo, A⁽¹⁾; Diehl, F⁽¹⁾; Carlino, Y⁽¹⁾; Amé, M⁽¹⁾; Mulqui, MV⁽¹⁾; Soruco, M⁽¹⁾; Balderrama, D⁽¹⁾; Bertola, S⁽¹⁾; Higa, M⁽¹⁾

(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia, Hospital Privado Universitario de Córdoba. Córdoba, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La pancreatitis es la complicación más frecuente post CPRE. La indometacina rectal (IND) ha mostrado beneficios en prevenir la pancreatitis post CPRE (PPC) en pacientes de alto riesgo. Mientras que la infusión de ringer lactato (RL) por al menos 8 hs periprocedimiento ha demostrado disminuir la incidencia de PPC. Sin embargo, gran parte de las CPRE son ambulatorias y los pacientes permanecen menos tiempo en observación. El objetivo de este estudio fue evaluar si la IND con o sin infusión de RL durante 3 horas periprocedimiento reduce la incidencia de PPC y analizar los factores de riesgo para esta complicación. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio prospectivo que incluyó a todos los pacientes sometidos a CPRE desde mayo 2017 a mayo 2018. Los pacientes incluidos recibieron hidratación con solución de RL a 3 cc/kg/hs desde el inicio del procedimiento hasta 3 horas posteriores al mismo e IND 75 mg. Luego se comparó con una cohorte de pacientes previa que había recibido hidratación estándar e IND. Se registraron los factores de riesgo relacionados al paciente y al procedimiento. Se realizó seguimiento de los pacientes por 7 días en búsqueda de eventos de PPC y se comparó con los eventos presentados en la cohorte previa. Se realizó un análisis descriptivo inicial. Las variables categóricas se evaluaron utilizando el test de Fisher o prueba de 2 según correspondía y las variables continuas se evaluaron mediante el Test de Mann Whitney. Se realizó un análisis estadístico univariado de los factores de riesgo de pancreatitis y las variables significativas ($P < 0,05$) en este análisis se incluyeron en un análisis de regresión logística multivariado. **RESULTADOS:** Se incluyeron 140 pacientes en el grupo que recibió hidratación con RL e IND y 242 pacientes en el grupo que recibió hidratación estándar más IND. Las características basales de los grupos eran similares. La edad media fue de 58 ± 17 , el 50,5% fueron pacientes de sexo femenino y el 67% fueron sometidos a CPRE por litiasis de la vía biliar. Se registraron 12 eventos de PPC (3%) en el grupo RL más IND y 17 eventos (4%) en el grupo hidratación estándar + IND. Sin diferencias significativas entre ambos grupos ($P = 0,582$). Los factores de riesgo de pancreatitis no diferían en ambos grupos. En el análisis univariado, la edad, la canulación del conducto pancreático, el número de canulaciones pancreáticas, la inyección de contraste en el Wirsung y el diámetro menor a 10 mm de la vía biliar se asociaron a la ocurrencia de PEP ($p = 0,025$ $p = 0,022$ $p = 0,016$ $p = 0,047$ y $p = 0,022$ respectivamente). La presencia de papilotomía previa mostró disminuir los eventos de pancreatitis ($p = 0,015$). **CONCLUSIONES:** En nuestro estudio la infusión corta de RL en combinación con IND no mostró reducir la incidencia de PPC. Los factores de riesgo para su desarrollo coinciden con los reportados en la literatura. La presencia de papilotomía previa disminuiría los eventos de pancreatitis en CPRE consecutivas.

TO/0-02

TO DRINK OR NOT TO DRINK: EL USO DE ANTIESPUMANTES MEJORA LA VISIÓN DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA?

Petruzzi, ML⁽¹⁾; Sartori, D⁽¹⁾; Niveyro, S⁽²⁾; Glemon, M⁽¹⁾; Fuxman, C⁽¹⁾; Lowenstein, C⁽¹⁾; Gonzalez, C⁽¹⁾; Hwan, H⁽¹⁾; Carraro, C⁽¹⁾; Bilezio, E⁽¹⁾; Rey, J⁽²⁾; Orce, G⁽²⁾; Nachman, F⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Hospital Universitario Fundación Favaloro. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. (2)Anestesiología, Hospital Universitario Fundación Favaloro. Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La espuma, las burbujas y el moco acumulado en el tracto gastrointestinal superior (TGI) pueden interferir con la visualización de la mucosa (VM) y disminuiría la detección de lesiones. El uso de medicamentos antes de la videoendoscopia digestiva alta (VEDA) no es una práctica habitual en Occidente por temor al riesgo de aspiración pulmonar. **Objetivos:** 1. Determinar si la ingesta de agua potable sola o junto con diferentes antiespumantes 30 minutos antes de la VEDA mejora la VM. 2. Cuantificar el volumen residual gástrico (VR) con y sin la ingesta de líquidos. 3. Evaluar complicaciones debido a la ingesta de líquidos previo a la VEDA. **Pacientes y métodos.** Es un estudio prospectivo, randomizado y doble ciego. Un total de 288 pacientes fueron randomizados en 5 grupos (G): G1: recibió 100 ml de agua; G2: 100 ml de agua + 2,5 ml de simeticona (STH); G3: 100 ml de agua + 600 mg de N-acetilcisteína (NAC); G4: 100 ml de agua + 2,5 ml de STH + 600 mg de NAC; G5: grupo control. Se evaluaron: esófago; fondo, parte superior del cuerpo, parte inferior del cuerpo y antro gástrico. La VM se clasificó con la siguiente puntuación: 3: presencia de moco no adherente y visión clara de la mucosa; 2: capa delgada de moco pero que permite la visualización de la mucosa; 1: mucosidad adherente que dificulta la visión. La suma del puntaje se consideró como Suma de visualización (SUVI). Escala de preparación según el puntaje: Excelente (15) Muy bueno (14-13-12 puntos), bueno (11-10-9 puntos), regular (8-7-6 puntos) y malo (5 puntos). Para determinar la diferencia entre los grupos que se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis. **Criterios de inclusión:** Pacientes ambulatorios mayores de dieciocho años que se realizaron una VEDA en forma programada o por urgencias. **Criterio de exclusión:** Pacientes que ingresaron por emergencias, que recibían NAC o STH como parte de un tratamiento previo, estenosis esofágica conocida, embarazadas o en período de lactancia, tumores conocidos del TIS, debilidad o parálisis faríngea, parálisis bulbar o pseudobulbar, cirugía previa del TIS, acalasia y alergia conocida a NAC o STH. **Resultados:** Los mejores resultados se observaron en los G que ingirieron STH: G2 ($p = 0,0004$) y G4 ($p = 0,005$) en comparación con aquellos que no bebieron líquido y con los que sólo ingirieron agua ($p = 0,003$). La media más alta de VR fue del G4 ($38,45 \pm 42,77$ ml), en comparación con el G que no consumió líquido (G1) mostró una diferencia significativa ($p = 0,0001$). El valor máximo de VR fue de 180 ml, sin embargo, no se observaron complicaciones respiratorias durante la realización del protocolo. **Conclusión:** La ingesta de líquidos antes de una VEDA mejora la VM y no aumentaría los riesgos del procedimiento. Los líquidos que contienen STH mejoran significativamente la visibilidad en comparación con otros. La administración de líquidos con antiespumantes antes de una VEDA podría convertirse en una herramienta útil para optimizar nuestra práctica diaria.

MEDIADORES INMUNOLÓGICOS SÉRICOS ESTÁN ASOCIADOS A LOS CAMBIOS DE CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELÍACA. UNA EVALUACIÓN PILOTO PROSPECTIVA

Cherňavsky, A⁽¹⁾; Moreno, ML^(2,3); Vázquez, H⁽²⁾; Sugai, E⁽²⁾; Smeucol, E⁽²⁾; Mazure, R⁽²⁾; Costa, F⁽²⁾; Rodríguez, D^(3,4); Sued, M⁽⁴⁾; Szretter, ME⁽⁴⁾; Mauriño, E⁽²⁾; Bai, JC^(5,6)
 (1)CONICET. Instituto de Inmunología, Genética y Metabolismo, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Universidad de Buenos Aires (UBA). Buenos Aires, Argentina. (2)Sección Intestino Delgado, Hospital de Gastroenterología Dr. C. Bonorino Udaondo. CABA, Argentina. (3)Florida. (4) Instituto del Cálculo, Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, Universidad de Buenos Aires. CABA, Argentina. (5)Instituto de Investigaciones, Universidad del Salvador. CABA, Argentina. (6)CABA.

Introducción: anemia crónica es una de las más frecuentes manifestaciones extraintestinales de la enfermedad celíaca (EC). La deficiencia de hierro por malabsorción se consideró como responsable de dicha anemia. El papel de los mediadores inmunológicos (MI) en el desarrollo de la misma ha sido escasamente explorado. **Objetivo:** explorar la relación entre la concentración de hemoglobina (Hb) en pacientes con EC y una serie de MI evaluados al momento del diagnóstico y después de un año de tratamiento con una dieta libre de gluten (DLG). **Métodos:** se estudiaron prospectivamente las muestras séricas de 16 pacientes consecutivos con EC, al momento del diagnóstico y al año de iniciar la DLG. Se definió a la anemia a partir de concentraciones de Hb <12g/L. Se utilizó para determinar los niveles de MI séricos un kit denominado Bio-Plex Pro™ Human Cytokine 27-plex Assay (Bio-Rad Laboratories). También se evaluaron la relación de HB con los parámetros histológicos (clasificación de Marsh y recuento de linfocitos intraepiteliales – LIÉs-) y con la serología específica de EC. Se aplicó el test de Wilcoxon corregido para muestras apareadas en la evaluación de los niveles de MI a lo largo del tratamiento. También se exploró la capacidad de los niveles de MI pre-tratamiento (PreT) y post- tratamiento (PostT) para explicar los cambios medios absolutos en la concentración de Hb desde el diagnóstico hasta el año de tratamiento con DLG (Hb). Se utilizaron la “red elástica combinada”, el “análisis de componentes principales” (ACP) y un análisis exploratorio exhaustivo para alcanzar el mejor modelo lineal múltiple teniendo en cuenta la bondad del ajuste y la parsimonia de cada posible modelo. **Resultados:** Al momento del diagnóstico, el 56,2% de los pacientes presentaba anemia crónica (Hb <12 g/l). El score de Marsh, el recuento de LIÉs y la serología específica de EC se redujeron significativamente después de la DLG (valores de p de <0.05 hasta <0.001). El modelo lineal múltiple seleccionado incluyó: (a) 4 variables MI: la eotaxina PostT-PreT (), interferon gamma PreT (IFN), IFN Post T, proteína inducible-10 (PI10) y factor estimulante de colonias de granulocitos PostT (GCSF); y (b) 2 marcadores serológicos: IgA DGP Pre-T y IgG DGP Post-T. Todos ellos estuvieron significativamente asociados a Hb (R-cuadrado=0.8482).IFN Pre-T, GCSF Post T e IgG DGP y Post T IgG DGP emergieron como predictores positivos significativos de Hb . Inversamente, la eotaxina, el IgA DGP PreT y los niveles de IP10 fueron identificados como predictores negativos. **Conclusiones:** este estudio brinda información sobre la interacción entre los MI, los autoanticuerpos celíacos y los cambios de pacientes con EC. Además, sugiere que la DLG ejercería una modulación concertada del eje proinflamatorio IP-10 /IFN , el GCSF y la respuesta eritroide mediada por eotaxina, así como la serología de EC. Futuros estudios deberían confirmar nuestros resultados.

COMPROMISO INTESTINAL EN LA ENFERMEDAD INJERTO VERSUS HUÉSPED EN PACIENTES PEDIÁTRICOS TRASPLANTADOS DE MÉDULA ÓSEA

Rovati, N⁽¹⁾; Tagliaferro, GJ⁽²⁾; Busoni, V⁽¹⁾; Makiya, M⁽²⁾; Altuna, D⁽²⁾; Santino, JP⁽³⁾; Boldrini, G⁽⁴⁾; Sanchez, MC⁽⁴⁾; D'Agostino, D⁽⁴⁾; Lobos, P⁽⁵⁾; Orsi, M⁽¹⁾
 (1)Gastroenterología Pediátrica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Capital Federal, Argentina. (2)Hemato- Oncología Pediátrica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Capital Federal, Argentina. (3)Anatomía Patológica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Capital Federal, Argentina. (4)Hepatología Pediátrica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Capital Federal, Argentina. (5)Cirugía Pediátrica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Introducción: La enfermedad injerto versus huésped (EIVH) es una complicación grave en pacientes con trasplante de médula ósea (TMO) con alta morbilidad. Puede comprometer diferentes órganos, siendo los más frecuentes la piel, el tracto gastrointestinal y el hígado. **Objetivos:** Describir el comportamiento, tratamiento y evolución de niños con diagnóstico de EIVH con compromiso gastrointestinal (EIVH-GI). **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes pediátricos con diagnóstico de EIVH-GI, definido por sospecha clínica (diarrea con o sin sangre, dolor abdominal, vómitos) y biopsia de tracto digestivo con confirmación histológica. EIVH agudo o crónico de acuerdo al diagnóstico antes o después de los 100 días post TMO. La primera línea de tratamiento en agudo fue corticoides, sumando infliximab semanal en casos con regular a mala respuesta. **Resultados:** Entre 2008 y 2018, se realizó TMO en 89 pacientes pediátricos (0-17a). Se diagnóstico EIVH en 21/89 (23.6%). EIVH cutánea en 19/21 pacientes (90%), EIVH-GI en 12/21 (57%), hepática en 7/21 (33%), corneal en 2 (9,5%). La presentación de la EIVH-GI fue aguda en 7/12, crónica en 5/12. Síntomas que indicaron endoscopia: diarrea secretoria en 8/12, diarrea sanguinolenta en 3/12 y melena en 1/12, vómitos en 3/12, dolor abdominal en 10/12. Se realizó videoendoscopia digestiva alta y videocolonoscopia (VCC) en 7/12, sólo VCC en 3/12 y en 2/12 biopsia rectal, por inestabilidad clínica. El compromiso EIVH-GI fue bajo (colon/recto) en 8/12 y alto y bajo en 4/12. En 7/10 (70%) mucosa congestiva, friable con erosiones y/o úlceras, y en 30% normal. Un paciente presentó un hematoma duodenal intramural con resolución tardía (2 meses) como complicación post-biopsia. 4/12 pacientes recibieron esteroides con respuesta completa en 2 y parcial en 2, y 8/12 esteroides/infliximab con mala respuesta en 5/12 (62.5%), resolución parcial en 1, remisión completa en 2 pacientes. La mortalidad global fue del 42%, aumentando al 60% cuando el compromiso involucraba más de 1 órgano. **Conclusión:** El abordaje diagnóstico en niños con EIVH-GI no está exento de complicaciones serias por lo que la indicación de procedimientos endoscópicos requiere de precaución. Corresponde siempre biopsiar incluso ante mucosa de apariencia normal. La respuesta al tratamiento no muestra buenos porcentajes de efectividad. Se requieren nuevas alternativas terapéuticas para revertir la EIVH y disminuir la morbilidad de estos pacientes.

208/5000 NIVELES DE LA ANTICOAGULANTE Y ANTI-INFLAMATORIA PROTEÍNA S (PROS1) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII). RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD, PATRONES CLÍNICOS DE LA EII Y “C4 BINDING PROTEIN” (C4BP)

Sambuelli, A⁽⁴⁾; de Larrañaga, G⁽²⁾; Chavero, P⁽¹⁾; Peres, S⁽²⁾; Errasti, A⁽³⁾; Carrera Silva, EA⁽⁴⁾; Tessone, L⁽³⁾; Negreria, S⁽¹⁾; Gil, A⁽¹⁾; Huernos, S⁽¹⁾; Goncalves, S⁽¹⁾; Tirado, P⁽¹⁾; Rothlin, CV⁽⁵⁾
 (1)Enfermedades Inflammatorias Intestinales, Bonorino Udaondo. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. (2)Laboratorio de Hemostasia y Trombosis, Hospital J.F. Muñiz. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. (3)Instituto de Farmacología, Universidad de Buenos Aires. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. (4)Instituto de Medicina Experimental (IMEX), Academia Nacional de Medicina. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. (5)Department of Immunobiology, Yale University, New Haven, USA.

INTRODUCCION: Las EII, colitis ulcerosa (CU) y enf. de Crohn (EC) presentan un riesgo aumentado de trombosis. La proteína S (PROS1), es un anticoagulante natural, que circula en forma libre (40%, funcionalmente activa como cofactor de la proteína C), o en complejo (inactiva) con la proteína ligante del complemento “C4 binding protein” (C4BP). La PROS1, también se reconoció como potente mediador anti-inflamatorio (limitando la activación de cél. dendríticas y un modelo de colitis en murinos) por su rol agonista de receptores Tirocina Quinasa TAM (inhibidores de la inmunidad innata). Investigamos si las EII se asocian con disminución de PROS1, y si ello es secundario a C4BP aumentada. **OBJETIVOS:** comparar los niveles de PROS1 libre y C4BP en EC, CU y controles sanos y su relación con la actividad (índices: CDAl, Mayo Total) y patrones de EII (Montreal). **MATERIAL Y MÉTODOS:** se determinaron PROS1 y C4BP (inmunoturbidimetría, Liatest, Stago, Francia) en 103 pacientes con EII (45 H, 58 M, CU: n 66, EC n 37) y 30 controles sanos (18 H, 12 M), edades medias: 37,5±15,6, 41,4±14,6, 38,2±12,2, respectivamente. **RESULTADOS:** los niveles medios de PROS1 en EC (89,9±28,0) fueron significativamente menores vs. controles (109,6±23,9, p=0,0019) y vs. CU (104,4± 27,0, p=0,0076). En la EC, la diferencia estadística vs. controles fue en la enfermedad activa (n 25, niveles 84,9 ± 24,1, p=0,0004), pero no en remisión (n12: 100,2±33,5). Además, el subgrupo con actividad moderada-severa (n 21), presentó los niveles más bajos (84,0±25,9) vs. controles, p=0,0006. En la CU, los niveles de PROS1 no mostraron diferencias entre los subgrupos (42 activos, 24 en remisión: 101,1±26,3 y 110,0±27 respectivamente) o con controles. Los patrones de EC (comportamiento, localización) y la extensión en CU (12 proctitis, 54-extensión) no se diferenciaron estadísticamente. También se observó que los niveles de C4BP disminuyeron en EC (en la muestra global, pacientes activos, subgrupos moderado-severo y en remisión fueron: 98,6±14,4, 98,8±12,0, 98,4±12,6, 98,3±19,1, vs. 109,9±8,8 en controles, p=0,0004, p=0,0008, p= 0,0014, p=0,022 respectivamente). A diferencia de la PROS1, la C4BP en la CU (102,8±9,9) fue < que en los controles (p=0,0010) principalmente en actividad moderada-severa (vs. controles p=0,0001 y remisión p=0,0322) y no hubo diferencias entre CU y EC. **CONCLUSIONES:** 1) Los niveles de PROS1 libre fueron significativamente más bajos en la EC activa vs. controles (especialmente en el subgrupo con actividad moderada-severa), pero en el caso de la CU, fueron indistinguibles de los controles. Por el contrario, los niveles de C4BP disminuyeron en ambas EII, 2) La disminución de los niveles PROS1 libre en EC no fue secundaria a una mayor ligadura por aumento de C4BP, 3) Resulta de interés futuro investigar si la disminución de PROS1 en EC, podría no sólo contribuir al riesgo de trombosis, sino también ser factor predisponente de inflamación.

ADMINISTRACIÓN DE DESMOPRESINA EN PACIENTES CON CÁNCER RECTAL CON SANGRADO: RESULTADOS DE UN ENSAYO CLÍNICO DE FASE II DE ESCALADO DE DOSIS

Iseas, S⁽¹⁾; Roca, E⁽¹⁾; O'Connor, J⁽²⁾; Eleta, M⁽³⁾; Sánchez-Luceros, A⁽⁴⁾; Pifano, M⁽⁵⁾; Ripoll, G⁽⁵⁾; Garona, J⁽⁵⁾; Alonso, DF⁽²⁾
 (1)Sección Oncología, Hospital de Gastroenterología Bonorino Udaondo. Buenos Aires, Argentina. (2) Departamento de Oncología Clínica, Instituto Alexander Fleming, Buenos Aires, Argentina. (3)Área Oncológicos, IMAXE. Buenos Aires, Argentina. (4)Departamento de Hemostasia y Trombosis, Academia Nacional de Medicina. Buenos Aires, Argentina. (5)Laboratorio de Oncología Molecular, Universidad Nacional de Quilmes. Bernal Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El manejo multimodal del cáncer de recto ha cambiado el abordaje de la enfermedad. No obstante, en muchos pacientes el sangrado rectal resulta difícil de tratar y supone un impacto negativo en la calidad de vida. La desmopresina (dDAVP) es un compuesto peptídico utilizado como hemostático en ciertos desórdenes de la coagulación, que en los últimos años ha mostrado efectos antitumorales y antiangiogénicos en estudios preclínicos. **Objetivos:** Conducir un ensayo clínico prospectivo, abierto, de Fase II, de escalado de dosis de dDAVP en pacientes con cáncer rectal con o sin metástasis, con proctorragia, previo al tratamiento con cirugía, quimioterapia y/o radioterapia (NCT01623206). El objetivo primario consistió en determinar toxicidad limitante de dosis y evaluar la eficacia preliminar de dDAVP en el control del sangrado. **Población y métodos:** Se incluyeron un total de 32 pacientes con adenocarcinoma rectal, que recibieron por infusión IV dosis diarias de dDAVP (Surprex, Elea) de entre 0,25 y 2 microgr/kg, durante 2 días consecutivos. El sangrado rectal se graduó con un score basado en la escala Chutkan. La perfusión tumoral se evaluó por resonancia magnética dinámica mejorada por contraste. Los estudios de laboratorio incluyeron niveles plasmáticos del factor de von Willebrand y factor VIII, además de ELT y KPTT como referencia de los efectos hemostáticos de dDAVP. Para la estadística se aplicó test de Kruskal-Wallis (scores de respuesta) y test t pareado (parámetros de laboratorio). **Resultados:** Durante el escalado de dosis en los primeros 20 pacientes incluidos, los efectos adversos atribuibles a dDAVP fueron reversibles, siendo los más frecuentes hiponatremia, incremento de la presión arterial, calambres y enrojecimiento facial. Se registraron efectos adversos serios en 5 pacientes que recibieron dosis de 1 microgr/kg/día o superiores. Considerando seguridad, tolerancia y los parámetros de respuesta hemostática, se seleccionó la dosis de 0,5 microgr/kg para la evaluación de 12 pacientes adicionales. En este grupo, 92% (11/12) de los pacientes mostraron al menos respuesta hemostática parcial y 58% (7/12) respuesta completa al día 4 de iniciado el tratamiento, manteniéndose la contención del sangrado hasta la visita final al día 14. En el 75% (9/12) de los casos se verificó reducción del flujo vascular tumoral. **Conclusiones:** El uso de dDAVP se muestra útil para el manejo del sangrado por cáncer rectal y podría también reducir la vascularización tumoral.

Grupos de tratamiento, dosis y esquemas de administración de dDAVP.

Grupo	N	Dosis individual	Dosis diaria total
1	3	0,25 microgr/kg por día	0,25 microgr/kg
2	3	0,25 microgr/kg cada 12 hr	0,5 microgr/kg
3	6	0,5 microgr/kg cada 12 hr	1 microgr/kg
4	6	1 microgr/kg por día	1 microgr/kg
5	2	1 microgr/kg cada 12 hr	2 microgr/kg
6	12	0,5 microgr/kg por día	0,5 microgr/kg

INMUNOHISTOQUÍMICA DE PROTEÍNAS REPARADORAS DEL ADN: UN ESTUDIO ESENCIAL EN LA GASTROENTEROLOGÍA ONCOLÓGICA HOY - VALIDACIÓN EN 200 INDIVIDUOS CON CÁNCER COLORRECTAL

Golubicki, M⁽¹⁾; Cabanne, A⁽²⁾; Roca, E⁽³⁾; Hirmas, SM⁽¹⁾; Pepe, L⁽²⁾; Carballido, M⁽³⁾; Mendez, G⁽³⁾; Iseas, S⁽³⁾; Bartellini, MA⁽⁴⁾; Cisterna, D⁽¹⁾; Antelo, M⁽²⁾
 (1) Laboratorio de Biología Molecular, Hospital de Gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo". CABA, Argentina. (2) Servicio de Patología, Hospital de Gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo". CABA, arg. (3) Sección Oncología, Hospital de Gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo". CABA, Argentina. (4) Laboratorio Central, Hospital de Gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo". CABA, Argentina.

Introducción: El 15-18% de los cánceres colorrectales (CCR) presenta una característica molecular llamada déficit del Sistema Reparador del ADN (dSRA). Su identificación es primordial porque detecta aquellos individuos con CCR que deberían ser estudiados genéticamente para síndrome de Lynch (SL), y porque además el dSRA representa un fenotipo tumoral con enormes y específicas implicancias pronósticas y terapéuticas. Puede ser evaluado en muestras tumorales parafinadas con dos métodos que presentan una sensibilidad y una especificidad comparable: la inestabilidad microsateles (IMS) por PCR y la inmunohistoquímica (IHQ) de proteínas del SRA. Sin embargo, la IHQ presenta varias ventajas: es más económica, es más rápida, y es más sencilla de realizar, por lo que es la técnica de elección en instituciones con escasos recursos económicos. **Objetivo:** evaluar la concordancia entre la IHQ y la IMS en nuestra institución para detectar dSRA en muestras tumorales de CCR. **Pacientes y Métodos:** se obtuvo material parafinado de CCR y ADN de sangre periférica de 200 individuos con CCR y sospecha clínica para SL, asistidos en la Sección Oncología de nuestro hospital durante 2016-2017. Se realizó la IHQ de las proteínas del SRA (MLH1, MSH2, MSH6 y PMS2) y se comparó su expresión en el tumor vs. su expresión en tejido colónico normal circundante. Luego, se realizó la IMS utilizando el panel comercial Promega[®] de 5 marcadores (BAT-25, BAT-26, NR-21, NR-24 y MONO-27), comparando ADN tumoral vs. ADN normal; aquellos tumores con ≥ 2 marcadores inestables fueron clasificados como IMS, y aquellos con ≤ 1 marcador fueron clasificados como MSS. La discordancia entre la IHQ y la IMS fue definida como a) expresión conservada en la IHQ con MSI, o b) déficit en la IHQ con MSS. **Resultados:** la comparación entre la IHQ y la IMS fue completa en los 200 casos incluidos. El acuerdo global (concordancia) entre ambas técnicas fue del 90,5% (181/200), con un coeficiente Kappa de 0,734 ($p < 0,001$) (tabla 1). La sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo y el valor predictivo negativo de la IHQ para predecir IMS fue del 95% (IC 95% 90-98%), 76% (IC 95% 61-87%), 92% (IC 95% 87-96%), y 82% (IC 95% 68-92%), respectivamente. De los 200 casos, 12 (6%) presentaron IHQ normal con MSI, y representan los casos de dSRA que no se hubieran detectado utilizando la IHQ como único método de cribado. **Conclusión:** los resultados demuestran que, en nuestra institución, la IHQ para proteínas del SRA en muestras parafinadas de CCR presenta una alta sensibilidad para detectar IMS, y esto avala su elección para detectar pacientes con CCR y dSRA con fines preventivos, pronósticos y terapéuticos. Además, consideramos mandatorio realizar estudios de validación antes de su implementación en la práctica clínica, y creemos que nuestro grupo podría colaborar con asesoramiento y control de calidad a través de un trabajo en red con instituciones públicas del país.

Concordancia y discordancia entre la IHQ y la IMS

	MSS	MSI	Total
Expresión proteica conservada en IHQ	143 (71.5%)	12 (6%)*	155 (77.5%)
Déficit de expresión proteica en IHQ	7 (3.5%)*	38 (19%)	45 (22.5%)
Total	150 (75%)	50 (25%)	200 (100%)

TO/O-08

LA TASA DE DETECCIÓN DE MÚLTIPLES ADENOMAS CONTRIBUYE A IDENTIFICAR A ENDOSCOPISTAS MAS PROPENSOS A DETECTAR LESIONES NEOPLASIAS AVANZADAS INDEPENDIEMENTE DE SU TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS

Berardi, D⁽¹⁾; Florez Bracho, L⁽¹⁾; Ahumada, MC⁽¹⁾; Villarroel, M⁽¹⁾; Díaz, F⁽¹⁾; Soccini, C⁽¹⁾; Caballero, R⁽¹⁾; Lasa, J⁽¹⁾; Zubiurre, I⁽¹⁾
 (1) Gastroenterología, Hospital Británico. Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCION: Si bien la tasa de detección de adenomas se ha convertido en el indicador de calidad de los endoscopistas a la hora de realizar colonoscopias de pesquisa más usado, no es el único. Otros indicadores han sido propuestos, que pueden brindar información complementaria de la calidad del endoscopista en la pesquisa de neoplasias colorrectales. La correlación y diferencias en términos de la detección de lesiones relevantes clínicamente entre la tasa de detección de adenomas y la tasa de detección de múltiples adenomas no han sido estudiadas. **OBJETIVO:** Correlacionar la tasa de detección de adenomas y la tasa de detección de múltiples adenomas de los endoscopistas de un centro endoscópico de referencia de Buenos Aires, Argentina. **MATERIALES Y METODOS:** Se llevó a cabo un estudio de corte transversal. Se evaluaron las colonoscopias realizadas por pesquisa de neoplasias colorrectales en sujetos con riesgo estándar en nuestra institución entre Enero de 2013 y Diciembre de 2016. Se estimaron por cada endoscopista interviniente su tasa de detección de adenomas y su tasa de detección de múltiples adenomas (definida como la proporción de colonoscopias realizadas en las que se identificó más de un adenoma). Se correlacionaron ambos parámetros utilizando un test de Pearson, para luego definir a través de una curva ROC el punto de corte de la tasa de detección de múltiples adenomas que correspondiera a una tasa de detección de adenomas del 20%. Se compararon finalmente la proporción de adenomas avanzadas y de adenomas de colon derecho por endoscopista de acuerdo a su tasa de detección de adenomas y su tasa de detección de adenomas múltiples. **RESULTADOS:** Se incluyeron 1757 colonoscopias realizadas por 13 endoscopistas. La tasa de detección de adenomas global fue del 22.48%, con una tasa de detección de múltiples adenomas del 7.17%. La correlación entre ambas tasas fue significativa ($r=0.68$, $p=0.001$). Una tasa de detección de múltiples adenomas del 5% se correspondió con una tasa de detección de adenomas del 20%. Aquellos endoscopistas con una tasa de detección de múltiples adenomas mayor al 5% presentaron una probabilidad incrementada de detectar adenomas avanzados [7.29 vs 3.9%, OR 1.92 (1.17-3.15)], independientemente de su tasa de detección de adenomas. La probabilidad de identificación de adenomas avanzados no se modificó entre aquellos endoscopistas con una tasa de detección de adenomas mayor o menor a 20%. Si bien entre aquellos endoscopistas con una tasa de detección de múltiples adenomas mayor a 5% se identificó una probabilidad incrementada de detección de adenomas de colon derecho, esto fue dependiente de la tasa de detección de adenomas mayor a 20%. **CONCLUSION:** Aquellos endoscopistas con una tasa de detección de múltiples adenomas mayor a 5% exhibieron una probabilidad mayor de detectar adenomas avanzados en las colonoscopias de pesquisa independientemente de su tasa de detección de adenomas.

COLONOSCOPIA COMO MÉTODO DE PESQUISA DEL CÁNCER COLORRECTAL: EFECTIVIDAD DE ACUERDO A LA LOCALIZACIÓN, ESPECIALIDAD DEL ENDOSCOPISTA Y CALIDAD DEL ESTUDIO

Pereyra, L⁽¹⁾; Gomez, E⁽¹⁾; Mora Nuñez, A⁽¹⁾; Bentolila, F⁽¹⁾; Mella, J⁽¹⁾; Zelarayan, D; Alonso, J; González, R⁽¹⁾; Cimmino, D⁽¹⁾; Pedreira, S⁽¹⁾; Boerr, L⁽¹⁾
 (1) Gastroenterología, Hospital Alemán. CABA, Argentina.

Introducción: la evidencia sobre la efectividad de la colonoscopia como herramienta de pesquisa proviene de los análisis de bases de datos administrativos carentes de información sobre las características clínicas de los pacientes y de las colonoscopias incluidas. Por lo tanto, la eficacia de la colonoscopia para la pesquisa es incierta, particularmente para el cáncer de colon derecho. **Objetivos:** Evaluar la asociación entre la realización de colonoscopia de pesquisa y la incidencia de cáncer colorrectal (CCR), y determinar si el efectividad de la colonoscopia difiere de acuerdo a la localización del CCR, las características de los endoscopistas y la calidad de la colonoscopia. **Métodos:** Se realizó un estudio de casos y controles anidados. Los individuos incluidos pertenecían a una cobertura que provee asistencia a 41000 adultos, centraliza dicha atención en un mismo hospital. Fueron incluidos como casos aquellos individuos con diagnóstico de CCR en el período 2010-2017 y que presentaban entre 55 y 90 años al momento del diagnóstico. Cada caso fue apareado, utilizando la fecha de diagnóstico (fecha de referencia), con cinco controles sin CCR elegidos aleatoriamente. Se incluyeron pacientes con riesgo promedio de CCR. La exposición a la colonoscopia de pesquisa se definió como aquella que ocurría entre 6 meses y 5 años antes de la fecha de referencia. Se consideró completa a la colonoscopia que presentaba documentación escrita y fotográfica de la intubación cecal. Se consideró como preparación colónica satisfactoria una calificación muy buena o buena de Aronchick. Se realizó un análisis de regresión condicional para evaluar la asociación entre la exposición a la colonoscopia de pesquisa y el diagnóstico de cáncer colorrectal. Se realizaron análisis de subgrupo para la localización de cáncer colorrectal, especialidad del endoscopista y para la colonoscopia de alta calidad (completa y con preparación satisfactoria). **Resultados:** Se analizaron 134 pacientes con CCR invasor y 670 controles libres de CCR. La exposición a una colonoscopia de pesquisa se asoció con una reducción del 77% del riesgo en desarrollar CCR (odds ratio ajustado (AOR) = 0.23, IC 95% 0.13-0.39). La colonoscopia de pesquisa se asoció con una reducción del 91% en el riesgo de presentar CCR izquierdo (AOR=0.09, IC 95% 0.03-0.23), pero no se observó una disminución significativa en el riesgo de CCR derecho (AOR=0.55, IC 95% 0.27-1.13). En los pacientes que se realizó una colonoscopia de alta calidad se observó una mayor reducción en el riesgo de desarrollar cualquier CCR (81%) (AOR=0.19, IC 95% 0.09-0.41), CCR izquierdo (92%) (AOR=0.08, IC 0.02-0.34), y se asoció con una reducción del 63% en el riesgo de CCR derecho (AOR=0.37, IC 95% 0.14-0.97). **Conclusión:** La colonoscopia de pesquisa reduce significativamente la incidencia del CCR izquierdo. Sólo la colonoscopia de alta calidad se asocia con una menor incidencia de CCR del lado derecho.

TO/O-10

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LESIONES DE CRECIMIENTO LATERAL EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD

Bentolila, F⁽¹⁾; Mora Nuñez, A⁽¹⁾; Pereyra, L⁽¹⁾; Gomez, E⁽¹⁾; Mella, J⁽¹⁾; Ruiz, JI⁽²⁾; Pedreira, S⁽¹⁾; Cimmino, D⁽¹⁾; Boerr, L⁽¹⁾
 (1) Gastroenterología, Hospital Alemán. CABA, Argentina. (2) Clínica médica, Hospital Alemán. CABA, Argentina.

Introducción: Los tumores de crecimiento lateral (LST), frecuentemente representan un desafío para los endoscopistas en la práctica clínica diaria. Existe poca información de la prevalencia y características de estas lesiones en nuestro medio. **Objetivos:** Evaluar la prevalencia y las características clínico patológicas de los LST encontrados durante las endoscopias realizadas en nuestro medio. Evaluando además las posibles asociaciones entre las características endoscópicas y el riesgo de adenocarcinoma invasor. **Materiales y métodos:** Se revisaron los registros electrónicos de las endoscopias realizadas en el Hospital Alemán desde 2010 al 2016. Se incluyeron las endoscopias con al menos un LST encontrado. Los LST se definieron como lesiones planas ≥ 10 mm de diámetro con una extensión predominantemente lateral respecto a su extensión vertical. Se excluyeron pacientes con antecedentes de: enfermedad inflamatoria intestinal, adenocarcinoma de colon previo, poliposis hereditaria o cirugías colónicas previas. Se registraron las características demográficas de los pacientes y de las endoscopias. Se calculó la prevalencia anual de colonoscopias con al menos un LST en el período estudiado. Se realizaron tests de Chi cuadrado y Fisher para evaluar asociaciones entre características de los LST y la presencia de adenocarcinoma invasor. **Resultados:** De un total de 30001 colonoscopias, 331 fueron inicialmente evaluadas, finalmente se incluyeron 118 pacientes con 134 LST. La prevalencia media anual fue de 0,7%. La localización más frecuente de los LST fue en colon ascendente (41,79%). En el 13,4% de los casos se evidenció LST sincrónicos. Según morfología las frecuencias fueron: Granular homogéneo (LST-G-H) 23%, nodular mixto (LST-G-MIX) 17%, no granular plano elevado (LST-NG-F) 57% y finalmente no granular pseudo deprimido (LST-NG-PD) 2,23%. Según hallazgo patológico las frecuencias fueron: adenoma serrato sésil (SSA) 36,5%, adenoma tubular (TA) 33%, adenoma tubulovelloso (TVA) 20%. La presencia de: displasia de alto grado (HGD)/carcinoma intramucoso y carcinoma invasor estuvieron presentes en un 18% y 4% de los LST respectivamente. La presencia de LST-NG-PD (OR 29.11, IC 95% 3.74-62.6, $p=0.003$), un tamaño >25 mm (OR 15.11, IC 95% 1.48-370, $p=0.01$) y patrón mucoso de Kudo V (OR infinito) ($p < 0.01$) se asociaron con la presencia de adenocarcinoma invasor. Ninguno de los LST-G-H presentaron adenocarcinoma invasor. **Conclusiones:** La prevalencia de LST en nuestra cohorte fue similar a la reportada previamente en la literatura. La presencia de ciertas características endoscópicas se asocian con la invasión submucosa. Esto puede tener implicancias importantes en el abordaje endoscópico posterior.

PREVALENCIA DE LESIONES SINCRÓNICAS COLORRECTALES EN PACIENTES DERIVADOS PARA MUCOSECTOMÍA DE TUMORES DE CRECIMIENTO LATERAL GRANDES

Torella, C⁽¹⁾; Villarreal, M⁽¹⁾; Soccini, C⁽¹⁾; Ahumada, MC⁽¹⁾; Berardi, D⁽¹⁾; Caballero, R⁽¹⁾; Díaz, F⁽¹⁾; Lasa, J⁽¹⁾; Zubiaurre, I⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Hospital Británico. Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCION: La resección mucosa endoscópica – o mucosectomía – es una de las alternativas terapéuticas más frecuentemente utilizadas para la resección de tumores de crecimiento lateral colorrectales grandes. Generalmente, estas resecciones se realizan en forma programada durante una segunda colonoscopia luego de su detección. La prevalencia de detección de lesiones sincrónicas en estos pacientes, así como los factores de riesgo potencialmente asociados a la misma, no están exhaustivamente descritos. **OBJETIVO:** Describir la prevalencia de lesiones sincrónicas colorrectales en pacientes referidos para mucosectomía de tumores de crecimiento lateral mayores de 20 mm de diámetro y determinar las potenciales variables asociadas a la identificación de las mismas. **MATERIALES Y METODOS:** Se llevó a cabo un estudio de corte transversal. Se revisó la base de datos de endoscopia y se identificaron pacientes adultos que fueron referidos para la resección por mucosectomía de tumores de crecimiento lateral mayores de 20 mm de diámetro. Se incluyeron a aquellos pacientes cuya colonoscopia índice hubiese sido realizada hasta seis meses antes de la colonoscopia terapéutica. Se estimó la proporción de colonoscopias en las que se identificaron al menos una lesión sincrónica. Las siguientes variables fueron comparadas entre sujetos con y sin lesiones sincrónicas: edad, género, calidad de limpieza colónica, tasa de llegada al ciego, adenoma serrato como lesión índice. **RESULTADOS:** Entre Diciembre de 2016 y Noviembre de 2017, se identificaron 178 pacientes derivados para mucosectomía de colon. De ellos, 70 cumplían con los criterios de inclusión [mediana de diámetro del tumor de crecimiento lateral: 25 mm (20-45)]. El 80% se encontraba en el colon derecho y 35.71% de las lesiones índice fueron adenomas serratos. La mediana de edad fue de 61 años (39-68) y 40% eran hombres. El 38.57% de estos pacientes presentaron al menos una lesión sincrónica no identificada en la colonoscopia índice: 20% eran lesiones planas, con una mediana de tamaño de 10mm (5-16) y 50% se localizaban en el colon derecho. No encontramos diferencias significativas en cuanto a edad [60 (39-67) vs 63 (48-68), p=0.02] y género masculino [37.07% vs 41.86%, p=0.8] entre pacientes con o sin lesiones sincrónicas. La calidad de limpieza colónica y la tasa de llegada a ciego fueron similares entre pacientes con o sin lesiones sincrónicas y entre las colonoscopias índice y las terapéuticas. Los pacientes con lesiones sincrónicas tuvieron una proporción significativamente mayor de adenomas serratos como la lesión índice que derivó en la colonoscopia terapéutica [51.85% vs 25.58%, OR 3.13 (1.13-8.68)], p=0.03]. **CONCLUSION:** Encontramos una prevalencia elevada de lesiones sincrónicas entre pacientes con un tumor de crecimiento lateral grande. Este riesgo se ve incrementado si el diagnóstico histológico de dicha lesión corresponde a un adenoma serrato.

TO/O-12

DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES DEL TRACTO GASTROINTESTINAL: EXPERIENCIA INICIAL EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALTA COMPLEJIDAD

Marcolongo, M⁽¹⁾; Rinaudo, S⁽²⁾; Durán, S⁽¹⁾; Pizzala, JE⁽¹⁾; Mahler, M⁽¹⁾; Abecia Soria, V⁽¹⁾

(1)Gastroenterología y Endoscopia digestiva, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La disección endoscópica submucosa (DES) es una técnica de resección avanzada que posibilita la exéresis en bloque de lesiones superficiales del tracto gastrointestinal. A pesar de su paulatina adopción en otras regiones de occidente, su implementación en Latinoamérica es aún limitada. **Objetivo:** Describir nuestra experiencia inicial en la resección de lesiones epiteliales y subepiteliales del tracto digestivo con técnica de DES. **Material y métodos:** Se evaluó en forma retrospectiva los datos de 14 pacientes que fueron sometidos consecutivamente a resecciones con técnica de DES entre Agosto de 2016 y Abril de 2018. Los procedimientos fueron realizados con sistema de hidrodisección de alta presión utilizando una fuente electroquirúrgica ERBE 200D con módulo ERBEJET 2 y bisturíes HybridKnife (type T - Type O). Se analizó el tipo y tamaño de las lesiones, la tasa de resección en bloque, la resección histopatológica completa (R0), la duración del procedimiento, las complicaciones y recidivas locales en el seguimiento. Se definió operativamente a la resección completa (R0) como la ausencia de lesión en el margen profundo y lateral en la histopatología. **Resultados:** Un total de 14 resecciones fueron realizadas en 13 pacientes cuya edad media fue de 64 años (rango 37-88), el 71% fueron mujeres. Trece (92.8%) se realizaron en estómago y una en recto. El 50% (7/14) fueron lesiones epiteliales y las restantes fueron subepiteliales. De las 7 lesiones epiteliales, 3 (43%) fueron adenocarcinomas intramucosos gástricos bien diferenciados y 4 (57%) adenomas gástricos con displasia de bajo o alto grado. En las lesiones subepiteliales el diagnóstico histopatológico final fue: 4 tumores neuroendocrinos, 2 páncreas ectópicos y un pólipo fibroide inflamatorio. El diámetro medio de las piezas de resección fue de 32.4 mm (rango 20-50). El tamaño medio de las lesiones epiteliales fue de 20.3 mm (rango 12-30), mientras que el tamaño medio de las lesiones subepiteliales medido por ultrasonografía endoscópica fue de 10 mm (rango 8-12). En los 14 casos (100%) se logró una resección en bloque y su resección fue completa (R0). El tiempo medio de procedimiento fue 85 minutos (rango 31-125). Se registraron 2 complicaciones (14%), un sangrado diferido que no requirió tratamiento endoscópico adicional y, una perforación intraprocedimiento en una lesión subcardial que fue resuelta endoscópicamente permitiendo la continuación del procedimiento hasta su finalización. Ninguno de los pacientes presentó recidiva de la lesión en su seguimiento, en una media de seguimiento de 18 meses (rango 4-22). **Conclusión:** La disección endoscópica submucosa mostró ser un método de resección factible y seguro en el tratamiento de lesiones epiteliales y subepiteliales. Nuestros resultados iniciales son similares a los reportados en otras series internacionales, lo que alienta al mayor uso de esta técnica en nuestros paciente.

EXPRESIÓN DE GALECTIN-1 EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELÍACA, SUGIRIENDO UN POTENCIAL ROL TERAPÉUTICO

Sundblad, V⁽¹⁾; Quintar, AA⁽²⁾; Morosi, L^(3,4); Niveloni, S⁽⁵⁾; Cabanne, A⁽⁶⁾; Vázquez, H⁽⁷⁾; Smecul, E⁽⁸⁾; Moreno, ML⁽⁹⁾; Mazure, RM⁽⁹⁾; Costa, AF⁽⁵⁾; Mauriño, E⁽⁶⁾; ; Mariño, K⁽⁸⁾; Bai, JC^(6,9); Maldonado, C⁽¹⁰⁾; Rabinovich, G^(3,11)

(1) Laboratorio de Inmunopatología, Instituto de Biología y Medicina Experimental, IBYME-CONICET, Buenos Aires, Argentina. (2) Centro de Microscopía Electrónica, Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. (3) Laboratorio de Inmunopatología, Instituto de Biología y Medicina Experimental, IBYME-CONICET, Buenos Aires, Argentina. (4) Laboratorio de Glicómica Funcional, Instituto de Biología y Medicina Experimental, IBYME-CONICET, Buenos Aires, Argentina. (5) Departamento de Medicina, Hospital de Gastroenterología, Buenos Aires, Argentina. (6) Departamento de Medicina, Hospital de Gastroenterología, Buenos Aires, Argentina. (7) Departamento de Medicina, Hospital de Gastroenterología, Buenos Aires, Argentina. (8) Laboratorio de Glicómica Funcional, Instituto de Biología y Medicina Experimental, IBYME-CONICET, Buenos Aires, Argentina. (9) Instituto de Investigaciones, Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina. (10) Centro de Microscopía Electrónica, Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. (11) Departamento de Química Biológica, Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad celíaca (EC), una intolerancia permanente al gluten, se caracteriza por una inflamación intestinal crónica, asociada a una respuesta Th1 y Th17. Existen evidencias del papel de galectinas (Gal), en el control de respuestas inmunitarias innatas y adaptativas. La galectina (Gal) se caracteriza por su afinidad por glicoconjugados cuando es enriquecida con N-acetylglucosamina. Mientras que Gal-1 se produce principalmente en la lámina propia (LP), Gal2, 3, 4, 7 y 9 se expresan en el compartimento epitelial del intestino. La Galectin-1 se expresa en los macrófagos inflamatorios, células dendríticas (DCs) tolerogénicas, Tregs y células epiteliales. A pesar del rol inmunoregulador de la Gal, no se han realizado estudios para aclarar su papel en la homeostasis inmune intestinal y la inflamación intestinal de pacientes con EC. **Objetivo:** evaluar la expresión de la Gal-1 en biopsias de pacientes con EC antes y después del retiro del gluten. **Material y Métodos:** Expresión de Gal-1 se evaluó mediante inmunohistoquímica en biopsias duodenales de pacientes con EC al diagnóstico (n = 10), EC, tratados con DLG (EC-DLG) (n = 10) y sujetos controles (n = 10). Se evaluó la expresión de Gal-1 por inmunohistoquímica, usando anticuerpos policlonales de conejo, anti-Gal-1 o anti-Gal-4 (dilución 1: 400) como se describe y un anti-IgG peroxidasa conjugado, de conejo (dilución 1: 1000; Amersham; GE Healthcare, Little Chalfont, Reino Unido) como anticuerpo secundario (kit de Vectastain ABC de Elite). Se analizaron la respuesta inflamatoria subyacente con la asociación de Gal-1 con inducción de Foxp3 + Tregs, y la expresión de este factor de transcripción en los infiltrados inflamatorios. **Resultados:** Las biopsias de controles y de pacientes con EC no tratados, demostraron una moderada coloración de Gal-1 en el estroma y células epiteliales. Las biopsias de pacientes tratados con DLG, mostraron un aumento dramático en inmunoreactividad de Gal-1, pero no de Gal-4, (p < 0.001) en el intersticio de las vellosidades recuperadas, que correlacionó positivamente con una mayor frecuencia de Foxp3 + células mononucleares, un marcador Tregs que sugiere la aparición de una red coordinada de inmunosupresión, mediada por Gal-1 y Foxp3 + Tregs en la restauración de la homeostasis mucosa. **CONCLUSIONES:** En respuesta a la exclusión del gluten, la Gal-1 presenta una regulación positiva de la respuesta inmune en LP de la mucosa intestinal, un efecto que podría favorecer la resolución del proceso inflamatorio y la recuperación de la homeostasis de la mucosa en pacientes con EC. Nuestro estudio sugiere un papel importante de esta lectina favoreciendo la resolución de la inflamación y la restauración de la homeostasis mucosa. Así, una red coordinada de galectinas y sus ligandos glucosilados pueden controlar la respuesta inflamatoria, debería ser explorada como una novedosa terapéutica alternativa en pacientes con EC.