

EP-01

LA EXCRECIÓN DEL PÉPTIDO INMUNOGÉNICO DEL GLUTEN (GIP), MUESTRA TRANSGRESIONES DIETARIAS EN PACIENTES CELIACOS ASINTOMÁTICOS EN TRATAMIENTO CON DIETA LIBRE DE GLUTEN

Costa, A¹; Sugai, E²; Temprano, MdlP³; Niveloni, S⁴; Smecuol, E⁵; Vázquez, H⁶; Moreno, ML¹; Dominguez, R⁶; Mazure, R¹; Muñoz-Suano, A⁶; Gonzalez, AF⁶; Cebolla, A⁶; Verdu, EF⁶; Mauriño, E⁶; Bai, JC⁶

(1)Intestino delgado, Hospital Udaondo, Buenos Aires, Argentina. (2)Bioquímica, Hospital Udaondo, Buenos Aires, Argentina. (3)Alimentación, Hospital Udaondo, Buenos Aires, Argentina. (4)Bioquímica, Biomedal, Sevilla, España. (5)Farncombe Family Digestive Health Research Institute, McMaster University, Hamilton, ON, Canada. (6)Investigación, Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: la remoción del gluten de la dieta es el único tratamiento la enfermedad celíaca (EC). En algunos pacientes, la adherencia a la dieta libre de gluten (DLG) resulta en la remisión histológica, serológica y sintomática. Una significativa proporción de pacientes persisten con síntomas a pesar de creer que son adherentes a la DLG. Mientras que la exposición al gluten es considerado el principal factor de persistencia sintomática, la necesidad de monitorizar la adherencia a la DLG en pacientes asintomáticos todavía no es clara. Objetivo: evaluar la adherencia a la DLG en pacientes con EC asintomáticos en tratamiento con DLG por al menos dos años. Diseño: prospectivo, observacional, transversal. Métodos: investigamos el tiempo de excreción del GIP mediante dos metodologías: 1) Test de Elisa sándwich en materia fecal; 2) tests rápidos de detección (POCTs) en materia fecal y orina (Biomedal S.L, España). Un recordatorio de tres días de alimentos fue realizado antes de la recolección y entrega de la muestra. Serología específica de EC (IgA-tTG y DGP-IgA)(INOVA Diag, USA) fueron determinadas al enrolamiento. El recordatorio dietario y la determinación de GIPs fueron re evaluados a los diez días de la primera muestra. Resultados: los pacientes tenían síntomas clásicos al diagnóstico de EC y estaban en tratamiento con DLG en una media de tiempo de 8 años (rango de 2-45). Luego del enrolamiento, 26 de 45 pacientes (57.8%) fueron catalogados como asintomáticos (cuestionario GSRs). Un total de 48 muestras fueron obtenidas, cuatro pacientes no entregaron el segundo set de muestras. Diez muestras (20.8%) de pacientes asintomáticos tenían cantidades detectables de GIPs en al menos uno de los tres tests. Globalmente la concordancia de los test (ambos positivos o negativos de materia fecal u orina) estuvo presente en el 85.7% de los casos. La evaluación dietaria no detectó el consumo de gluten en 5 de 8 pacientes mientras las muestra para GIPs dio positivo. En contraste, el reporte dietario sugirió transgresiones en 11 pacientes quienes las muestras para GIPs resultaron negativas. Los anticuerpos IgA-tTG y DLG-IgA fueron positivos (>20 UI/ml) en 21.7% y 47.4% de los pacientes asintomáticos, respectivamente, en títulos bajos, excepto uno de los casos. Cuatro de los pacientes con serología positiva tenían también GIPs positivo. Conclusión: Nuevas herramientas para detectar la excreción de GIP serán técnicas útiles en la evaluación de la dieta y para monitorear la adherencia a la DLG en EC. Nosotros mostramos aquí que los pacientes asintomáticos siguiendo una "DLG estricta" están expuestos a pequeñas transgresiones dietarias que pueden ser detectadas por GIP. Las consecuencias de esto en pacientes celíacos asintomáticos tratados con DLG, son desconocidas. Este enfoque combinado que incluye la excreción de GIP podría incrementar la efectividad del monitoreo de la adherencia a la DLG.

EP-02

COMPLICACIONES GASTROENTEROLÓGICAS FUNCIONALES Y MOTORAS A LARGO PLAZO LUEGO DE FUNDUPPLICATURA DE NISSEN (FN) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE) Y COMPROMISO NEUROLÓGICO EN PEDIATRÍA

Martarini, MA¹; Rocca, A¹; Neder, D¹; Weyersberg, C¹; Contreras, M¹; Sasson, L¹

(1)Gastroenterología, Hospital Garrahan, Capital Federal, Argentina.

La parálisis cerebral se asocia a alteraciones motoras. La ERGE se atribuye a la alteración de la motilidad del esófago y del esfínter esofágico inferior. La prevalencia de ERGE varía de 15% al 75%. La funduplicatura de Nissen (FN) es la técnica más empleada. Objetivo: Determinar la frecuencia y características de las complicaciones gastroenterológicas funcionales y motoras a largo plazo en pacientes neurológicos sometidos a funduplicatura de Nissen en un Hospital Pediátrico de alta complejidad. Población y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal, retrospectivo desde la recolección de datos, 2012 a 2017 en pacientes de 0 a 18 años de edad, con compromiso neurológico con FN. Se utilizó una planilla de recolección de datos en programa de Red Cap 6.11. Programa estadístico para el análisis R estudio. Resultados: Se realizaron 101 FN, 35 en parálisis cerebral. La mediana de edad al momento de la cirugía fue de 55 meses (2 - 190 meses). Sexo masculino 65.7%. Monitoreo de RGE: En 74.2% (26/35) se realizó pHmetría, patológica en 53.8%. En 2 pacientes se realizó pH impedanciometría siendo 1 normal y el otro estudio patológico con índice sintomático positivo. VEDA en el 92% de las pHmetrias patológicas observando Esofagitis Los Angeles (LA) A en 15%, LA C 30.7%, y endoscopia normal en 53.8%. En 20% (7) de los pacientes con síntomas evidentes de ERGE no se realizó pH metría, realizándose endoscopia. Observando 2 pacientes esofagitis LA D y 5 pacientes endoscopia normal. Con respecto a la cirugía, mediana de edad 55 meses. Laparoscopia (LAP) 91.4%, y se realizó gastrotomía en el mismo acto quirúrgico en el 86% de los pacientes. La principal indicación fue el compromiso neurológico y evitar aspiración. No hubo mortalidad asociada. En 25.7% hubo complicaciones funcionales y motoras, 2 pacientes Síndrome de Dumping, 4 trastornos de la acomodación y 4 recidiva de reflujo, (1 paciente síndrome de Dumping y trastorno de la acomodación). Recidiva de reflujo en 4 pacientes (11.4%), 2 pacientes presentaron HDA, con esofagitis severa reiniciando IBP. Re Nissen (8.5%), las causas fueron falla anatómica en dos casos y en el otro, falla primaria con recidiva de ERGE. En el 75% de los pacientes con complicaciones se realizó GTT en el mismo acto quirúrgico. Sin embargo al evaluar con Odds Ratio la asociación entre GTT durante el mismo acto quirúrgico y su relación con la presencia de complicaciones, el análisis no fue concluyente. Tabla 1. Conclusión: En nuestra casuística, Un 25.7% de los pacientes manifestó complicaciones funcionales. 11.4% presentó recidiva del RGE por falla anatómica y recidiva primaria. No pudo demostrarse que la gastrotomía al momento de la cirugía antireflujo se asociara a mayor frecuencia de complicaciones.

Tabla 1. Análisis univariado de factores de riesgo predictivos de complicaciones postfunduplicatura de Nissen

Variable	OR	IC 95%
GTT	2.67	0.3 - 19.7
Compromiso neurológico	1.47	0.2 - 9.5
Cirugía previa y LAP	no se analizó por problemas numéricos	

EP-03

TENDENCIA DE LA INCIDENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A ÚLCERA PÉPTICA EN PACIENTES DEL PLAN DE SALUD DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Gimenez, FJ¹; Rinaudo, SG; Montanelli, J; Olivieri, LS; Urgiles Guaman, DC; Sánchez, MB; Ennis, ML; Rey, A; Boietti, BR; Mahler Spinelli, MA; Marcolongo, MM

(1)Gastroenterología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Caba, Argentina.

Introducción: La hemorragia digestiva alta de origen no variceal por úlcera péptica (HDAUP), es una causa frecuente de ingreso hospitalario. En países desarrollados, se observa que la incidencia de HDAUP ha disminuido en las últimas décadas, secundario al mayor y mejor uso de Inhibidores de bomba de protones (IBP), erradicación de Helicobacter Pylori y terapia profiláctica ante el uso de antiinflamatorios no esteroideos. En nuestro país no hay datos epidemiológicos que describan la tendencia de incidencia de HDAUP. Objetivos: Determinar la tendencia de la incidencia de HDAUP desde el año 2008 hasta 2015 inclusive. En forma secundaria evaluar etiología y tipo de úlceras según clasificación de Forrest, relación con consumo crónico de IBP y necesidad terapéutica endoscópica. Materiales y métodos: Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron a todos los afiliados mayores de 18 años de plan de salud del Hospital Italiano desde el 1 de enero de 2008 hasta el 31 de diciembre de 2015. Se describieron las variables cuantitativas como media o medianas según distribución, con su desvío estándar o rango intercuartil respectivamente. Las variables categóricas se informaron con su número absoluto y porcentaje. Resultados: Durante 8 años se obtuvieron 584 casos de HDAUP y fueron seguidos por un total de 2.802 personas-año. La tasa cruda de densidad de incidencia por 100.000 personas años fue de 56.12. La razón de tasa hombre / mujer para HDAUP fue 2.03. La densidad de incidencia por cada 100.000 personas años fue en el 2008 de 69,69 y en el 2015 de 54,13. Según la clasificación de Forrest, la tipo III fue la más diagnosticada tanto en estómago como duodeno. La necesidad de realizar terapéutica endoscópica fue de 42,79% y de 33,16% para úlceras gástricas y duodenales respectivamente. La necesidad de terapéutica endoscópica fue del 35,85% para los que recibieron omeprazol endovenoso en bolo pre endoscopia y de 35,40% para los que no lo recibieron. Conclusiones: Este trabajo muestra una disminución en la tendencia de incidencia de HDAUP en concordancia con otros estudios. Esta disminución se podría adjudicar a la menor incidencia de helicobacter pylori en la población general, mayor búsqueda y erradicación de helicobacter pylori; cambios en la terapéutica farmacológica con mejor y mayor uso de IBP y mayor conciencia de gastroprotección ante fármacos gastrotóxicos. Por otra parte, la población mayor de 80 años continúa siendo la más vulnerable, por lo que se debería considerar una intervención terapéutica mejor implementada en este grupo.

EP-04

USO DE LA GOMA DE MASCAR PARA MEJORAR EL VACIAMIENTO GÁSTRICO EN CAPSULA ENDOSCÓPICA

Cajardo Arias, C^{1,2}; Bosch, J¹; Spallone, L¹; Figueredo, R¹; García, ML¹; Torrieri, C¹; Gomez, V¹; Bolino, MC¹; Dumonceau, JM¹; Caro, L¹; Cerisoli, C¹

(1)Endoscopia, Gedyt, Buenos Aires, Argentina. (2)Buenos Aires.

Introducción: La cápsula endoscópica (CE) es un método diagnóstico del intestino delgado (ID) de alto rédito y baja invasividad. El retardo en la evacuación gástrica y la vida útil de las baterías son causa de estudios incompletos. Los proquinéticos, laxantes, la posición del paciente y el uso de goma de mascar han sido utilizados para acelerar el tránsito con resultados discordantes. Objetivos: 1. Establecer si el tiempo de vaciamiento gástrico (TVG) y de tránsito de ID (TTID) es menor en pacientes que consumen goma de mascar respecto de aquellos que no lo consumen. 2. Comprobar si el uso de goma de mascar disminuye la tasa de estudios incompletos. Materiales y métodos: Se incluyeron adultos que aceptaron ingresar al estudio. Estudios incompletos, reposicionamiento de CE por VEDA, e imposibilidad de mascar fueron criterios de exclusión. Centro de gastroenterología, entre 05,2014 y 09,2017. Diseño: experimental, prospectivo, comparativo, aleatorizado, simple ciego y transversal. Procedimientos: la muestra se dividió en dos grupos: Ch (goma de mascar, 20 minutos cada 2 hs desde ingestión hasta el final del procedimiento); y control. La administración de la CE se realizó según práctica habitual. Se registro TVG y TTID en minutos, llegada del ciego, estudios incompletos, condición de ambulatorios-internados; deambulación, y comorbilidades. Reparos éticos: el protocolo fue aprobado por el Comité local. Análisis estadístico: SPSS 19; Student y X²; Kaplan y Meier. Resultados: 365 pacientes: 52,6% mujeres. Edad x varones y mujeres, 59,4±16,13 años y 56,41±15,83 años, respectivamente (p=0,07); IMC x varones y mujeres: 27,27±4,23 y 26,51±5,10 kg/m², respectivamente (p=0,125). TVG x: 42,47±44,86 min; TTID x: 238,55±105,16 min; Grupo Ch: 48,2% (176/365); ambulatorios (98,5% (357/365) y todos deambulaban. Comorbilidades 17% (61/365). 1. a) Los promedios de TVG para Ch y control fueron 46,11±47,30 vs. 39,08±42,31 min, respectivamente (T = 2,07; p = 0,15). b) Los promedios TTID para Ch y control fueron 236,37±108,70 y 240,58±102 min, respectivamente; (T = -0,38; p = 0,70). Luego se evaluó si existía asociación entre el TVG y TTID y sexo, edad, IMC, condición de Internado o ambulatorio, y comorbilidades. Se observó una relación inversa entre el TVG y la edad (p<0,05). Respecto al TTID, la edad más avanzada y el estar internado, se asoció con TTID más prolongado; p<0,05), mientras que el IMC más elevado, se asoció con TTID más corto (p<0,05). 2. Tasa de estudios incompletos en grupo Ch comparado con el control (2,3% (IC95% 0,6-5,7; 4/176) vs. 1,6% (0,3-4,6; 3/189; p=0,92). Conclusiones: Se observaron diferencias estadísticamente no significativas en el TVG, TTID y la proporción de estudios incompletos entre consumidores de goma de mascar y no consumidores durante la realización de CE.

EP-05

PREVALENCIA DE CÁNCER COLORRECTAL EN INDIVIDUOS MENORES DE 50 AÑOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Llamedo, GA^{1,2}; Barcia, T¹; Caballero, A²; Chaar, EC¹

(1)Gastroenterología, José M. Penna. CABA, Argentina. (2)Anatomía Patológica, José M. Penna. CABA, Argentina.

Introducción: el cáncer colorrectal (CCR) es la tercer causa de muerte por cáncer a nivel mundial. La mortalidad ha estado disminuyendo progresivamente desde 1990, sin embargo la incidencia de CCR en menores de 50 años ha ido en aumento. En esta población más de un 86% de los pacientes se presentan sintomáticos al momento del diagnóstico, implicando un pronóstico desfavorable en su evolución. Objetivos: evaluar la prevalencia de CCR en pacientes menores de 50 años en un periodo de tiempo en el Servicio de Gastroenterología del Hospital de Agudos "José M. Penna". Comparar los datos obtenidos con los publicados. Lugar de aplicación y diseño: estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en el cual se investigó la prevalencia de CCR en pacientes menores de 50 años. Población y método: se incluyen pacientes a quienes se le realizó VCC en el período comprendido entre 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2016. Criterios de exclusión: VCC incompletas, enfermedad inflamatoria intestinal, poliposis adenomatosa familiar, síndrome de Lynch y preparaciones colónicas malas o inadecuadas. Los datos fueron recolectados de: Historias Clínicas, base de datos de endoscopia digestiva y base de datos del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Agudos "José M. Penna". Para el análisis estadístico se utilizó el programa Stata (v11.1, Statacorp, CollegeStation, Texas, USA). Se describieron las variables categóricas como porcentajes y las variables numéricas como mediana con su respectivo rango. Para la comparación de variables categóricas, se utilizó el test de Fisher, mientras que en el caso de las variables numéricas, el test de Mann-Whitney. Se consideró como significativo un valor de p menor de 0.05. Resultados: en el período mencionado, se realizaron 2401 VCC, 77.92% fueron hasta ciego. El 2.91% de estos pacientes presentaron diagnóstico de lesiones neoplásicas malignas de colon. La edad promedio fue de 62 años (rango 36-93). El 61.42% correspondieron al sexo masculino. El 37.14% de dichas lesiones se localizaron en recto; 31.42%, en colon izquierdo y el resto en colon derecho/ciego. Significativamente, el 18.57% de estos diagnósticos fueron hechos en menores de 50 años. El promedio de edad en estos casos fue de 46 años (rango 36-49). Se encontró una diferencia en cuanto a la distribución de las lesiones malignas: en el subgrupo de menores de 50 años, la totalidad de lesiones se identificaron en recto y colon izquierdo (69.23 y 30.77%, respectivamente). Conclusiones: Una proporción relativamente elevada de lesiones malignas colorectales diagnosticadas en nuestro centro se identificaron en sujetos menores de 50 años. Estos pacientes exhibieron un comportamiento biológico distintivo, no identificándose lesiones de colon derecho. La implementación de estrategias de prevención y detección temprana permitirá identificar a este subgrupo de pacientes y así poder reunir más evidencia al respecto.

EP-06

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS SECRETAGOGOS INTESTINALES PARA LA CONSTIPACION CRONICA – UNA REVISION SISTEMATICA Y META-ANALISIS

Lasa, J¹; Altamirano, J²; Florez Bracho, L¹; Paz, S¹; Zubiaurre, I¹

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

INTRODUCCION: Los secretagogos intestinales han sido utilizados para el tratamiento sintomático de la constipación crónica y del síndrome de intestino irritable con predominio de constipación. Su efecto de clase no ha sido extensivamente analizado. OBJETIVO: Determinar la eficacia y seguridad de los secretagogos intestinales para el tratamiento de la constipación crónica y para el síndrome de intestino irritable con predominio de constipación. MATERIALES Y METODOS: Se realizó una búsqueda bibliográfica por computadora desde 1966 hasta Septiembre de 2017 utilizando los siguientes términos MESH: intestinal secretagogues O linaclotide O lubiprostone O plecanatide O tenapanor O chloride channel Y chronic constipation O irritable bowel syndrome. Se incluyeron aquellos estudios clínicos controlados con placebo, aleatorizados en sujetos adultos con diagnóstico de constipación crónica con síndrome de intestino irritable con constipación que recibieran algún tipo de secretagogo intestinal (linaclotide, lubiprostone, plecanatide). Los datos se extrajeron y se interpretaron en modo de intención de tratar. Para el meta-análisis de los datos se utilizó un modelo de efecto aleatorio para brindar un estimativo conservador del efecto de las terapéuticas, asumiendo la heterogeneidad entre ensayos clínicos incluidos. Los efectos de las medicaciones fueron medidos como riesgos relativos de lograr una mejoría del síntoma estudiado.

RESULTADOS: La búsqueda bibliográfica arrojó 520 citas, de las cuales se incluyeron 16 ensayos clínicos que cumplieron con los criterios de inclusión. Doce de ellos evaluaron la eficacia de algún secretagogo intestinal para la constipación crónica. Estos demostraron ser superiores al placebo para incrementar el número de deposiciones completas y espontáneas por semana [RR 1.87 (1.24-2.83)], para lograr 3 o más deposiciones espontáneas por semana [RR 1.56 (1.31-1.85)] y para inducir la evacuación espontánea luego de la toma de la medicación [RR 1.49 (1.07-2.06)]. Resultados similares fueron obtenidos al evaluar el impacto de los secretagogos intestinales en sujetos con diagnóstico de síndrome de intestino irritable con constipación, basado en el análisis de seis ensayos clínicos. No se registró un incremento significativo en el riesgo de eventos adversos serios versus placebo de ninguna de las tres drogas estudiadas. CONCLUSION: Los secretagogos intestinales son una alternativa eficaz y segura en el tratamiento de los síndromes funcionales relacionados a la constipación.

EP-07

TIENE LA EDAD DE COMIENZO UN ROL EN LA EVOLUCION A LARGO PLAZO DE PACIENTES PEDIATRICOS Y ADULTOS JOVENES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL?

Gallo, MJ^{1,2}; Etchevers, J²; Yusti Caicedo, V¹; De la Iglesia, P³; Kreindell, T⁴; De Paula, J²; Orsi, M¹

(1)Servicio de Gastroenterología y Hepatología Pediátrica, Centro de Trasplante Hepático-Intestinal, Hospital Italiano de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. (2)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia de adultos, Hospital Italiano de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. (3)Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. (4)Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Italiano de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

OBJETIVO: Evaluar si la edad al diagnóstico desempeña un rol en la evolución a largo plazo de pacientes pediátricos y adultos jóvenes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio analítico, observacional y retrospectivo de una cohorte de pacientes con EII. Se incluyeron los pacientes con Colitis Ulcerosa (CU) y Enfermedad de Crohn (EC) diagnosticados entre 2000-2007 en el Hospital Italiano de Buenos Aires con 10 años de seguimiento. Criterios de exclusión: formas monogénica / sindrómica o historia clínica incompleta. Los pacientes se dividieron según la edad al momento del diagnóstico: Grupo I (GI): <6 años, Grupo II (GII): 6-17 años, Grupo III (GIII): 18-40 años. Variables: sexo, score clínico, score endoscópico, recaídas, requerimientos de tratamiento, manifestaciones extraintestinales, cirugía y malignidad. El análisis del score clínico/endoscópico fue el resultado de la puntuación de mejoría (al momento del diagnóstico y a los 10 años); es decir, puntaje de enfermedad menor o igual al del diagnóstico para cada grupo de edad. RESULTADOS: 280 pacientes fueron diagnosticados: 84 pacientes pediátricos (CU: 52 - EC: 32) y 196 adultos jóvenes (CU: 141 - EC 55), llegando al diagnóstico de 193 pacientes con CU y 87 pacientes con EC, de esos 193 pacientes con CU, 60 tuvieron un seguimiento de 10 años: GI: 8/60-GII: 21/60-GIII: 31/60 y de los 87 pacientes con EC, 28 tuvieron un seguimiento de 10 años: GI: 5/28-GII: 11/28-GIII: 12/28. Edad media al diagnóstico: 17 años (RIC 11-27), CU: 19.5 (RIC 11.5-29.5), EC: 14.5 (RIC 11-22.5). Para analizar los score clínico/endoscópico mejorados, se unificaron los pacientes de CU y de EC en Enfermedad Inflamatoria Intestinal, divididos por edad al diagnóstico: score clínico mejorado: GI 100%, GII 97%, GIII 93% (P=0.808), score endoscópico mejorado: GI 100%, GII 87.5%, GIII 90% (p=0.467). Enfermedad perianal al diagnóstico: GI: 2/11 (18%), GII 1/12 (8%) (p 0.77) y a los 10 años: GI: 1/11 (9%). Asociación del GIII/ recaídas: OR crudo: 7.69 / IC 95%: 1.81-32.63 (p = 0.006) ajustada por tipo de enfermedad. Ni el tipo de EII ni la edad se asociaron con la necesidad de cirugía. Terapia biológica: CU GII: 2/21 (9.5%), GIII: 10/31 (32%) (P = 0.073) / CD GII 3/11 (27%), GIII 4/12 (33%) (P = 0.84). Manifestaciones extraintestinales: CU: GI 37% (3/8), GII 14% (3/21), GIII 22% (7/31), EC: GI 40% (2/5), GII 9% (1/11) (p 0.037). Complicaciones / Malignidad: CU: GI 1/8 (14%) Trasplante de hígado-GII 1/21 (5%) Linfoma, EC: GII 1/11 (9%) Leucemia mieloide crónica, GIII 4/12 (33%) 2 Carcinoma de células basales - Leucemia mieloide crónica y tumor renal. CONCLUSIÓN: En esta cohorte, los niños con EII de inicio temprano tuvieron una evolución más benigna y un mejor resultado. Por otro lado, los adultos jóvenes mostraron una evolución con más recaídas durante el curso de su enfermedad, quizás estas diferencias locales tengan un rol en los hallazgos descriptivos.

EP-08

PREVALENCIA DEL CÁNCER COLORRECTAL DE INTERVALO EN UN CENTRO DE REFERENCIA: UNA RAZÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA COLONOSCOPIA

Gomez, E^{1,2}; Pereyra, L¹; Mora Nuñez, A¹; Bentolila, F¹; Mella, J¹; Panigadi, N¹; González, R¹; Criniti, J²; Fisher, C¹; Roel, M¹; Omodeo, M; Cimmino, D¹; Pedreira, S¹; Boerr, L¹

(1)Gastroenterología, Hospital Alemán. CABA, Argentina. (2)Clínica médica, Hospital Alemán. CABA, Argentina.

Introducción: La colonoscopia es la modalidad preferida para la pesquisa de cáncer colorrectal (CCR). Sin embargo, la misma no es completamente sensible para la detección de neoplasias, por lo que el CCR puede ser diagnosticado previo al intervalo de pesquisa establecido en función de las guías de práctica clínica. A estos cánceres se los conoce como cánceres de intervalo o post colonoscopia. Aunque se han reportado datos acerca de la prevalencia y factores de riesgo para desarrollar cáncer de intervalo los resultados son inconsistentes entre los estudios. Objetivo: Investigar la prevalencia, características y factores de riesgo para el desarrollo de cáncer colorrectal de intervalo post colonoscopia. Métodos: Se diseñó un estudio longitudinal retrospectivo. Los pacientes incluidos pertenecían a una cobertura de salud que provee asistencia médica a 41000 adultos y centraliza dicha atención en un mismo hospital de tercer nivel. Se incluyeron individuos con edades entre 55 a 90 años con riesgo promedio de CCR, 5 o más años de antigüedad en el plan médico del hospital y CCR diagnosticado entre enero de 2010 y agosto 2017. Se definió caso de CCR como de intervalo si era detectado entre los 6 a 60 meses luego de una colonoscopia sin evidencia de CCR. La proporción de cánceres colorectales de intervalo se definió como el número de casos de CCR de intervalo sobre el total de los cánceres colorectales diagnosticados durante el período de tiempo mencionado. Para realizar el análisis de los factores de riesgo para desarrollar CCR de intervalo, los casos de CCR fueron apareados utilizando la fecha diagnóstica (tomada como referencia) con 670 controles sanos elegidos aleatoriamente. Se realizaron Test de Student y test de U Mann-Whitney. Resultados: Un total de 134 pacientes presentaron CCR durante el período de estudio, siendo 11(8.2%) de ellos cánceres de intervalo. La frecuencia estimada de cánceres de intervalo de acuerdo al número total de colonoscopias fue de un caso cada 1500 colonoscopias. Comparando con los CCR no intervalo, los CCR de intervalo se detectaron más frecuentemente en el colon proximal (74% vs 32%, P < 0.01). Comparado con las colonoscopias de los controles libres de cáncer colorrectal, los estudios endoscópicos de los casos con CCR de intervalo se asociaron con una menor intubación cecal (79% vs 94%, P < 0.03), una menor tasa de polipectomía (15% vs 38%, P: 0.05) y una menor tasa de detección de adenomas en la colonoscopia índice (5% vs 27%, P:0.05). Conclusiones: En nuestra cohorte, el 8% de los pacientes con cáncer colorrectal fueron de intervalo post colonoscopia. El CCR de intervalo post colonoscopia se localizó más frecuentemente en colon proximal, y se asoció a factores como una menor tasa de intubación cecal, menor tasa de polipectomía y menor tasa de detección de adenomas. Estos hallazgos sugieren que el cáncer colorrectal de intervalo podría disminuir si mejoramos la calidad de la colonoscopia.

EP-10

IMPACTO DE UN COMPLEMENTO AUDIOVISUAL EN LA EFECTIVIDAD DE LA PREPARACIÓN INTESTINAL EN COLONOSCOPIA DE PESQUISA

Menegoni, C^[1]; Coghlan, E^[1]; Laferrere, L^[1]; Rainero, G^[1]; Zenon, ME^[1]; Marini, JM^[1]; Nadales, A^[1]

(1)Gastroenterología, Hospital Universitario Austral. Pilar, Argentina.

La preparación intestinal es una variable fundamental para el éxito de la colonoscopia como método de detección del cáncer colónico. En nuestra institución la escala de Boston define si la preparación Intestinal es adecuada.

Una insuficiente preparación colónica por mala comprensión de las instrucciones contribuye a que el examen sea incompleto. A pesar de usar un régimen de preparación colónica con tomas fraccionadas, existe un bajo porcentaje (8.45%) de pacientes, sobre todo aquellos que realizan el estudio por primera vez, que presentan una preparación inadecuada. Objetivo: Determinar si el agregado de un complemento audiovisual en formato video, de fácil acceso dentro de una plataforma web, impacta favorablemente en la calidad de la preparación colónica en el grupo de pacientes insuficientemente preparados, evaluados mediante la escala de Boston. Material y métodos: Diseño prospectivo, cuasi experimental. Entre enero 2016 y enero 2017, se comparó dos grupos de pacientes que realizaron colonoscopia de pesquisa de cáncer de colon entre 50 y 75 años, sin la experiencia de estudios previos.

Se suministró un instructivo escrito para la preparación colónica a todos los pacientes al momento de otorgar el turno para el examen. Se informaba sobre un video en YOUTUBE donde cada paciente podía optar o no por acceder a contenidos explicativos adicionales referentes a la preparación intestinal. Este video brinda una explicación por parte de uno de los médicos del Servicio de la preparación intestinal, destacando las notas más importantes y remarcando conceptos esenciales para obtenerla. En el análisis de las variables de ambos grupos se utilizó el método del chi² o test exacto de Fisher. Resultados: Se incluyó un total de 414 pacientes. 236 pacientes (57%) realizaron la preparación colónica siguiendo solo las instrucciones escritas, mientras que los restantes 178 (43%) vieron además el video explicativo. Se consideró como preparación adecuada en la escala de Boston la puntuación de 2 o más por sector evaluado (igual o mayor a 6/9). La mediana de edad fue de 55 años con un intervalo inter cuartilo de 52 y 60 años. Los pacientes entre 60 y 69 años presentaron menor adherencia a la visualización del video adicional. El 86,96% de los evaluados contaba con un nivel educativo superior al nivel primario. Solo 22 de los pacientes (9,32%) que siguieron el instructivo escrito presentaron una preparación subóptima, frente a 13 pacientes (7,3%) en el grupo que accedió a los contenidos adicionales del video, sin lograr demostrarse en el análisis estadístico diferencias significativas (p=0,465). Conclusión: En nuestro estudio, dado que el grupo de pacientes insuficientemente preparado fue pequeño, el agregado de un método audiovisual no demostró una mejora estadísticamente significativa (p=0,465), aunque existe una ligera tendencia favorable, en su nivel de preparación intestinal.

EP-11

RIESGO DE LESIONES NEOPLÁSICAS AVANZADAS METACRÓNICAS EN PACIENTES CON TUMORES DE CRECIMIENTO LATERAL ESPORÁDICOS DURANTE LA VIGILANCIA ENDOSCÓPICA

Bentolila, E^[1]; Mora Nuñez, A^[1]; Pereyra, L^[1]; Gomez, E^[1]; Mella, J^[1]; Criniti, J^[2]; Fisher, C^[1]; González, R^[1]; Luna, P^[1]; Roel, M^[1]; Cimmino, D^[1]; Pedreira, S^[1]; Boerr, L^[1]

(1)Gastroenterología, Hospital Alemán. CABA, Argentina. (2)Clínica médica, Hospital Alemán. CABA, Argentina.

Introducción: Si bien el riesgo de invasión submucosa entre los tumores de crecimiento lateral (LST) ha sido estudiado, el riesgo de desarrollar una lesión neoplásica avanzada (LNA) durante la vigilancia endoscópica es desconocido. Por lo tanto la estrategia de seguimiento de estos pólipos no ha sido establecida. Objetivos: Evaluar el riesgo de lesiones neoplásicas avanzadas metacrónicas en pacientes con LST resecaados con vigilancia colonoscópica. Materiales y métodos: Se realizó un estudio longitudinal. Se evaluaron en el período 2006-2011 pacientes con LST esporádicos resecaados que continuaron con vigilancia colonoscópica en nuestra institución por al menos un período mayor de tres años. Los LST se definieron como lesiones planas ≥ 10 mm de diámetro con una extensión predominantemente lateral respecto a su extensión vertical. Utilizando la base de datos electrónica se identificaron durante el mismo período pacientes con adenomas de bajo riesgo (individuos con uno o dos adenomas tubulares > 10 mm sin displasia de alto grado)(ABR), pacientes con adenomas de alto riesgo "no LST" (individuos con tres o más adenomas o al menos un adenoma ≥ 10 mm sin las características de LST, ó la presencia de componente vellosa o displasia de alto grado) (AAR-nLST), y pacientes con colonoscopia índice negativa (CIN). El desenlace principal fue la comparación de los grupos mencionados respecto a la incidencia de LNA metacrónicas durante la vigilancia colonoscópica. Se definió la ocurrencia de una LNA cuando se detectaba 12 meses luego de la colonoscopia índice, para descartar la recurrencia de los pólipos resecaados se tuvo en cuenta la aparición de una lesión metacrónica en una localización diferente de la escara de resección. Se definió a la LNA como aquellos adenomas mayores de 1 cm o con más del 75% de componente vellosa y/o la presencia de displasia de alto grado. Con los datos se realizó una regresión proporcional de Cox y el test de log-rank. Los riesgos se expresaron como Hazard ratios (HR). Resultados: Se evaluaron 589 pacientes, el seguimiento fue de 2792 pacientes-años, el seguimiento medio fue de 56,96 meses. Se evaluaron 118 pacientes con LST, de ellos sólo 32 casos tenían un seguimiento mayor a 36 meses. El tamaño medio fue de 18,34mm. Las cohortes de comparación consistían de 557 pacientes: 138 ABR, 85 AAR-nLST y 334 CIN. El riesgo de LNA metacrónica de los pacientes con ABR, LSTs y AAR-nLST comparados con CIN fue: ABR HR 6.72 (IC 95%: 2.32-19.47 p<0.001). LSTs: HR 23.41 (IC 95% 6.29-87.17, p<0.001) AAR-nLST: HR 24.21 (IC 95% 8.89-65.94, p<0.001). Conclusiones: El riesgo de desarrollar LNA metacrónicas durante el seguimiento de pacientes con LST, es mayor considerando los adenomas de bajo riesgo y similar a los adenomas de alto riesgo no LST.

EP-12

NO TODO ES LO QUE PARECE

leonart, J^[1]; Scarponi, A^[1]; garavento, I^[1]; Redondo, A^[1]; Yantorno, M^[1]; villaverde, A^[1]; martinez, h^[1]; Tufare, F^[1]; Giraud, F^[1]; Perron, N^[1]; Domeniconi, S^[1]

(1)gastroenterología, Hospital san Martin. la plata, argentina.

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres. Solo el 5% se presentan en estadio IV. El tracto gastrointestinal es una localización de metástasis infrecuente (1%). De estas, el 28% se localizan en el estómago y la mayoría de los casos se relacionan con el tipo lobulillar. Los síntomas, los hallazgos endoscópicos, radiológicos y la presencia de células en anillo de sello pueden ser muy similares a los cánceres gástricos primarios. El adecuado diagnóstico es esencial para la elección del tratamiento. Paciente femenina de 51 años, en seguimiento por nódulo en mama izquierda desde el 2015. En contexto de dispepsia y anemia sintomática se realiza VEDA: Mucosa de techo y cuerpo con pliegues gástricos engrosados con múltiples lesiones sobrelevadas con ulceración central, de aspecto infiltrativo, con falta de distensibilidad de las paredes gástricas, Biopsia: infiltración carcinomatosa con presencia de células en anillo de sello. Técnica IHQ CK17+, CK20 negativa, RE+, HER 2 NEU negativo. El perfil IHQ es compatible con infiltración de adenocarcinoma de probable origen mamario. Nueva ecografía mamaria con imagen hiperecogénica irregular de 17 x 16 mm y en hora 3 formación nodular hiperecogénica de aspecto solido de 10 x 9 mm. Punción biopsia: Carcinoma ductal con infiltración de tipo lobulillar. TC de tórax-abdomen y pelvis con contraste donde se evidencia engrosamiento difuso de paredes gástricas compatible con proceso orgánico primario y múltiples lesiones óseas compatibles con secundarismo. Inicia quimioterapia por 6 ciclos con Anastrozol + Docetaxel + ciclofosfamida + doxorubina + ácido zolendronico con control tomografico cada 6 meses. Actualmente libre de enfermedad. Las metástasis en el tubo digestivo van entre el 6 y el 18% de los canceres lobulillares, siendo el estómago el lugar más frecuente, seguido de colon, recto e intestino delgado. La presentación clínica es común a los cánceres gástricos primarios, con dispepsia, anorexia y epigastralgia. La ausencia de E-cadherina predice el origen metastásico de cáncer de mama subtipo lobulillar. La citoqueratina 7 (CK7) es positiva en el mismo, aunque cerca del 50% de los primarios gástricos pueden presentarla. El marcador citoqueratina 20 (CK20) puede ser positiva en el carcinoma gástrico, colorrectal y pancreático, pero no en el mamario. Por tanto, el estudio inmunohistoquímico es fundamental para un correcto diagnóstico, ya que de ello depende la elección del tratamiento específico. Se debe tener en cuenta la presencia de metástasis gastrointestinales en los tumores de mama avanzados, sobre todo en el subtipo lobulillar.

EP-13

HEMORRAGIA DIGESTIVA SECUNDARIA A COMPROMISO GASTRICO TUMORAL EN PACIENTE CON LMA. A PROPOSITO DE UN CASO

Wedde, G^[1]; Busquet, L^[1]; Gonzalez, J^[1]; Bottero, A^[1]; Sasson, L^[1]

(1)Gastroenterología, Hospital Nacional de Pediatría Juan P. Garrahan. CABA, Argentina.

Introducción: La Leucemia Mieloide Aguda (LMA) es una neoplasia de elementos mieloides caracterizada por la rápida proliferación de blastos anormales en médula ósea que interfieren con la normal hematopoyesis. Raramente puede manifestarse con compromiso de órganos extramedulares, lo que se conoce como Sarcoma Mieloide (SM), con una incidencia de 2-9% de todos los casos de LMA. La afección del Tracto Gastrointestinal Intestinal (TGI) se describe en un 6.5%. Las imágenes endoscópicas son inespecíficas, lo que hace importante para el diagnóstico diferencial con otros tumores la utilización de técnicas de Inmunohistoquímica, Citometría de flujo y estudios citogenéticos. Objetivo: Presentar un caso clínico de Hemorragia Digestiva Alta en un paciente pediátrico con patología oncológica hemaopoyética, secundaria a compromiso tumoral de la mucosa gástrica. Material y Métodos: Paciente de sexo masculino, de 15 meses de edad, con diagnóstico de Leucemia Mieloide Aguda (LMA), con compromiso de Sistema Nervioso Central y órbita (Sarcoma Mieloide). Realizo tratamiento con Quimio y Radioterapia. Internado por pancitopenia y síndrome febril. Presenta episodio de hematemesis y melena, con descenso significativo de Hemoglobina, con requerimiento transfusional de glóbulos rojos y plaquetas. Se realiza Videoescopia Digestiva Alta que muestra en Estómago contenido borráceo, en mucosa de cuerpo y techo hemorragias subepiteliales y múltiples lesiones polipoides sésiles de 2 a 4 mm, rojizas, sin sangrado activo. El estudio anatomopatológico de las lesiones informa infiltración focal por células de aspecto mieloides inmaduro, con expresión de mieloperoxidasa y CD68. Evolucionan con empeoramiento progresivo del compromiso ocular y deterioro del sensorio, con escasas posibilidades terapéuticas por lo que se adoptan medidas de control de síntomas hasta su deceso. Conclusión: Reportamos un caso infrecuente de Hemorragia Digestiva en paciente con LMA que desarrollo compromiso gástrico tumoral. Es importante para los Gastroenterólogos y demás especialistas involucrados en la atención de pacientes con patología oncológica jerarquizar los síntomas digestivos a los fines de realizar estudios oportunos para el diagnóstico diferencial, que permita llevar a cabo un tratamiento dirigido. También para los patólogos tener un alto índice de sospecha a la hora de estudiar tumoraciones gástricas en este tipo de pacientes.

PRESENTACIÓN DE 4 CASOS DE NIÑOS CON INGESTA DE PILA BOTÓN Y RETENCIÓN EN ESÓFAGO

Paz, S⁽¹⁾; Verdi, MF⁽¹⁾; Oviedo, RA⁽¹⁾; Cabral, RMDM⁽¹⁾; Esposito, M⁽¹⁾; Silvestri, G⁽¹⁾; Ortiz, GJ⁽¹⁾; Fernández, JM⁽¹⁾; Valenzuela, ML⁽¹⁾; Crespo Quinteros, EG⁽¹⁾; Lucero, NA⁽¹⁾; Messere, GC⁽¹⁾; Vidal, JH⁽¹⁾; Bigliardi, RN⁽¹⁾; Díaz, F⁽²⁾; Reynoso, RP⁽¹⁾
 (1)Gastroenterología y Endoscopia Infantil, Hospital Posadas. El Palomar, Argentina. (2) Cirugía Infantil, Hospital Posadas. El Palomar, Argentina.

Introducción: Las pilas Botón retenidas en el esófago son los cuerpos extraños que revisten mayor peligrosidad, causan lesiones graves con complicaciones frecuentes. Objetivo: Presentar en 4 casos clínicos la variedad de formas de presentación y resolución. Materiales y Método: Revisión de historias clínicas. Caso 1: Niño de 9 meses de vida, consulta por ingesta accidental de pila botón, presentando sialorrea y estridor. A las 3 horas de la ingesta se realizó extracción endoscópica de pila botón del esófago superior. Se observó úlcera circunferencial con necrosis. Presentó parálisis cordal bilateral que requirió traqueostomía y gastrostomía. El control endoscópico a los 4 meses mostró curación mucosa, sin estenosis. Continúa en seguimiento por Otorrinolaringología. Caso 2: Niño de 19 meses de edad, consultó por vómitos de 6 horas de evolución. En una Rx de tórax se detectó cuerpo extraño en esófago superior. En endoscopia se encontró pila botón y gran úlcera circunferencial con necrosis. Ante el fracaso en la extracción endoscópica se realizó cervicotomía y esofagotomía. Presentó múltiples complicaciones, paro cardiorespiratorio, fiebre persistente y fístula esófago cutánea. El esofagograma al mes mostró leve disminución de calibre sin filtración de contraste. Caso 3: Niño de 1 año de edad, consultó por fiebre, dificultad ventilatoria y vómitos de varias semanas de evolución. En la Rx de Tórax se detectó cuerpo extraño en esófago superior. Se realizó extracción endoscópica de pila botón. Se observó úlcera circunferencial con necrosis. La endoscopia control al mes mostró curación mucosa con leve disminución de calibre del esófago. Caso 4: Niña de 18 meses de edad. Consulta por fiebre y vómitos de un mes de evolución, dificultad ventilatoria, mal estado general e hiperextensión de cuello. En la Rx de tórax detectan cuerpo extraño en esófago superior. Se realizó endoscopia encontrándose pila botón y úlcera circunferencial con necrosis. Requiere extracción quirúrgica. El esofagograma a las 3 semanas mostró leve disminución de calibre del esófago superior. A los 2 meses del evento se encuentra asintomática. Todos los pacientes continúan en seguimiento. Discusión: Si bien la incidencia de ingesta de pila botón es muy baja (10 casos cada millón de personas cada año), las que quedan retenidas en esófago causan lesiones severas. Las lesiones se producen por tres mecanismos, decúbito, por fuga de sustancia alcalina con daño cáustico y por descarga eléctrica. El curso clínico depende de varios factores, la ubicación, la duración de la exposición de la mucosa, el tamaño, voltaje y la composición química de la pila. La lesión puede producirse a los pocos minutos por lo que la prevención es prioritaria. La extracción endoscópica a la brevedad es esencial para evitar serias complicaciones como perforación, fistulización a estructuras vecinas, estenosis, etc.

EP-15

ESTENOSIS ESOFÁGICA CONGÉNITA: A PROPOSITO DE UN CASO

Scarafoni, S⁽¹⁾; Keller, ME⁽¹⁾; Hidalgo, MdP⁽¹⁾; Chierichetti, M⁽²⁾; Ramacciotti, G⁽¹⁾

(1)Gastroenterología pediátrica, Hospital Materno Infantil Victorio Tetamanti. MAR DEL PLATA, Argentina.

Introducción: la estenosis esofágica congénita (EEC) se define como un estrechamiento intrínseco del esófago presente desde el nacimiento. Es una patología infrecuente que se asocia a otras malformaciones, entre ellas, la atresia esofágica (AE) como el caso clínico que se describe. Caso Clínico: Paciente masculino RNT- PAEG. Polihidramnios con diagnóstico de atresia esofágica tipo III. Cirugía de cierre de fístula y anastomosis T-T al 1 día. A los 2 meses comienza con síntomas respiratorios (laringitis y broncoespasmo a repetición) y vómitos. Esofagograma: Estenosis esofágica en 1/3 distal se realiza dilatación con balón y tto con IBP. Test de deglución normal. Al año de vida por persistencia de síntomas respiratorios, fallo de medro y vómitos se realiza SEG: marcada estenosis en 1/3 distal del esófago. Ante la sospecha de estenosis esofágica congénita se realiza Veda + dilatación esofágica en 2 oportunidades, sin éxito. Tac de tórax: estenosis esofágica segmentaria en 1/3 distal de aproximadamente de 15 mm de longitud con dilatación supraestenótica. Se realiza resección de la estenosis y anastomosis termino-terminal (AP: remanentes traqueobronquiales). A la fecha paciente de 6 años asintomático se realiza SEG de control: ligera estenosis en 1/3 medio por probable escuela quirúrgica, no se observa dilatación sin evidencia de RGE. Discusión: LA EEC presenta una baja incidencia (1 en 25.000-50.000), sin embargo su asociación con AE es frecuente variando 3-14%. Hay 3 tipos histológicos: engrosamiento fibromuscular (FM), remanente traqueobronquiales (RTB) y membranosa (incidencia 54%, 30% y 16% respectivamente) siendo su localización más frecuente en el tercio medio e inferior dependiendo del tipo histológico. La sintomatología (disfagia, vómitos, impactación alimentaria, patología respiratoria) no es específica y es la misma encontrada en los pacientes con AE haciendo su diagnóstico dificultoso, presenta una media de diagnóstico de 11.6 meses (1-60 meses). Tanto el esofagograma como la esofagoscopia son necesarias para conocer la localización, forma y el grado de estenosis. La ecoendoscopia es útil para clasificar la EEC especialmente para distinguir la forma RTB de la FM importante al momento de evaluar la estrategia terapéutica; sin embargo no contamos con este recurso en nuestro Hospital. La dilatación endoscópica se ha establecido como la principal terapéutica excepto para la forma RTB en la cual debido al riesgo de perforación la cirugía es la primera opción. Conclusión: a pesar de ser una malformación extremadamente rara su asociación con AE es frecuente, por lo que en todos los niños con AE, es necesario tener un alto índice de sospecha para detectarla, realizar un tratamiento adecuado y así prevenir las complicaciones.

EP-16

PANCREATITIS RECURRENTE: INTERACCIONES GENES-GENES Y GENES-AMBIENTE

Pasqua, AV⁽¹⁾; Lancelotti, T⁽²⁾; Salgado, R⁽²⁾; Oddi, R⁽²⁾; Kozima, S⁽³⁾; Cosentino, V⁽⁴⁾; Moore, R⁽¹⁾
 (1)Gastroenterología, CEMIC. Buenos Aires, Argentina. (2)Cirugía, CEMIC. Buenos Aires, Argentina. (3)Diagnóstico por Imágenes, CEMIC. Buenos Aires, Argentina. (4)Genética, CEMIC. Buenos Aires, Argentina.

Introducción La pancreatitis recurrente representa un desafío diagnóstico. Descartada la microlitiasis biliar, en su estudio deben considerarse la edad del paciente y sus antecedentes familiares, hábitos (consumo de alcohol, tabaco, cannabis, drogas pancreatotóxicas), trastornos metabólicos no tratados y la etiología inmunológica o infecciosa según su epidemiología. Objetivo Se presenta el caso de un paciente adulto joven con pancreatitis recurrente y se discute el rol de los probables factores genéticos y ambientales involucrados. Caso Clínico Paciente varón con pancreatitis recurrente desde los 15 años; no consumidor de alcohol ni fumador; sin antecedentes familiares de enfermedad pancreática. El 1° episodio ocurrió luego de un cuadro respiratorio tratado con claritromicina y se detectó un anti VEB IgM (+). No se detectó litiasis biliar ni alteración del hepatograma al igual que en los episodios subsiguientes. RM: Unión de la rama dorso-caudal derecha al conducto izquierdo y zona de menor calibre del conducto hepático proximal. Sin páncreas divisum o anular. TC: Sin lesiones focales. Triglicéridemia y calcemia normales. Anticuerpos de enfermedad celíaca (-). FAN (+). Proteinograma, IgG y subclases, FR y ASMA s/p. HCG y alfa feto proteína normales. Coproparasitológico (-). El 3° evento ocurrió en contexto de un síndrome gripal y en la RM se observó barro en vesícula. EUS: páncreas edematoso (no diferida). El 5° evento también coincidió con un síndrome gripal y se detectó nuevamente un VEB IgM (+). Test del sudor y estudio de las 29 mutaciones más frecuentes del gen CFTR s/p. Colectectomía (metaplasia antral en la pared). El 1° evento de pancreatitis post colectectomía coincidió con uso de minociclina. PCR para CMV en GB (+) / M. pneumoniae IgM (+). Secuenciación del CFTR: heterocigosis de las variantes missense c.2991G>C:p.L997F (descrita como patogénica / asociada a ausencia de vasos deferentes) y c.1408A>G:p.M470V (reportada como con probable asociación con enfermedad respiratoria-pancreática / polimorfismo benigno-probablemente benigno). Evolución con signos de pancreatitis crónica y función conservada. Discusión: Inicialmente se planteó la posibilidad de la causa infecciosa y de un páncreas "sensibilizado" para futuros episodios. La claritromicina y la minociclina no están fuertemente asociadas a pancreatitis y su consumo no ocurrió en todos los eventos. El rol de las alteraciones genéticas (CFTR, PRSS1, SPINK1, etc) está en constante estudio; ciertas anomalías pueden causar enfermedad pancreática per se mientras que otras actúan como cofactores o modifican el umbral para padecer pancreatitis. Las variantes del CFTR pueden asociarse a distintas expresiones clínicas como la fibrosis quística con insuficiencia o suficiencia exocrina y la pancreatitis; el estudio completo del gen permite detectar aun aquellas variantes cuyo significado clínico todavía se desconoce.

EP-17

NECROSIS COLÓNICA COMO COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE PANCREATITIS AGUDA SEVERA

Rohwain, MJ⁽¹⁾; Heredia, R^(1,2); Lacuadra, MP⁽¹⁾; Ojeda, S⁽¹⁾; Britcha, I⁽¹⁾; Basso, S⁽³⁾; Monestes, J⁽⁴⁾; Paterno, M⁽⁵⁾; Mikolaitis, V⁽⁶⁾; Zeytunisian, N⁽⁷⁾; Vazquez, H⁽²⁾; Mauriño, E⁽⁸⁾

(1)Clínica Gastroenterológica, Dr Carlos Bonorino Udaondo. Capital FEDERAL, Argentina. (2)Capital FEDERAL. (3)Sección Páncreas, Dr Carlos Bonorino Udaondo. Capital FEDERAL, Argentina. (4)Sección Cirugía, Dr Carlos Bonorino Udaondo. Capital FEDERAL, Argentina. (5)Sección Imágenes, Dr Carlos Bonorino Udaondo. Capital FEDERAL, Argentina. (6)Sección Anatomía Patológica, Dr Carlos Bonorino Udaondo. Capital FEDERAL, Argentina. (7)Jefe de Clínica Gastroenterológica, Dr Carlos Bonorino Udaondo. Capital FEDERAL, Argentina. (8) Jefe de Departamento de Clínica Gastroenterológica, Dr Carlos Bonorino Udaondo. Capital FEDERAL, Argentina.

Introducción:El 10% de las pancreatitis aguda (PA) se presentan como una forma severa con falla orgánica persistente y complicaciones locales o sistémicas con una mortalidad del 15-30%. El compromiso colónico es una complicación infrecuente de la PA grave (<1%) pero potencialmente fatal e incluye hemorragias, fístulas, necrosis y eventual perforación. Los pacientes con necrosis intestinal se presentan clínicamente con abdomen agudo, sepsis, masa abdominal o hemorragia digestiva baja. Los sitios más comúnmente afectados son el colon transverso, el ángulo esplénico y el colon descendente. Dos teorías explican el compromiso intestinal: el daño directo por las enzimas pancreáticas o el compromiso vascular (por trombosis mesentérica o compresión extrínseca). El tratamiento de elección para la perforación colónica es la resección quirúrgica reservándose el uso de endoclips para pequeñas lesiones localizadas. La nutrición enteral temprana sirve para proteger la barrera intestinal, reducir la traslocación bacteriana y disminuir la morbi-mortalidad. Objetivo: Presentación de un caso. Caso clínico: Varón de 25 años ingresa por cuadro clínico compatible con pancreatitis aguda; antecedente de litiasis vesicular. Se realiza laboratorio que evidencia leucocitosis, hiperglucemia, hepatograma alterado e hiperamilasemia; la ecografía informa vesícula multilitiasis, páncreas heterogéneo con líquido peripancreático. Se instaura tratamiento médico; evoluciona desfavorablemente con dolor abdominal, taquicardia, hemorragia digestiva baja y caída de 12 puntos del hematocrito, se realiza tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis que evidencia derrame pleural izquierdo, líquido libre, páncreas edematoso y colección iso-hiperdensa hacia el espesor del mesocolon transverso, con ausencia de trama vascular, engrosamiento y burbujas aéreas excéntricas a su pared. Se decide colectomía subtotal con ileostoma. Recibió nutrición parenteral total, luego enteral, tratamiento antibiótico, requirió múltiples lavados de cavidad y colocación de drenajes por necrosis infectada. Presenta evolución favorable, clínica y de imágenes con restitución de la morfología pancreática. Conclusión: Las complicaciones colónicas de la PA son infrecuentes, difíciles de identificar y se deben considerar ante la falta de mejoría clínica. El compromiso enteral no diagnosticado en una PA se asocia a una mortalidad mayor al 50%.Es importante considerar esta complicación ante un paciente con pancreatitis severa, en particular si presenta anemia o evidencia de hemorragia digestiva.

EP-18

ROL DE LA ECOENDOSCOPIA EN LA PATOLOGIA DEL SURCO PANCREATODUODENAL. REPORTE DE TRES CASOS

Oría, I⁽¹⁾; Pizzala, J⁽¹⁾; Villaverde, A⁽¹⁾; Pasqua, A⁽¹⁾; Marcolongo, M⁽¹⁾
 (1)Gastroenterología, Hospital Italiano de Buenos Aires. buenos aires, Argentina.

El surco pancreatoduodenal es un espacio donde convergen procesos que involucran la vía biliar distal, el duodeno, cabeza pancreática, ampolla de Vater y retroperitoneo. Debido a su compleja anatomía, el diagnóstico preoperatorio definitivo es un desafío. Presentamos tres casos con diferentes patologías en el surco, de presentación similar, y mostramos el rol de la ecoendoscopia con punción (EUS-FNA) para realizar un diagnóstico preoperatorio, excluyendo malignidad en el primer caso, cambiando el diagnóstico en el segundo y confirmando la malignidad en el último caso. Los tres pacientes fueron derivados a nuestro centro para estudio de una masa pancreática asociada a pérdida de peso y dolor con irradiación a dorso en los últimos 6 meses. 1) Hombre 61 años, tabaquista y enolista severo, laboratorio y marcadores tumorales normales. Colangiopancreatografía (CPRMN): masa cefálica pancreática comprometiéndose surco pancreatoduodenal, pared duodenal engrosada, e imagen quística en el surco de 15mm. EUS: Lesión focal cefálica heterogénea (punción) sin plano de clivaje con pared duodenal y lesión quística intraparietal duodenal (punción). Endoscópicamente en rodilla duodenal lesión polipoidea de +/- 3cm de aspecto hiperplásico (biopsias). Resultado de punción de la masa cefálica: Pancreatitis crónica reagudizada sin células epiteliales atípicas. Duodeno: hiperplasia foveolar. Con diagnóstico de pancreatitis del surco se eliminaron los factores de riesgo con aumento de peso y normalización de las imágenes a los 6 meses. 2) Mujer, 72 años, sin antecedentes de importancia. Laboratorio normal. CPRMN: uncinado de aspecto globuloso y alteración de la grasa circundante especialmente en el surco. EUS: Uncinado sin lesión focal. En bulbo duodenal se observa engrosamiento parietal semicircunferencial sin distorsión de sus capas. Endoscópicamente, gran úlcera de +/- 3cm, con fondo de fibrina (biopsias sin atipia). Se indicó inhibidor de la bomba de protones y control endoscópico y y tomografía normal a los tres meses. 3) Mujer, 49 años, sin antecedentes de importancia. CPRMN: masa en uncinado con señal heterogénea, múltiples imágenes quísticas comunicadas al conducto pancreático principal (punción). Engrosamiento parietal duodenal en segunda porción e imagen en el surco de difícil caracterización. EUS: dilatación del wirsung 8mm desde cuello hacia proximal y colaterales dilatadas. Endoscópicamente papila mayor entreabierta en forma de boca de pescado, y emergiendo de la misma, abundante moco que se aspiró. El antígeno carcinoembrionario en el moco (CEA) > 1000. Punción: material mucoso y proliferación epitelial con displasia de alto grado. Duodenoancrectomía cefálica. Adenocarcinoma mucoscretor (coloide) infiltrante. IPMN Tipo III. Conclusion: La EUS-FNA es muy útil en la patología del surco pancreatoduodenal y debería ser usada tempranamente en su evaluación.

EP-19

RESISTENCIA PRIMARIA AL ENTECAVIR: A PROPOSITO DE UN CASO

Oviedo Delgado, C⁽¹⁾; Estepo, C⁽¹⁾; Alessio, A⁽¹⁾; Bruno, A⁽¹⁾; Torsiglieri, A⁽¹⁾; Flichman, D⁽²⁾; Tsariktsian, G⁽¹⁾
 (1)Hepatología, Cosme Argerich. C.A.B.A, Argentina. (2)Virología, Facultad de Farmacia y Bioquímica. C.A.B.A, Argentina.

INTRODUCCION. La resistencia antiviral a los análogos nucleós(t)idos (NUCs) se debe al alto porcentaje de mutaciones que pueden ocurrir durante la replicación viral, y a la selección de estos mutantes debido a la persistencia de la replicación en presencia del agente antiviral. OBJETIVO. Reportar un caso de hepatitis crónica por virus B con resistencia primaria al entecavir (ETV). CASO CLINICO: Varón de 46 años de edad, argentino, con diagnóstico conocido de hepatitis B en el año 2005. No refería antecedentes de importancia. Consulta por 1º vez en el año 2010 con un laboratorio donde se observa alanino aminotransferasa (ALT) de 65 (VN 41), resto del laboratorio y ecografía abdominal dentro de parámetros normales. Se solicitan marcadores virales y carga viral de HBV: Anti HAV Ig G (-), Anti HCV (-), Anti HIV (-), HBsAg+ (87,15), Anti HBe IgG (+)(14,71), HBeAg (+)(331,55), Anti HBe (-), HBV-DNA >110.000.000 UI/ml (>8.04)(Taqman). Se le solicita una punción biopsia hepática percutánea: METAVIR A1 - F1. En abril de 2011 se inicia tratamiento con Interferón Pegilado (Peg IFN) alfa-2a. El HBV-DNA basal fue >110.000.000 UI/ml (>8.04). En la semana 30 de tratamiento, la ALT continuaba elevada, el HBsAg y el HBeAg positivos y el HBV-DNA no se había modificado, por lo que se decidió suspender el mismo. Antes de iniciar tratamiento con NUCs se realizó caracterización de la polimerasa del HBV por secuenciación directa, no observándose mutaciones basales. En septiembre 2013 se solicitó HBV-DNA cuyo resultado fue >170.000.000 UI/ml (>8.2). Se inicia tratamiento con ETV 0.5mg/día. Después del inicio del ETV, el HBV-DNA disminuyó progresivamente hasta los 30 meses de tratamiento: HBV-DNA de 79 UI/ml (1.9). Posteriormente, se solicitó el control a los 36 meses: HBsAg (+), HBeAg (+) y HBV-DNA de 3.140 UI/ml (3.5). Se repitió nuevamente el HBV-DNA: 5.050 UI/ml (3.7). La recaída virológica puede ser debida a un mal cumplimiento terapéutico o a la aparición de mutaciones que confieren resistencia al fármaco utilizado. El paciente fue adherente durante todo el tratamiento. Se realizó nuevo estudio de caracterización de la polimerasa del HBV por secuenciación directa, cuyo informe fue: para ETV se encontraron las mutaciones L180M y M204V; para Tenofovir (TDF) no hubo mutaciones. Con el resultado se interpretó resistencia primaria a ETV. Se decidió agregar a su esquema terapéutico TDF. DISCUSION. El tratamiento con ETV hizo que el HBV-DNA disminuya haciendo luego un rebote virológico a los 3 años en un paciente adherente. Las dos sustituciones asociadas con resistencia a ETV según el estudio de secuenciación se desarrolló intratratamiento, ya que no estaban presentes antes del inicio del fármaco. La resistencia debe ser identificada realizando un monitoreo del HBV-DNA. La identificación y caracterización de mutaciones de resistencia son fundamentales para una adecuada estrategia de tratamiento.

EP-20

INMUNODEFICIENCIA EN LA ENFERMEDAD CELIACA

Castro, J^(1,2); castillo, g⁽¹⁾; orellana, l⁽³⁾; silva, n⁽¹⁾; Barrios, r⁽¹⁾; Varela, d⁽¹⁾; caruso, g⁽¹⁾; zarate, f⁽¹⁾
 (1)gastroenterología, hospital cordoba. Córdoba Capital, Argentina. (2)Córdoba Capital. (3)alergia e inmunología, hospital de niños. Córdoba Capital, Argentina.

Introducción: La inmunodeficiencia común variable, es un grupo heterogéneo de enfermedades causadas por hipogammaglobulinemia sintomáticas clínicamente relevantes en los adultos y de origen desconocido. Se estima una prevalencia 1/25.000 afecta por igual a ambos sexos. La mayoría son casos esporádicos y solo el 10-20% de origen familiar autosómica dominante. Se caracteriza por la deficiencia en la síntesis de la inmunoglobulina (Ig) que se expresa con niveles bajos de IgG con disminución de IgA Y/O IgM. Su defecto principal es la falla en la diferenciación de linfocitos B aunque también altera las células T y las células dendríticas. Entre el 9 - 40% presentan diarrea y malabsorción de grasas alimentarias, hidratos de carbono, vitamina B12 y folatos. Objetivo: presentar un caso clínico de un paciente con inmunodeficiencia común variable. Caso clínico: paciente masculino de 45 años de Córdoba con antecedentes de enfermedad celiaca diag. Hace 9 años, infecciones respiratorias y gastrointestinales a repetición, profesión gasista. El paciente viene a control endoscópico de su enfermedad celiaca. Veda: pólipo gástrico e hiperplasia nodular linfoide vs linfoma? Biopsia: informan muestra de pólipo vinculable con adenoma tubular con displasia de bajo grado. Muestra duodenal proceso linfoproliferativo. Laboratorio IgA sérica: no dosable. IgG sérica: 353 VN (549-1584). IgM sérica: 11 VN (23-259). Enteroscopia: se observa en todo el trayecto mucosa con nódulos hiperplásicos entre 2 y 5 mm. Video colonoscopia: se cánula íleon terminal donde presenta nódulos hiperplásicos, mucosa de todo el trayecto colónico con disminución de trama vascular, paquetes hemorroidales congestivos. Conclusión: la inmunodeficiencia común variable es una rareza con alta variabilidad clínica, y alrededor del 25% desarrollan fenómenos autoinmunes, presentando un riesgo mayor de desarrollar neoplasias malignas gastrointestinales y linfoides, especialmente linfoma no Hodgking. La hiperplasia nodular linfoide se asocia frecuentemente a la inmunodeficiencia y se debe al acumulo de cel. Plasmáticas debido a un defecto de la maduración de los linfocitos B para compensar un inadecuado funcionamiento del tejido linfoide intestinal. El tratamiento con Ig no previene la enfermedad solo reduce el número de infecciones bacterianas y aumenta la sobrevida. El riesgo de muerte en 11 veces mayor con complicaciones no infecciosas tales como linfoma, hepatitis crónica, enfermedad pulmonar estructural y enfermedad gastrointestinal crónica. En el caso de bronquiectasias realizar esputo cada 6 meses, evaluar las poblaciones de CD3, CD4, CD8, CD19 Y CD56 Y controlar la respuesta a vacunas (tétanos, difteria, hepatitis, pneumococo). inmunohistoquímica

anticuerpos	resultados
CD 20	+ en acúmulos linfoides
CD3	+
CD45	+
BCL2	- En cel. centrofoliulares

EP-21

UNA CAUSA INUSUAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Bedini, MP⁽¹⁾; Butti, AL⁽¹⁾; Gorordo Ipiña, RC⁽¹⁾; Trakál, E⁽¹⁾; Trakál, JJ⁽¹⁾; Zárate, FE⁽¹⁾; Sambuelli, RH⁽²⁾; Paéz, WF⁽³⁾; Viscido, GR⁽³⁾; Doniquian, AM⁽³⁾; Alvarez, FA⁽³⁾
 (1)Gastroenterología, Clínica Universitaria Reina Fabiola. Córdoba, Argentina. (2)Anatomía Patológica, Clínica Universitaria Reina Fabiola. Córdoba, Argentina. (3)Cirugía General, Clínica Universitaria Reina Fabiola. Córdoba, Argentina.

El paraganglioma gangliocítico (PG) es un raro tumor neuroendocrino localizado en el ID, principalmente en la segunda porción duodenal. Su manifestación clínica más frecuente es la hemorragia digestiva. Su diagnóstico histológico se caracteriza por la proliferación de células epitelioides, ganglionares y fusiformes. Caso clínico: Mujer de 55 años de edad, sin APP previos, consultó por melena, epigastalgia y anorexia. El examen físico reveló dolor a la palpación en epigastrio. El laboratorio de ingreso fue normal. Una VEDA fue realizada sin encontrar causa de sangrado digestivo. Después de la admisión, presentó tres episodios de hematoquecia con descompensación hemodinámica. Una angio-TAC reveló la presencia de una lesión polipoidea con sangrado activo e intususcepción en el yeyuno proximal por lo que se decidió una laparoscopia de urgencia. En la exploración laparoscópica, la intususcepción fue resuelta espontáneamente y la lesión no pudo ser localizada después de realizar la palpación completa del intestino delgado con instrumentos laparoscópicos. Se realizó una VEDA intraoperatoria con asistencia laparoscópica utilizando un colonoscopio pediátrico, la cual reveló un pólipo ulcerado con estigmas de sangrado activo en el yeyuno proximal, inmediatamente después del ángulo de Treitz, de 2 x 1 x 1,5 cm de diámetro. Fueron realizados varios intentos de extirpación endoscópica sin éxito, por lo que se decidió la resección quirúrgica. Con el objetivo de realizar un enfoque mínimamente invasivo, se efectuó una movilización completa del ángulo de Treitz con tijeras laparoscópicas para facilitar la exteriorización del asa yeyunal que contenía el tumor. Después de una pequeña extensión de la incisión umbilical, la primera asa fue exteriorizada y se realizó una pequeña enterotomía. Luego de ligar y cauterizar su base, la lesión fue completamente resecada. El paciente presentó excelente evolución clínica y fue dado de alta al quinto día postoperatorio. El examen histopatológico reveló un tumor submucoso ulcerado compuesto por un nido de células epitelioides, fusiformes y ganglionares. Con las técnicas de inmunohistoquímica, las células fusiformes fueron fuertemente positivas para proteína S-100, las epitelioides y ganglionares para cromogranina A y sinaptosina. Los márgenes quirúrgicos fueron libres de tumor. Estos hallazgos histopatológicos fueron consistentes con el diagnóstico de PG yeyunal. Conclusión: El PG debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de cada paciente con sangrado gastrointestinal y tumor polipoideo submucoso. Debido a que representa un tumor usualmente benigno, la remoción endoscópica o la resección simple quirúrgica local es considerada el tratamiento apropiado en la mayoría de los casos. Si la resección quirúrgica es necesaria, un enfoque mínimamente invasivo es una alternativa posible y segura en manos experimentadas.

SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Arias, ÁH⁽¹⁾; Echarren, N⁽²⁾; Gambino, Á⁽²⁾; Goldar, MS⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Gral. Manuel Belgrano. San Martín, Argentina. (2)Dermatología, Gral. Manuel Belgrano. San Martín, Argentina.

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es una poliposis de baja incidencia, de origen hereditario autosómico dominante en el 70% de los casos, mientras que el 30% restante es el resultado de mutaciones espontáneas del gen STK 11/LKB 1. Caracterizado por máculas pigmentadas cutáneo mucosas y pólipos hamartomatosos en el tracto digestivo. Sin diferencia en sexo ni razas. Con predisposición a diversas neoplasias, del tubo digestivo, aparato genital y páncreas. El diagnóstico se hace en pacientes con pólipos hamartomatosos y con al menos 2 de las siguientes características: 1) depósitos labiales de melanina, 2) historia familiar del síndrome y 3) pólipos del intestino delgado. **OBJETIVO:** Exponer las manifestaciones clínicas y endoscópicas de un caso de SPJ esporádico. **CASO:** Paciente femenina de 18 años que es derivada por el servicio de dermatología por presentar máculas milimétricas hiperpigmentadas en labios y mucosa oral. Sin antecedentes patológicos conocidos, con historia de dolor abdominal difuso. Al examen físico lesiones hiperpigmentadas en labios, mucosa oral, región palmar y plantar. Biopsia de dichas lesiones que informan, fragmento cutáneo con acantosis y papilomatosis con presencia de melanófagos. Se realiza VEDA que evidencia pólipos gástricos y duodenales de diferentes tamaños; anatomía patológica de pólipo gástrico, pólipo hamartomatoso sin displasia y VCC: pólipo pediculado de 3 cm de diámetro en colon ascendente cuya anatomía patológica informa pólipo hamartomatoso ulcerado no displásico. Tránsito de delgado: pasaje de contraste desde estómago a válvula ileocecal. Mucosa en patrón de empedrado a predominio de yeyuno proximal, dilatación en ciertas porciones del trayecto y engrosamiento de pliegues asimétricos de yeyuno e íleon. Múltiples imágenes de defecto de relleno de aspecto polipoide a predominio de duodeno y yeyuno. Sin lesiones estenosantes. En la ecografía mamaria se evidencia en mama derecha, hora IX, nódulo sólido oval hipocóico, con márgenes circunscriptos, de 18 x 7 mm. Doppler periférico (+). Mama izquierda sin lesiones y axilas sin adenopatías. BR 3. Ecografía TV sin alteraciones. **CONCLUSIÓN:** Se presenta el caso por ser el SPJ una patología infrecuente, con requerimiento de múltiples intervenciones, considerándose que el 43% de las muertes en menores de 30 años es secundario a complicaciones agudas por la poliposis (intususcepción, oclusión, etc) y después de los 30 años por cáncer de colon, mama, páncreas y genitales. Además como consecuencia de las resecciones quirúrgicas intestinales secundarias a las complicaciones se puede generar un potencial Síndrome de malabsorción. Es necesario respetar un programa de vigilancia apropiado en pacientes con SPJ para prevenir o realizar diagnóstico precoz de las neoplasias asociadas. Se propone la siguiente TABLA.

Guía de Seguimiento para SPJ

Sitio	procedimiento	inicio	Intervalo-años
Estómago-int delgado	VEDA-tránsito delgado	10 años	2
Seno	Examen mamario	25 años	1
	mamografía	25 años	2-3
testículo	Examen testicular	10 años	1
Ovario - útero	Examen-eco pélvica	20 años	1
páncreas	Eco-ecoendoscopia	30 años	1-2

EP-23

LESIONES SÓLIDAS DE PÁNCREAS: VARIABILIDAD DIAGNÓSTICA ENTRE CITO-PATÓLOGO EXPERTO Y GENERALISTA EN EL ANÁLISIS DE MUESTRAS OBTENIDAS POR PUNCIÓN CON AGUJA FINA GUIADAS POR ECOENDOSCOPIA

Hwang, HJ⁽¹⁾; Kujaruk, M⁽²⁾; Tassi, V⁽³⁾; Chafloque, A⁽³⁾; Suarez, C⁽³⁾; Malaga, I⁽¹⁾; Curvale, C⁽¹⁾; Matano, R⁽¹⁾

(1)Servicio de gastroenterología, Hospital de Alta Complejidad El Cruce. Florencio Varela, Argentina. (2)Hospital de gastroenterología Bonorino Udaondo, caba. (3)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Alta Complejidad El Cruce. Florencio Varela, Argentina.

Introducción: La punción aspirativa con aguja fina guiada por ultrasonografía endoscópica (USE-PAAF) es una herramienta indispensable para la adquisición de material citológico en el diagnóstico de lesiones sólidas pancreáticas. La USE-PAAF tiene una sensibilidad y especificidad elevada. Sin embargo, puede presentar resultado falso negativo para malignidad entre 20 y 40% de los casos. Los factores son múltiples, entre ellos la experiencia del cito-patólogo. **Objetivo:** evaluar la variabilidad inter-observador entre un cito-patólogo experto en patología pancreática y cito-patólogos generalistas respecto a muestras de lesiones sólidas de páncreas obtenidas por USE-PAAF. **Materiales y métodos:** estudio retrospectivo y observacional de pacientes con lesiones sólidas de páncreas en quienes se realizaron USE-PAAF sin patólogo in situ. Se utilizaron agujas de punción de 22 gauge. Las muestras fueron procesadas y analizadas inicialmente por 3 cito-patólogos generalistas (no especializados en patología pancreática) del Hospital El Cruce. Posteriormente las mismas muestras fueron re-evaluadas a ciegas (sin conocer resultados previos ni datos clínicos del paciente) por una patóloga experta (más de 20 años de experiencia) en citopatología pancreática del Hospital de Gastroenterología. El diagnóstico se clasificó en resultado negativo y positivo para células neoplásicas. Para el análisis de la variabilidad inter-observador se compararon los resultados entre el cito-patólogo experto vs generalista utilizando el coeficiente kappa. **Resultados:** se incluyeron 32 pacientes; edad (mediana): 63 años (IQ: 53 a 70,5 años); sexo masculino: 21 (65,6%); tamaño de la lesión pancreática (media±DS): 47,9 ± 19,6 mm. Los resultados de los cito-patólogos generalistas fueron: negativos en 17 casos (53,1%) y positivos en 15 (46,9%). Los resultados en la re-evaluación por la cito-patóloga experta fueron: negativos en 15 (46,9%) casos y positivos en 17 (53,1%). Hubo una diferencia en el diagnóstico en 6 pacientes (18,7%): 4 fueron diagnosticados negativos inicialmente y en la re-evaluación fueron positivos; 2 fueron positivos inicialmente y en la re-evaluación fueron negativos. El coeficiente kappa fue 0,626 por lo que la concordancia diagnóstica entre los cito-patólogos generalistas vs el experto fue buena. **Conclusión:** en nuestro estudio observamos que la concordancia en el diagnóstico entre los cito-patólogos generalistas y el experto fue buena. La variabilidad inter-observador fue en casi 1/5 de los casos.

EP-24

ENFERMEDAD HEPÁTICA AUTOINMUNE INDUCIDA POR NITROFURANTOINA

Ferrari, A⁽¹⁾; Hernandez, N⁽²⁾; Arrese Jimenez, M⁽³⁾; Paraná, R⁽⁴⁾; Medina Cadiz, I⁽⁵⁾; Roblez Diaz, M⁽³⁾; Stephens, C⁽⁶⁾; Rídruejo, E⁽⁷⁾; Mendizabal, M⁽⁸⁾; Jaureguizar, F⁽¹⁾; Bulaty, S⁽¹⁾; Galimberti, A⁽¹⁾; Trevizan, V⁽¹⁾; Pascual, J⁽¹⁾; Piñero, G⁽¹⁾; Caballini, P⁽¹⁾; Carbonetti, G⁽¹⁾; Tanno, F⁽¹⁾; Tanno, M⁽¹⁾; Reggiardo, MV⁽¹⁾; Vorobioff, J⁽¹⁾; Lucena, MI⁽⁶⁾; Andrade, RJ⁽⁹⁾; Bessone, F⁽¹⁾

(1)Gastroenterología y Hepatología, Hospital Provincial del Centenario. Rosario, Argentina. (2)Servicio de Gastroenterología, Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay. (3)Hepatología, Universidad de Chile. Santiago de Chile, Chile. (4)Hepatología, Universidad Federal de Bahía. Salvador de Bahía, Brasil. (5)Unidad de Hepatología, H. U. Virgen de la Victoria. Facultad de Medicina. Málaga, España. (6)Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina. Málaga, España. (7)Hepatología, Centro de Educación Médica e Investigación Norberto Quirno (CEMIC). Buenos Aires, Argentina. (8)Unidad de Hepatología y Trasplante, Hospital Austral. Buenos Aires, Argentina. (9)Servicio Gastroenterología y Hepatología, Facultad de Medicina. Málaga, España.

Introducción: La Nitrofurantoina (NF) es un antibiótico sintético utilizado para el tratamiento y profilaxis de las infecciones urinarias. Esta es la serie más numerosa comunicada hasta la actualidad. **Objetivo:** Caracterizar el espectro fenotípico y la evolución de un grupo de pacientes (pts) con hepatotoxicidad inducida por NF. **Métodos:** Se presentan 18 pts que desarrollaron enfermedad hepática por NF pertenecientes a los Registros Latinoamericano (n=16) y Español (n=2) de hepatotoxicidad. Se descartaron otras causas de injuria hepática (viral, infecciosa, autoinmune, metabólica, obstructiva, alcohol e isquémica). Se analizaron características demográficas, dosis, presentación clínica, laboratorio hepático y evolución. La valoración de causalidad se realizó por la escala RUCAM. Para el estudio estadístico se utilizó el Test exacto de Fisher y U-Mann Whitney. **Resultados:** Dieciocho mujeres (edad 60±13 (SD) años, rango: 28-86). La dosis de NF utilizada como profilaxis de infección urinaria fue de 100 mg/día en 14 (80%) de los pts. La latencia promedio fue 548±726 días. Once (61%) pts presentaron ictericia. Quince (83%) desarrollaron daño hepatocelular y 3 (17%) colestático /mixto. El laboratorio hepático (veces x LSN) mostró ALT 26±30, AST 25±31, FAL 2.1±1.6 y bilirrubina total 6±7 mg/dL. El FAN fue (+) en 12 (67%) donde los títulos fueron mayores a 1/320 en 6 pts. Los AMT fueron (+) en 2 (11%) y el AML (+) en 3 (17%). Se observó eosinofilia en 4 casos (22%). Nueve (50%) pacientes requirieron hospitalización. El promedio de tiempo para la recuperación del laboratorio fue 176±284 días en 14/18 pts. Cuatro (22%) pts desarrollaron formas con características de hepatitis autoinmune que necesitaron corticoides y no se reactivaron luego de la suspensión. El índice de severidad mostró grado leve en 35% (6/18), moderado: 59% (11/18) y severo: 6% (1/18). No se constataron muertes ni trasplante hepático en ninguno de los casos. La escala de causalidad RUCAM fue: "probable" en 12(67%), "posible" en 3(17%) y "altamente probable" en 3 (17%). **Conclusiones:** La NF presentó daño predominantemente hepatocelular acompañado de características de autoinmunidad en el 70% de los casos. Cuatro pacientes presentaron un cuadro de hepatitis autoinmune indistinguible a la forma clásica y que resolvieron con terapia esteroidea.

EP-25

DISEÑO DE UN ENSAYO DE PCR EN TIEMPO REAL CUANTITATIVA PARA LA DETECCIÓN DE HELICOBACTER PYLORI EN MUESTRAS CLÍNICAS

Bucci, P⁽¹⁾; Tedeschi, F⁽¹⁾; Baroni, MR⁽¹⁾; Giani, R⁽¹⁾; Giusti, A⁽¹⁾; Jimenez, F⁽²⁾; Barbaglia, Y⁽²⁾; Zalazar, F⁽¹⁾

(1)Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe, Argentina. (2)Servicio de Gastroenterología, Hospital "Dr. J.M. Cullen". Santa Fe, Argentina.

Introducción. Helicobacter pylori (H. pylori) es el patógeno gástrico de más amplia distribución mundial y es aceptado como agente causal de gastritis crónica, enfermedad ulcero péptica y como un factor etiológico importante de carcinoma gástrico. Aunque el cultivo ha sido el método estándar para su detección, su sensibilidad es limitada; en consecuencia, distintos métodos de amplificación de ácidos nucleicos se han presentado en los últimos años como una alternativa más eficiente en términos de sensibilidad y especificidad. **Objetivo:** dado que se ha propuesto al gen hsp60 como un blanco sensible y específico para detectar H pylori (utilizando una PCR de punto final cualitativa) nos propusimos diseñar una reacción de PCR en tiempo real cuantitativa (qPCR) para este gen, para la detección de H. pylori en muestras clínicas. **Material y Métodos.** Análisis in silico: para el diseño de primers, utilizando el programa de acceso gratuito PrimerQuest Tool, se evaluaron secuencias alternativas para amplificar el gen hsp60 tomando como base la secuencia de ADN de la cepa de referencia H. pylori 26695. Para la confirmación de la identidad y especificidad de los oligonucleótidos cebadores seleccionados se utilizaron los programas de acceso gratuito on line Blast 2 secuencias 2.2.14 y Blastn. Ensayos de qPCR para el gen hsp60 de H. Pylori: para la preparación de la master mix de la qPCR se usó una mezcla comercial y los primers seleccionados previamente. El rango dinámico del ensayo se testeó con diluciones de un estándar (4,1 a 4.1x10⁵ copias/ul). Para evaluar especificidad se incluyeron muestras de ADN extraído de Campylobacter spp. y de Lactobacillus spp. Las reacciones se llevaron a cabo en un termociclador StepOne (Applied Biosystems). **Resultados:** del análisis in silico, que ofreció 3 pares alternativos de cebadores, se seleccionaron los que generaron un fragmento de 110pb, con temperatura de melting y contenido en GC similares y que reconocieron secuencias homólogas sólo en distintas cepas de H.pylori. Cuando se pasó a la etapa experimental, en todos los casos los perfiles de amplificación de los distintos estándares guardaron relación con el número de copias iniciales en cada uno de ellos. Las curvas correspondientes a estos estándares presentaron valores de Cq diferenciables de los controles de reactivos y de las muestras conteniendo ADN de otros microorganismos. Además, la homogeneidad en los perfiles de las curvas de disociación indicaría la ausencia de amplificación inespecífica, resultante de la presencia de dímeros de primers o autohibridación de los mismos. **Conclusiones:** Consideramos que este ensayo de Real Time cuantitativa (hasta nuestro conocimiento, el primero que utiliza el gen hsp60) posee una sensibilidad y especificidad adecuadas para ser utilizado en la detección de H. pylori en muestras clínicas y nos posibilitará establecer un valor de densidad del microorganismo sobre la mucosa gástrica.

PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES MEDIASTINALES

Perron, NS^[1]; Redondo, A⁽¹⁾; Martínez, ER⁽¹⁾; Cura, PH⁽¹⁾; Tufare, F⁽¹⁾; Villaverde, A⁽¹⁾
(1)Gastroenterología, HIGA San Martín. La Plata, Argentina.

Introducción:La ecoendoscopia (EUS) constituye actualmente una herramienta diagnóstica adicional para la detección y evaluación de lesiones mediastinales. Permite a través de punción aspiración con aguja fina (PAAF) la obtención de material citológico y/o histológico de aquellas lesiones ubicadas en mediastino posterior. Es un método mínimamente invasivo, con bajo porcentaje de complicaciones, y rédito diagnóstico aceptable, comparada con otras alternativas como la biopsia guiada por tomografía computada (TC) y la mediastinoscopia. Es útil en el diagnóstico diferencial de adenopatías mediastinales, en la estadificación de cáncer esofágico, unión esofagagástrica y pulmón. Varios estudios han demostrado que la PAAF incrementa la eficacia diagnóstica de la EUS en el estudio de adenopatías mediastinales, con sensibilidad 88-93% y especificidad 97-100%. **Objetivos:**Describir características técnicas de la PAAF guiada por EUS en el estudio de lesiones mediastinales, utilizadas en nuestro centro. Evaluar eficacia diagnóstica y complicaciones. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo observacional, sobre una serie de 11 pacientes con hallazgo de lesiones mediastinales en TC, que se realizaron EUS con PAAF, entre enero 2015 y diciembre 2017, en un centro de salud de tercer nivel. Se utilizó ecoendoscopia lineal para caracterizar y evaluar las lesiones. La PAAF se realizó con agujas de 19 o 22G, con utilización de modalidad doppler y diferentes técnicas (abanico, número de pases mayor a tres, capilaridad y aspiración) para optimizar la toma de muestra. El estudio histológico se llevó a cabo en el servicio de patología del mismo hospital y en centro privado, sin disponer de médico patólogo en sala de endoscopia. Se describieron las características y localización de las lesiones, se calculó eficacia según el rédito diagnóstico obtenido y se evaluaron las complicaciones. **Resultados:** Se analizaron 11 EUS con PAAF para evaluación de lesiones mediastinales en 11 pacientes, de los cuales 7 eran hombres (63.6%) y 4 mujeres (36.4%). La media de edad fue 62.8 años. En cuanto a localización de las lesiones 8 se hallaban en espacio subcarinal (72.7%), 2 en ventana aortopulmonar (18.2%) y 1 paraesofágico (9.1%). Todas las lesiones tuvieron diagnóstico presuntivo de adenopatías en rango adenomegalia mayores a 10 mm, 5 eran mayores a 30 mm (45.4%). Se utilizó aguja de 22G en 10 punciones y solo en 1 aguja de 19G. En todos los procedimientos se realizó más de tres pases de aguja, técnica de fanning y método de aspiración y capilaridad combinados. El rédito diagnóstico se obtuvo en 10 de las lesiones (90.9%), de los cuales 7 demostraron enfermedad maligna (63.6%). No hubo complicaciones asociadas al procedimiento. **Conclusión:** Como ya se ha demostrado en la bibliografía, la punción aspiración con aguja fina guiada por ecoendoscopia es un método seguro y eficaz en el diagnóstico diferencial de adenopatías mediastinales.

EP-27

UNA POSIBLE ALTERACIÓN EN LA SEÑALIZACIÓN POR RESISTINA EN CÉLULAS INMUNOLÓGICAS PODRÍA CONTRIBUIR CON LA INMUNOPATOGÉNESIS DE LA HEPATOPATÍA GRASA NO ALCOHÓLICA

García, CC⁽¹⁾; Alegre, NS⁽¹⁾; Baz, P⁽¹⁾; Benavides, J^[2]; Colombaro, L⁽²⁾; Poncino, D⁽³⁾; García, D⁽³⁾; Cherniavsky, AC⁽¹⁾

(1)Instituto de Inmunología, Genética y Metabolismo, CONICET-UBA-FFyB-Hospital de Clínicas "José de San Martín". CABA, Argentina. (2)Sección hepatología, servicio de gastroenterología, Hospital Británico de Buenos Aires. CABA, Argentina. (3)Sección hepatología, Sanatorio Méndez ObSBA. CABA, Argentina.

El estrés oxidativo es uno de los mecanismos clave que llevan al daño hepático y a la progresión de la Hepatopatía Grasa No Alcohólica (HeGNA). En este contexto, el alto contenido lipídico presente en el hígado determina el aumento en la oxidación de los ácidos grasos y la sobreproducción de especies reactivas del oxígeno (ERO). La resistina (Res) se encuentra elevada tanto en plasma como en el hígado de pacientes con HeGNA. Si bien se conoce que Res es producida por células inmunológicas, su efecto sobre las mismas aún es controversial. Nuestro objetivo fue evaluar el efecto de Res sobre los niveles de ERO en células monocitoculares de sangre periférica (CMSP) y la capacidad de Res de modular la producción de ERO inducida por ácidos grasos. Se incluyeron 20 individuos control y 20 pacientes con diagnóstico confirmado de HeGNA mediante análisis histopatológico de la biopsia hepática o por ecografía. Para evaluar el efecto de Res sobre los niveles de ERO, CMSP se cultivaron en presencia o ausencia de Res a concentraciones fisiológicas (20 ng/ml) durante 24 h. Para evaluar la capacidad moduladora de Res sobre el estallido respiratorio, éste se indujo con ácido palmítico (AP, 200 mM), ácido oleico (AO, 200 mM) o ácido linoleico (AL, 100 mM) en presencia o ausencia de Res durante 30-60 min. La detección de ERO se llevó a cabo por citometría de flujo usando la sonda 2'-7'-dichlorodihidrofluoresceína. Las poblaciones de monocitos (Mo) y linfocitos T (LT) se identificaron con anticuerpos específicos. Dentro de cada grupo experimental, el efecto de Res se evaluó mediante el test de Wilcoxon o el test de Friedman con post-test de Dunn. Para la comparación entre pacientes y controles se utilizó el test de Mann Whitney. Res indujo una disminución en los niveles de ERO en Mo (p=0,001) y LT (CD4⁺: p=0,001 y CD8⁺: p=0,001) provenientes de controles. Dicha disminución no ocurrió en Mo y LT de pacientes con HeGNA, dando como resultado mayores niveles de ERO en presencia de Res (p=0,01; p<0,01; p=0,01 vs. controles). Res previno la producción de ERO inducida por AP en Mo (p<0,05) y LT (CD4⁺: p<0,05; CD8⁺: p<0,01) de controles. También previno la producción de ERO inducida por AO y AL en Mo (p<0,05 y p<0,05). En células provenientes de pacientes, en cambio, Res no previno el estallido respiratorio inducido por los ácidos grasos. Así, en presencia de Res, Mo provenientes de pacientes con HeGNA mostraron mayor producción de ERO al ser estimulados con AP (p<0,05), AO (p<0,01) y AL (p<0,05) que aquellos provenientes de controles. De manera similar, LT de pacientes presentaron mayores niveles de ERO que los LT control al ser estimulados con AP (CD4⁺: p<0,01; CD8⁺: p<0,05). La mayor producción de ERO observada en leucocitos provenientes de pacientes con HeGNA sería consecuencia de una posible alteración en la señalización por Res en células inmunológicas. Esta alteración podría contribuir con la inmunopatogénesis de las HeGNA.

PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA DE LESIONES SÓLIDAS DE PÁNCREAS: COMPARACIÓN DE RESULTADOS ENTRE CENTROS CON Y SIN CITO-PATÓLOGO IN SITU

Hwang, HJ^[1,2]; Málaga, I⁽¹⁾; Curvale, C⁽¹⁾; Kujaruk, M⁽³⁾; Tassi, V⁽¹⁾; Ruda, V⁽⁴⁾; Licciardello, M⁽⁴⁾; Monti, C⁽⁴⁾; Caruso, S⁽⁴⁾; Perli, G⁽⁵⁾; Colombo, P⁽⁴⁾; Nachman, F⁽⁵⁾; Matano, R⁽¹⁾
(1)Servicio de gastroenterología, Hospital de Alta Complejidad El Cruce. Florencio Varela, Argentina. (2)Hospital Churrucá Visca. (3)Hospital de Gastroenterología Bonorino Udaondo. Caba, Argentina. (4)Hospital Churrucá Visca. caba, Argentina. (5) Fundación Favaloro. caba, Argentina.

Introducción: La punción aspirativa con aguja fina guiada por ultrasonografía endoscópica (USE-PAAF) es una herramienta indispensable para la adquisición de material citológico e histológico en el diagnóstico de lesiones sólidas pancreáticas. Varios factores influyen en el rendimiento diagnóstico de la punción, uno de los más importantes es la presencia del cito-patólogo durante el procedimiento quien evalúa la adecuación de la muestra y su positividad para células neoplásicas. **Objetivo:** comparar los resultados de nuestra experiencia de USE-PAAF entre centros con y sin disponibilidad de cito-patólogo durante el procedimiento. **Material y método:** estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico. Se incluyeron todas las USE-PAAF de lesiones sólidas pancreáticas realizadas durante 2016 y 2017. Se compararon los resultados de la punción entre centros con y sin disponibilidad de cito-patólogo in situ: Grupo A con cito-patólogo presente (Fundación Favaloro y Hospital Churrucá-Visca) y Grupo B sin cito-patólogo (Hospital El Cruce). Se utilizaron agujas de 22 gauge y se realizaron en forma combinada las técnicas de punción en abanico, estándar y húmeda en todos los procedimientos. Todas las punciones fueron realizadas por el mismo ecoendoscopista, sin embargo, el análisis citológico y del bloque celular fue realizado por diferentes cito-patólogos de los centros participantes y la colaboración de una patóloga experta como consultora (Hospital Udaondo). **Resultados:** se realizaron en total 131 USE-PAAF. Grupo A: 54 pacientes (edad: 65,7±12 años; sexo masculino: 51,9%; tamaño de la lesión: 34,5±15 mm; pases: mediana 3) y Grupo B: 77 pacientes (edad: 60,5±13 años; sexo masculino: 54,6%; tamaño de la lesión: 42,8±16,7 mm; pases: mediana 3). Los resultados de la citología e histología del bloque celular fueron positivos para el diagnóstico de neoplasia en: Grupo A 77,8% (adenocarcinoma de páncreas: 74% y tumor neuroendócrino: 19%) y Grupo B 58,5% (adenocarcinoma de páncreas: 91%) con diferencia estadísticamente significativa (p = 0,034). El OR entre ambos grupos (A/B) fue 2,5 (IC 95%: 1,13-5,46). **Conclusión:** en este estudio observamos que la presencia del cito-patólogo en el procedimiento de USE-PAAF de lesiones sólidas pancreáticas fue importante para obtener mayor rédito diagnóstico.

EP-29

PERFORMANCE DIAGNOSTICA DE LA ECOENDOSCOPIA CON PUNCIÓN EN EL DIAGNOSTICO DE LOS TUMORES SOLIDOS PANCREATICOS

Oria, J^[4]; Pizzala, JE⁽¹⁾; Villaverde, A⁽¹⁾; Pasqua, A⁽¹⁾; Gimenez, F⁽¹⁾; Montanelli, J⁽¹⁾; Marcolongo, M⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Hospital Italiano de Buenos Aires. buenos aires, Argentina.

Introducción: La ecoendoscopia con punción (EUS-FNA) ha revolucionado el diagnóstico preoperatorio de los tumores pancreáticos, siendo actualmente el procedimiento de elección en muchos centros. **Objetivos:** Determinar la performance diagnóstica de la EUS FNA para el diagnóstico de tumores sólidos pancreáticos un hospital de la comunidad. **Materiales y métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de los registros informáticos de todas las ecoendoscopias digestivas realizadas entre Enero 2015 y Diciembre 2017. Se incluyeron los pacientes con diagnóstico de tumores pancreáticos sólidos que realizaron FNA. Se estimó la sensibilidad, especificidad, y valores predictivos para el resultado de la cito/histología obtenida por la punción, con el gold standard obtenido de la pieza quirúrgica, progresión de la enfermedad o muerte de acuerdo al seguimiento clínico de los pacientes. **Resultados:** De un total de 1002 ecoendoscopías realizadas, 606 fueron biliopancreáticas y de ellas 139 con diagnóstico de tumores pancreáticos sólidos. 25 pacientes fueron excluidos (20 no realizaron FNA y 5 se perdieron en el seguimiento). Finalmente se incluyeron 114 lesiones punzadas. La región cefálica fue la localización más frecuente (48,2%), la media de tamaño de los tumores fue de 3,5cm (rango 0,8cm-11cm). Los diagnósticos definitivos fueron: 100 tumores malignos (79 adenocarcinomas, 16 tumores neuroendocrinos, 4 metastasis de tumor renal, 1 linfoma) y 14 tumores benignos (12 pancreatitis crónica focal, 1 tumor solido pseudopapilar, 1 pancreatitis autoinmune). 30 pacientes fueron operados, 46 fallecieron por la enfermedad y 38 contaron con un seguimiento mayor a 6 meses. La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, y valor predictivo negativo de la EUS-FNA para el diagnóstico de los tumores sólidos pancreáticos fue 87% (IC 95% 78.8-92.9%), 92.3% (IC95% 64-99.8), 98.9% (93-100), 48% (27.8-68,7%) respectivamente. No se presentaron complicaciones relacionadas al procedimiento. **Conclusión:** La ecoendoscopia con punción es una herramienta segura y precisa para el diagnóstico preoperatorio de las lesiones sólidas pancreáticas y debería ser utilizado como método indispensable en la evaluación de las mismas.

EP-30**TUMOR GÁSTRICO DE INFRECUENTE OBSERVACION: CARCINOMA ADENOESCAMOSO**

Ponce, CS^(1,2); Lacuadra, MP⁽²⁾; Carraro, MC⁽²⁾; Rizzolo, M⁽³⁾; Zerbo, O⁽⁴⁾; Corti, R⁽⁵⁾
 (1)Unidad de Esófago y Estómago, Hospital Bonorino Udaondo. CABA, Argentina. (2) Medicina, Hospital Bonorino Udaondo. CABA, Argentina. (3)Oncología, Hospital Bonorino Udaondo. CABA, Argentina. (4)Endoscopia, Hospital Bonorino Udaondo. CABA, Argentina. (5)Esófago y Estómago, Hospital Bonorino Udaondo. CABA, Argentina.

INTRODUCCIÓN: El adenocarcinoma (AC) es el tipo histológico más común de cáncer gástrico primario, mientras que el carcinoma adenoescamoso (CAE) primario de estómago es extremadamente raro. Representa menos del 1% de todos los cánceres gástricos y se caracteriza por presentar la coexistencia de dos componentes celulares diferentes, uno adenomatoso y otro escamoso, dentro del mismo tumor. Suele afectar a hombres entre 30-80 años. La mayoría (45%) se localiza en el tercio inferior del estómago. La gastrectomía radical es el tratamiento de elección para la enfermedad local sin metástasis a distancia, y la quimioterapia es efectiva para CAE gástrico avanzado; sin embargo, no hay consenso sobre la estrategia óptima a utilizar. **OBJETIVO:** Presentación de un caso clínico. **CASO CLÍNICO:** Varón de 36 años, enolista, con consumo habitual de antiinflamatorios no esteroides, consulta por melena, epigastralgia y pérdida de peso de dos meses de evolución. Al examen físico: taquicardia, palidez cutánea mucosa. Laboratorio: anemia, hipoalbuminemia, marcadores tumorales negativos. Videoescopia digestiva alta informa en curvatura menor y antro lesión excavada de dos centímetros de diámetro, de bordes irregulares con fibrina y coágulos, friable y dura a la toma de biopsia; estómago de retención. Anatomía patológica: carcinoma adenoescamoso. Tomografía de tórax, abdomen y pelvis: retención de contenido gástrico a expensas de engrosamiento irregular antropilórico, adenopatías en epiplón menor y en región subcardial de 16 mm. Sin líquido libre. Se decide realizar gastrectomía subtotal, colectomía transversa con colostomía y fistula mucosa y se otorga alta hospitalaria. Fue dado de alta en plan de quimioterapia y radioterapia. En un lapso de tres meses evoluciona desfavorablemente requiriendo nueva internación por dolor abdominal, leucocitosis y patrón de colestasis en el laboratorio, en ecografía abdominal a nivel hepático múltiples imágenes nodulares de aspecto necrótico, comatible con secundarismo. Continuo seguimiento por servicio de cuidados paliativos, evoluciono desfavorablemente. **CONCLUSIÓN:** Si bien el comportamiento biológico del CAE gástrico está determinado principalmente por el componente adenomatoso, el pronóstico de este tumor es menos favorable que el del AC gástrico puro por encontrarse en la mayoría de los casos, en un estadio más avanzado al momento del diagnóstico, como consecuencia de un compromiso tumoral más extenso y por la mayor frecuencia de metástasis vasculares y linfáticas.

EP-31**MALFORMACIÓN DE ABERNETHY: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Bilder, H⁽¹⁾; Bellizzi, C⁽¹⁾; Calzetta, P⁽¹⁾; Martinez, A⁽¹⁾; Curras, A⁽¹⁾
 (1)Gastroenterología, Htal Fernández. C.A.B.A, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La Malformación de Abernethy o shunt portosistémico congénito es una patología muy poco frecuente. Existen dos tipos: Tipo I (shunt termino-lateral) con ausencia total de flujo portal intrahepático. Predomina en mujeres y se asocia con poliesplenía, malrotación y cardiopatía. El tipo II (shunt laterolateral) con flujo portal parcialmente conservado es más raro, afecta a ambos sexos y no suele presentar malformaciones asociadas; clínicamente puede ser asintomático o manifestarse con alteraciones analíticas como colestasis (especialmente en periodo neonatal) y elevación de transaminasas, ácidos biliares y amonio. La encefalopatía hepática es una complicación en ambos tipos en la edad adulta. La angiorresonancia es el mejor método para el diagnóstico. La biopsia hepática nos muestra trayectos portales con discreta vascularización y conductos biliares, pero con ausencia de ramas portales, además de senos perivenulares con atrofia parenquimatosa. El trasplante hepático es el único tratamiento descrito para el tipo I cuando se vuelve sintomático. La ligadura del shunt es una opción quirúrgica para el tipo II. La encefalopatía hepática y la morbimortalidad asociada a la hipertensión portal son complicaciones de ésta malformación. **OBJETIVO:** Presentar un paciente con esta patología poco frecuente. **CC:** Varón de 23 años con antecedente de malformación Porto cava. En tratamiento intermitente con Polietilenglicol y Rifaximina. Consulta por alteración de ritmo sueño vigilia, refiriendo además, episodios de ansiedad repetidos en los últimos meses. Examen físico sin particularidades. Laboratorio: Pla: 126000 TP: 56% Kprt: 30⁻ BT: 2.6 TGP: 34 TGO: 36 FAL: 80 Alb: 3.9 Amonemia: 83 (VN: 20). RNM Cerebro: Sin lesiones. Eco: Hígado tamaño disminuido, ecoestructura heterogénea difusa. Esplenomegalia. VCI y Suprahepáticas con flujo conservado. Sin circulación colateral ni ascitis. AngioTC: Hígado con escasa representación de segmento V. Esplenomegalia homogénea. AHI originada en TC y AHD de AMS. Shunt entre rama izq de Vena Porta y VCI intrahepática con saculación vascular en dicha localización (57x38 mm). Venas suprahepáticas permeables. No se identifica suprahepática derecha. **VEDA:** Gastropatía hipertensiva leve. Se interpreta el cuadro como Encefalopatía tipo B, grado II, recurrente, espontánea secundaria a Malformación de Abernethy tipo II. Se optimiza tratamiento rotando medicación a Lactulol más Rifaximina con buena respuesta clínica por lo que se descarta conducta quirúrgica actual. **CONCLUSIONES:** El diagnóstico de este tipo de malformaciones puede ser accidental, aunque hay que tenerlo presente en niños con hepatopatías inespecíficas. Si bien es una patología infrecuente puede producir complicaciones graves como encefalopatía y tumores hepáticos. El tratamiento debe ser precoz para prevenir e incluso revertir las complicaciones evitando el trasplante hepático.

EP-32**ADENOCARCINOMA GÁSTRICO ASOCIADO A BICITOPENIA Y HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**

Trévizan, V⁽¹⁾; Bulaty, S⁽¹⁾; Jaureguizar, F⁽¹⁾; Galimberti, A⁽¹⁾; Ferrari, A⁽¹⁾; Pascual, J⁽¹⁾; Piñero, G⁽¹⁾; Montero, J⁽¹⁾; Reggiardo, MV⁽¹⁾; Tanno, M⁽¹⁾; Tanno, F⁽¹⁾; Vorobioff, J⁽¹⁾; Bessone, F⁽¹⁾; Ruffinengo, O⁽¹⁾
 (1)Gastroenterología, Hospital Provincial del Centenario. Rosario, Argentina.

INTRODUCCIÓN: El cáncer gástrico (CG) es uno de los tumores más frecuentes y representa la segunda causa de muerte por cáncer en todo el mundo. La incidencia está en ligero descenso, sobre todo por el manejo de algunos de los factores implicados en su etiopatogenia como la erradicación de *Helicobacter pylori* (HP). Existen dos tipos histológicos de adenocarcinoma gástrico: el intestinal y el difuso. La localización más frecuente del CG es el antro gástrico, y la mayoría de los casos se diagnostican en estadios avanzados por síndrome constitucional y epigastralgia. Las metástasis se producen en hígado, peritoneo, ganglios locorreionales y, a distancia, ovario, sistema nervioso central, hueso y pulmón. Si bien las metástasis óseas son raras, la afectación de la médula ósea ocurre con más frecuencia de lo que los hallazgos clínicos podrían predecir. Se observan típicamente en pacientes más jóvenes y aquellos con histología agresiva. El pronóstico es malo, ya que el diagnóstico se realiza en estadio localmente avanzado o metastásico. **OBJETIVO:** Reportar este caso dada la rareza de las metástasis de médula ósea del CG, y la presentación en un paciente joven. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 35 años, sin antecedentes personales que consulta por cuadro de un mes de evolución caracterizado por astenia, hiporexia y dispepsia. 24 horas previas a la consulta agrega melena y registros subfebriles. A nivel de laboratorio hemoglobina de 5,7 g/dl con ferropenia y 6300 plaquetas/mm³. **VEDA:** Úlcera de 1,5 cm en curvatura menor con coágulo adherido y babeo hemático asociada a importante rodete inflamatorio que deforma el antro. Se trata con inyección de adrenalina local y clips. Tomografía de abdomen y pelvis con contraste: Estomago: engrosamiento parietal circunferencial de la región corporal y antro gástrico con adenopatías circunferenciales. Anatomía patológica biopsia gástrica: mucosa gástrica con signos de moderada gastritis crónica focalmente ulcerada con grupos celulares con alteraciones correspondientes a adenocarcinoma. HP+. Punción aspiración de médula ósea: extenso fenómeno necro-hemorrágico con células epiteliales atípicas; compromiso metastásico por neoplasia epitelial poco diferenciada (adenocarcinoma). El paciente presenta mala evolución; complica con shock séptico por neumonía intrahospitalaria. Ingres a uti. Fallece. **CONCLUSIÓN:** El adenocarcinoma gástrico usualmente se diagnostica en fases avanzadas. Presenta baja incidencia en pacientes jóvenes sin antecedentes familiares y es rara la infiltración de la médula ósea.

EP-33**PERITONITIS ENCAPSULANTE ESCLEROSANTE IDIOPÁTICA: UNA FORMA DE PRESENTACIÓN CON SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS**

Oliveri, LS⁽¹⁾; De Paula, J⁽¹⁾; Santino, JP⁽²⁾; Miranda, JM⁽²⁾; Gonzalez, ML⁽¹⁾; Marcolongo, M⁽¹⁾
 (1)Servicio de gastroenterología, Hospital Italiano Buenos Aires. CABA, Argentina. (2) servicio de anatomía patológica, Hospital Italiano Buenos Aires. caba, Argentina.

INTRODUCCIÓN: Peritonitis encapsulante esclerosante idiopática (PEEI) es una condición infrecuente de obstrucción intestinal, caracterizado por un proceso inflamatorio crónico en el peritoneo que genera una membrana densa, fibro-colágena, que encapsula de forma parcial o completa el intestino delgado que incluso puede englobar el resto de los órganos sólidos abdominales. Se clasifica en primaria y secundarias, siendo esta última más frecuente como complicación de diálisis peritoneal (DP). El diagnóstico suele ser durante el intraoperatorio. **OBJETIVO:** Presentar un caso infrecuente de PEEI en contexto de síntomas gastrointestinales inespecíficos. **MATERIAL Y MÉTODOS:** CASO CLÍNICO: Paciente de 55 años sin antecedentes personales de relevancia, consulta por episodios recurrentes de dolor tipo cólico y distensión abdominal, asociado a saciedad precoz, plenitud postprandial, vómitos y diarreas intermitentes, líquidas, explosivas, sin moco, ni sangrado, de 9 meses de evolución, asociado a hiporexia y pérdida de peso del 40% del peso habitual. Al examen físico presenta abdomen globuloso con palpación de una masa compacta que impresionaba englobar a todo el contenido abdominal en forma de "bloqueo", indolora y sin reacción peritoneal. Laboratorio leucocitosis y aumento de parámetros inflamatorios. Se solicita una videoescopia alta sin lesiones, una entero resonancia magnética nuclear en la que se observa moderada dilatación de asas de intestino delgado, disminución de sus pliegues y engrosamiento difuso de sus paredes, con signos de restricción en difusión y realce con contraste, sin evidencia de causal obstructivo distal. Además, pequeña cantidad de líquido libre intra abdominal en hipocondrio izquierdo. Se realizó laparotomía, constatándose la presencia de una membrana peritoneal fibrosa, que se escindió y se realizaron la lisis de adherencias. Se tomaron biopsias de peritoneo, tejido fibroso denso, hipoceleular, con ocasionales acúmulos linfoides, hallazgos compatibles con peritonitis esclerosante. Sin complicaciones en el postoperatorio, dado de alta con meprednisona 20 mg/día y adecuada tolerancia a la dieta. **RESULTADOS:** **CONCLUSIÓN:** Presentamos este caso. El motivo de reportar este caso, es mostrar una patología que aunque es infrecuente y sin antecedentes de relevancia, desde el aspecto clínico y por imágenes, nos plantea diversos diagnósticos diferenciales, siendo fundamental la interpretación de las imágenes y exploración quirúrgica para diagnóstico y tratamiento.

A PROPÓSITO DE UN CASO: PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA (PTI) ASOCIADA A COLITIS ULCEROSA (CU)

Valdivia, MC¹; García Zigalini, CI¹; Zelarayan, ND¹; Navarro, AA²; Lombardo, CD²; Seoane, MdC³; Juárez Avignone, AS⁴
 (1)Residencia de Gastroenterología, Hosp Angel C Padilla. San Miguel de Tucumán, Argentina. (2)Servicio de Gastroenterología, Hosp Angel C Padilla. San Miguel de Tucumán, Argentina. (3)Servicio de Anatomía Patológica, Hosp Angel C Padilla. San Miguel de Tucumán, Argentina. (4)Servicio de Hematología, Hosp Angel C Padilla. San Miguel de Tucumán, Argentina.

INTRODUCCION: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se asocia a múltiples manifestaciones extraintestinales, y también a otros trastornos autoinmunes, entre ellos la PTI. Esta entidad es más común en la CU, con una prevalencia entre 0,1 y 0,48%, siendo menos frecuente su aparición antes del diagnóstico de EII. **OBJETIVO:** Presentar un caso clínico de EII asociada a PTI. **CASO CLINICO:** Paciente masculino de 44 años consulta en enero de 2016 por síndrome hemorrágico (melena, gingivorragia, sangrado de mucosa oral, petequias en cara, tronco y miembros) y bicitopenia (anemia con hemoglobina de 4,6 mg/dl y plaquetopenia 5000/mm³) Se realizó tratamiento empírico para PTI con 4 bloques de dexametasona con buena respuesta. VEDA: úlcera gástrica en curvatura menor de techo gástrico A1 con sangrado activo, se cauteriza. TAC de tórax, abdomen y pelvis sin patología. Continúa tratamiento ambulatorio con buena respuesta. Consulta nuevamente en septiembre del mismo año por diarrea sanguinolenta de 10 días de evolución y dolor abdominal. Coprocultivo con reacción inflamatoria negativa, parasitológico seriado de materia fecal negativo. Videocolonoscopia: pérdida de patrón vascular, granular, sangrado fácil y pseudopólipos hasta ángulo hepático, diagnóstico: colopatía inflamatoria. Biopsia escalonada: en fragmentos de colon transverso y descendente enfermedad inflamatoria intestinal vinculable a CU, actividad leve. Índice True Love-Witt moderado. Inicia mesalazina y enemas de hidrocortisona, sin mejoría, comienza tratamiento corticoide orodivinoso con mejoría clínica y de laboratorio, completa 10 días y continúa con meprednisona oral. En noviembre de 2016 consulta por reactivación de su enfermedad con diarrea sanguinolenta y dolor abdominal que coincide con el descenso de la dosis de corticoide. Coprocultivo, parasitológico, toxina A y B de clostridium negativos. Inicia tratamiento con azatioprina. Continúa en forma ambulatoria realizando tratamiento intermitente y consultas aisladas. Regresa nuevamente en abril de 2018 cursando diarrea sanguinolenta con dolor abdominal, hemoptisis, petequias en paladar y bicitopenia (plaquetas 5000/mm³ y hemoglobina 9,3 mg/dl), reinicia corticoides, con requerimiento de 60 mg diarios para mejorar nivel de plaquetas. Espudo seriado para BAAR negativo. Fibrobroncoscopia: árbol bronquial derecho con mucosa congestiva pequeños trazos de mucosa sanguinolenta. BAL: cambios citológicos reactivos, cultivo negativo. TAC de tórax: imagen nodular en la base del pulmón derecho, pendiente punción biopsia. Biopsia de médula ósea: rasgos dismórficos, pendiente citometría de flujo. **CONCLUSIONES:** aportamos un nuevo caso de asociación entre EII y PTI, con la particularidad de preceder ésta última al diagnóstico de la CU. Es necesario tener en cuenta esta entidad como causa de trombopenia en pacientes con EII.

EP-35

TUMOR RECTAL INUSUAL

Silva, NCY¹; Llaryora, G¹; Catro Aviles, L¹; Barrios, R¹; Varela, D¹; Zarate, F¹; Couto, J¹; Leandro, C²; Micaela, B³
 (1)Gastroenterología, Hospital Córdoba. Córdoba, Argentina. (2)Cirugía General, Hospital Córdoba. Córdoba, Argentina. (3)Anatomía Patológica, Hospital Córdoba. Córdoba, Argentina.

Introducción: El sarcoma de Kaposi es una neoplasia vascular de bajo grado. Existen cuatro variantes, una de las cuales se relaciona con el virus de la inmunodeficiencia humana. La manifestación más características es la presencia de lesiones mucocutáneas y la afectación de ganglios linfáticos. El tracto gastrointestinal está implicado en el 40% de los casos, aunque la aparición de lesiones en el recto y canal anal es excepcional. **Objetivo/s:** Presentar caso inusual de SK rectal como forma de presentación de SIDA. **Materia y Métodos:** Paciente masculino, de 33 años, consulta por cuadros recurrentes de dolor abdominal tipo cólico, de cuatro meses de evolución, en hipogastrio, asociado a constipación, pujo y tenesmo rectal, ocasional proctorragia, y pérdida de 4 kg en el mismo tiempo evolutivo. **Laboratorio:** VSG elevada y anemia leve. Tacto rectal: lesión circunferencial estenosante, que impide la correcta valoración del recto. VCC: por encima de línea pectínea, lesión estenosante, infiltrante, indurada, friable a la toma de biopsias, sin permitir el paso del endoscopio. Dx: tumor rectal. **Biopsia:** inflamación crónica inespecífica. Ausencia de malignidad. TAC toraco-abdomino-pélvica: Múltiples adenomegalias axilares bilaterales, retroperitoneales en ambas cadenas ilíacas externas e inguinales bilaterales. Engrosamiento regular, circunferencial de la pared del recto y de la unión recto sigmoidea, del fondo cecal y del apéndice cecal asociado a un aumento de la densidad de los tejidos grasos y fascias adyacentes, formaciones ganglionares periféricas. Calprotectina fecal: 600 g/g. Serología HIV: +. Serología VHB, VHC: -Serología VHA: IgG:+. Serología CMV, VHS, VEB: IgG:+ VDRL: - Serología enfermedad celíaca: -Marcadores tumorales: -Carga viral: Log 10: 4,5 (36722 copias). Se inicia tratamiento antirretroviral. CD4: 196 células x l. Nueva VCC sin diferencias significativas, salvo nueva lesión de aspecto condilomatosa en región interglutea. Hallazgo de lesiones maculares eritematosas en región anterior y posterior de tórax. **BIOPSIA:** Corion hendiduras vasculares entremezcladas. Bandas celulares fusiformes y glóbulos rojos extravasados, se reconocen linfocitos y algunos PMN, neutrófilos entremezclados. Dx: lesión tumoral de recto con hallazgos vinculables con SK. Se realiza inmunohistoquímica. **Conclusión:** El SK es una proliferación vascular multifocal que puede afectar piel, mucosas y órganos internos. La afectación visceral del tracto gastrointestinal afecta a un 40% de pacientes en el momento del diagnóstico y puede ocurrir en ausencia de lesiones cutáneas. Puede aparecer en cualquier localización del tubo digestivo, principalmente a nivel gástrico. La afectación rectal es excepcional. Es importante resaltar que no siempre las biopsias endoscópicas son diagnósticas, pues se trata de una lesión submucosa y en algunos casos será necesario tomar muestras de mayor profundidad.

EP-36

TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL

Marini, PM¹; Bacigaluppi, E¹; Picardo, J²; Picardo, JD²; Hirsch, R³; Peralta, CA⁴
 (1)Gastroenterología, Sanatorio Belgrano. Mar del Plata, Argentina. (2)Cirugía, Sanatorio Belgrano. Mar del Plata, Argentina. (3)Diagnóstico por imágenes, Sanatorio Belgrano. Mar del Plata, Argentina. (4)Anatomía Patológica, LABPAT. Mar del Plata, Argentina.

Caso Clínico: Mujer de 65 años de edad con antecedente de nodulectomía por cáncer de mama a los 55 años de edad y secundarismo pulmonar, en tratamiento con metotrexato y tamoxifeno, ingresa por guardia por sospecha de hemorragia digestiva alta. Al examen físico TA 120/70 mm Hg, FC 85 lpm. Tacto rectal con melena. Hb 7,8 gr para previo de 10,5. Se realizó VEDA en la que se observó en el cuerpo alto sobre la curvatura mayor, una lesión de más de 4 cm, cubierta con mucosa de aspecto normal. Debido a la alta sospecha de estar frente a un GIST (Tumor del Estroma Gastro Intestinal), se solicitó TAC de tórax, abdomen y pelvis con contraste EV. Se observó en el estómago, una lesión de aproximadamente 7 cm con captación heterogénea del contraste y ausencia de adenomegalias. Se realizó exéresis de la lesión mediante una manga gástrica por laparoscopia. Anatomía patológica: lesión lobulada de 8 x 6 x 6 cm bien delimitada, al corte blanquecina y consistencia elástica con áreas amarillentas y congestivas. Microscopía: células fusiformes entrelazadas de núcleos moderadamente anisonucleóticos. No se observó mitosis. Inmunohistoquímica compatible con GIST. Ganglios sin lesiones. Revisión: El término Tumor Subepitelial (SET) incluye lesiones de la mucosa que crecen por debajo del epitelio y estos pueden ser neoplásicos y no neoplásicos. Los GIST tienen su origen en las células intersticiales de Cajal y en sus precursores. Su inmunohistoquímica es positiva para CD 117 y CD 34. Son el tipo más común de SET en el estómago y con un mejor pronóstico comparado con el de otras localizaciones; sin embargo, representan menos del 1% de los tumores gastrointestinales. El potencial de malignidad de los GIST está determinado por el tamaño y el número de mitosis. Cuando el tumor es menor a 10 cm y el número de mitosis menor a 5/50 por campo ampliado (HPF), las metástasis son menores al 3%. Cuando el tamaño es mayor a 10 cm y el número de mitosis mayor a 5/50 HPF, las metástasis llegan al 86%. La disrupción de la mucosa, necrosis, alta celularidad y rotura, son otros factores que afectan a la malignidad del GIST. Se recomienda el seguimiento ecoendoscópico de los tumores subepiteliales cuando estos son menores a 2cm, tienen bordes definidos y no están ulcerados; y tienen indicación quirúrgica cuando éstos son mayores a 2 cm, sintomáticos o aumentan de tamaño. La resección laparoscópica en cuña es el tratamiento de elección.

Inmunohistoquímica

Vimentina	Positivo
CD 117	Positivo
CD 34	Positivo
S100	Positivo
Actina	Positivo débil
Ki67	1%

EP-37

PACIENTE CON INVAGINACIÓN DUODENO-DUODENAL Y HEMORRAGIA DIGESTIVA SEGUNDARIA A UN ADENOMA DE GLANDULAS DE BRUNNER

Quintana Lazópulos, C¹; Bolomo, A¹; Diehl, F¹; Carlino, Y¹; Balderrama, D¹; Bertola, S¹; Higa, M¹; Laboric, MV²
 (1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia, Hospital Privado Universitario de Córdoba. Córdoba, Argentina. (2)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Privado Universitario de Córdoba. Córdoba, Argentina.

INTRODUCCIÓN: El adenoma de glándulas de Brunner es una lesión hamartomatosa benigna rara. Constituye generalmente un hallazgo incidental en una videoendoscopia digestiva alta (VEDA). La invaginación duodeno-duodenal es una forma de presentación inusual y la hemorragia digestiva se reporta en aproximadamente 45% de los casos sintomáticos. El manejo varía de acuerdo a la presentación clínica. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 39 años consulta por dolor epigástrico, vómitos alimentarios y pérdida de 7 kg en los últimos 3 meses. Al examen físico se constata una tumoración fija y dolorosa en la región umbilical. Se realiza en forma ambulatoria una VEDA que informa una compresión extrínseca del duodeno con biopsias inespecíficas, una tomografía axial computada con contraste endovenoso y una resonancia magnética de abdomen que evidencia una invaginación de 14 cm que se extendía paralela a la 2ª porción del duodeno, produciendo compresión del antro gástrico y bulbo duodenal asociada a una lesión sólida distal. A las dos semanas de la consulta inicial presenta un síncope asociado a melena y caída severa de la hemoglobina (Hb 3,9mg/dl) con requerimiento de internación y transfusiones. Una nueva VEDA constata sólo el abombamiento en cara posterior de bulbo sin evidencia de sangre en estómago. Se decide realizar una laparotomía exploratoria. En la intervención se objetiva una invaginación duodeno-duodenal a punto de partida de una tumoración en la primera porción duodenal. Se realiza gastrectomía subtotal con resección duodenal y gastro-enteroanastomosis en Y de Roux. La paciente evolucionó favorablemente. Finalmente, el estudio histopatológico reveló un adenoma de glándulas de Brunner. **DISCUSIÓN:** El Brunneroma representa el 5-10% de los tumores de duodeno. Su patogenia se desconoce, aunque se cree que se deben a un crecimiento compensatorio de las glándulas de Brunner frente a la hipersecreción ácida gástrica y a la infección por Helicobacter Pylori. Se presenta comúnmente como un pólipo pediculado solitario de 1-2 cm en bulbo duodenal. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son los vómitos y la pérdida de peso por obstrucción del tracto de salida gástrico, y la hemorragia digestiva. El diagnóstico puede ser endoscópico o radiológico. Las biopsias endoscópicas no son concluyentes por su localización submucosa. La ecoendoscopia es útil para su caracterización y para definir una conducta terapéutica. Cuando son pequeños y asintomáticos no requieren tratamiento. En caso de ser sintomáticos el abordaje puede ser quirúrgico o endoscópico. **CONCLUSIÓN:** A pesar de su relativa rareza, los brunneromas son tumores clínicamente significativos ya que pueden presentarse con cuadros clínicos graves y requerir un tratamiento quirúrgico de urgencia como en el caso presentado.

Pucci, B⁽¹⁾; Lafage, M⁽¹⁾; Sambresqui, A⁽¹⁾; Gazzì, C⁽²⁾; De Vito, E⁽³⁾; Laudanno, O⁽¹⁾
 (1)Servicio de Gastroenterología, Instituto de Investigaciones Médicas Dr. A Lanari. Capital Federal, Argentina. (2)Servicio de Anatomía patológica, Instituto de Investigaciones Médicas Dr. A Lanari. Capital Federal, Argentina. (3)Servicio de Neumología, Instituto de Investigaciones Médicas Dr. A Lanari. Capital Federal, Argentina.

INTRODUCCION: El Síndrome de Bannayan-Riley-Ruvacalba es una enfermedad hereditaria autosómica dominante, por mutación germinal en el gen PTEN. Es una entidad poco frecuente cuya prevalencia actualmente es desconocida. Se caracteriza por macrocefalia, pólipos gastrointestinales hamartomatosos, lipomas, lentiginosis genital, malformaciones vasculares (hemangiomas) y retraso madurativo. Además presentan riesgo incrementado respecto a la población general de desarrollar cáncer de mama, de endometrio, tumores tiroideos, melanomas, carcinoma renal y cáncer de colon. **OBJETIVO:** Reportar un caso clínico de un síndrome hereditario raro que puede afectar el aparato gastrointestinal. **MATERIALES Y METODOS:** Paciente masculino de 24 años, antecedentes de síndrome de Bannayan-Riley-Ruvacalba, esofagitis severa, funduplicatura de Nissen (2001), Tuberculosis pulmonar, Neurinoma L3 (exéresis quirúrgica), derivado al Servicio de Gastroenterología para evaluar hipo crónico incapacitante de 2 años de evolución, asociado a pirosis, y compromiso digestivo por su enfermedad. Se interna, se le realizan evaluaciones por Servicios de Neumología y Neurología y múltiples estudios complementarios. Examen físico: máculas pigmentadas en el pene. Lipomas cutáneos. Examen neurológico normal. Laboratorio normal. Videoescofopia digestiva alta: pólipos gástricos y duodenales. Videocolonoscofia: pólipos múltiples en todo el colon a predominio distal. AP: pólipos hamartomatosos. Se optimiza el tratamiento de su enfermedad por reflujo gastro-esofágico, se inicia tratamiento con ácido valproico. Mejoría parcial, por lo que se discute dentro de las opciones terapéuticas el agregado de baclofeno y/o parálisis frénica. **RESULTADO:** Síndrome de Bannayan-Riley-Ruvacalba asociado a hipo crónico y poliposis hamartomatosa. **CONCLUSIONES:** El Síndrome de Bannayan-Riley-Ruvacalba se asocia a poliposis hamartomatosa del aparato gastrointestinal. No existe evidencia hasta el momento que se asocie a Hipo. Es importante su conocimiento por la afectación gastrointestinal y su riesgo aumentado de cáncer de colon. A pesar de que no existen guías de consenso los pacientes deben entrar en un programa de vigilancia para prevenir el desarrollo de cáncer y brindar al paciente y a su familia asesoramiento genético.

EP-39

NEOPLASIA FUSOCELULAR MALIGNA DE ESÓFAGO

Socas, MN⁽¹⁾; Dominguez, NA⁽¹⁾; Valentini, J⁽¹⁾; Rodriguez Nuñez, MG⁽¹⁾; Saller, ME⁽¹⁾; Acosta, E⁽²⁾; Pest, E⁽²⁾; Garbe, C⁽²⁾; Dominguez, V⁽²⁾
 (1)Gastroenterología, Hospital. Nac. Prof. A. Posadas. El Palomar, Argentina. (2)Endoscopia, Hospital. Nac. Prof. A. Posadas. El Palomar, Argentina.

Introducción: La neoplasia fusocelular maligna (NFM), es un raro subtipo de tumor esofágico. La NFM es bifásica en cuanto al pleomorfismo celular, pero posee un origen monoclonal epitelial con diferenciación sarcomatoide. La estructura morfológica heterogénea de estas neoplasias ha presentado desafíos diagnósticos significantes, conduciendo a una lista confusa de nombres, incluyendo carcinosarcoma, carcinoma sarcomatoide, pseudosarcoma, carcinoma polipoide y carcinoma de células fusiformes. Característicamente, la NFM se presenta como una masa polipoide voluminosa, con un componente de células fusiformes en el estroma y otro de células escamosas en la superficie, pudiendo ser éste último displásico, carcinoma in situ o carcinoma invasor. Por lo tanto, las biopsias insuficientes en tamaño y profundidad pueden llevar a la falla diagnóstica al dejar desapercibido uno de los componentes. Debido a la rareza de esta neoplasia, no existe consenso en cuanto a su tratamiento, pudiendo ser con quimioterapia, radioterapia o quirúrgica. **Objetivo:** Presentación de un caso clínico de una neoplasia esofágica infrecuente. **Caso clínico:** Femenina de 57 años que consulta por astenia, vómitos y disfagia esofágica a sólidos y líquidos de un mes de evolución. Examen físico: mal estado general y desnutrición. Laboratorio: anemia, leucocitosis, trombocitosis, falla renal, hipernatremia e hipoalbuminemia. TC tórax y abdomen: esófago de paredes finas con marcada dilatación desde la porción superior hasta la UEG, presencia de niveles hidroaéreos. No adenomegalias axilares ni mediastínicas. Vaciamiento esofágico: importante dilatación de todo el esófago con contenido heterogéneo a predominio de tercio distal con pasaje del contraste y nivel hidroaéreo en tercio superior. Se inicia alimentación enteral. **VEDA:** en esófago a 25cm de ADS lesión sobrelevada, proliferativa, con áreas ulceradas y necróticas, con restos alimentarios que se extiende hasta los 35cm, cardias incontinente, fondo y cuerpo gástrico con ausencia de pliegues gástricos y vasos por transparencia. Anatomía patológica: proliferación neoplásica constituida por células altamente pleomórficas de núcleos irregulares, de aspecto bizarro, hiper cromáticos y otras con nucleólos prominentes, citoplasma eosinófilo y bordes celulares mal definidos que se disponen en fascículos; vasos trombosados, con necrosis y hemorragia; 4 mitosis en 10 CGA; no se reconoce epitelio de revestimiento en los cortes. CK PAN +, compatible con neoplasia fusocelular maligna. **Conclusión:** La NFM es una neoplasia rara, agresiva y de mal pronóstico, cuyo diagnóstico (inmunohistoquímico e histológico) y tratamiento son un desafío.

Ortiz, L⁽¹⁾; Matos, DO⁽¹⁾; Salvi, JH⁽¹⁾; Poggio, J⁽²⁾
 (1)Gastroenterología, Hospital Dr. Ricardo Gutierrez de La Plata. La Plata, Argentina. (2)Infectología, Hospital Interzonal General de Agudos Prof. Dr. Rodolfo Rossi. La Plata, Argentina.

Introducción:

En los últimos años se ha producido un incremento en la incidencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Las lesiones anales y genitales producidas por la sífilis son las más comunes, pero existen manifestaciones poco frecuentes de la sífilis secundaria, como la sífilis rectal, especialmente en varones homosexuales y paciente con virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Endoscópicamente la rectitis sífilítica se manifiesta con ulceraciones y friabilidad de la mucosa, incluso simulando lesiones neoplásicas. Pero carece de síntomas y/o signos patognomónicos, por lo que es difícil de diagnosticar, tratándose a veces inadecuadamente. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de un paciente con sífilis rectal en paciente HIV positivo que simulaba endoscópicamente un cáncer rectal. **Paciente y métodos:** Se presenta un caso de un paciente transexual femenino de 25 años con antecedentes de HIV sin ningún tratamiento antirretroviral desde el diagnóstico. Consulta por dolor anal y proctorragia de un mes de evolución. Al tacto rectal presenta masa palpable indurada localizada en la pared anterior del recto. Se realiza rectosigmoidoscopia y se evidencia en recto inferior lesión nodular, mamelonada con área deprimida, friable que ocupa ¼ de la circunferencia de 3cm de diámetro. Se toman múltiples biopsias, la cual describe marcado proceso inflamatorio crónico en actividad y exulceración superficial. Laboratorio: Hematocrito: 43,7%, Hemoglobina: 13,9g%, Recuento de Linfocitos T CD4+: 194 cel/mm3 (16%) y carga viral: 402.237 Copias/mL (Log 5.6). Ante ese resultado de la biopsia se decide realizar nueva toma de biopsia y paralelamente estudio de otras ETS. Presento VDRL positiva y en las biopsias de la muestra se realiza técnica específica para estudio de espiroquetas, la cual fue positiva. Comienza tratamiento antirretroviral y se administra Penicilina G Benzatínica. Al mes se realizó nueva rectoscopia con mejoría significativa de la lesión. Actualmente sigue en tratamiento y vigilancia. **Resultados:** Se evidenció respuesta clínica-endoscópica de sífilis rectal con el uso de la Penicilina G Benzatínica. **Conclusión:** Ante un paciente con lesión recto-anal con características endoscópicas de malignidad, en la práctica diaria se sospecha lesión orgánica maligna como primer diagnóstico, sin pensar en las lesiones infecciosas. Por lo cual un buen interrogatorio y estudio histopatológico correcto nos permitirá arribar a un diagnóstico alternativo que se puede resolver con tratamiento clínico.

EP-41

RESECCION ENDOSCOPICA DE MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS POLIPOIDES DE COLON

Rainero, GL⁽¹⁾; Barros, RA; Monteverde, MJ; Barros, RF; Barros, AS; Jaroslasky, MJ; De Elizalde, S; Ciammella, S
 (1)Gastroenterología, CEGA. Campana, Argentina.

INTRODUCCION: Las lesiones vasculares del tubo digestivo pueden ser únicas o múltiples, independientes o formar parte de un síndrome. Las ubicadas en el colon son halladas habitualmente de manera incidental en el 3 al 6% de las colonoscopias en la población general. Las anomalías vasculares primarias adquiridas más frecuentes son las angioectasias y constituyen la principal causa de hemorragia digestiva baja recidivante o crónica en mayores de 60 años. Por otra parte las malformaciones arteriovenosas (MAV) congénitas son defectos del crecimiento embrionario y son hallazgos muy infrecuentes; siendo las de morfología polipoidea extremadamente raras. **PACIENTES:** Caso 1: Paciente masculino de 32 años sin antecedentes personales, antecedente familiar de CCR en su abuela. Consulta por proctorragia de meses de evolución, sin otro signo ni síntoma asociado. Por examen físico se constataron hemorroides no complicadas. Se realizó VCC hasta ciego. En colon descendente distal, se observó una lesión polipoidea congestiva de 20 mm, de pedículo grueso y largo, de superficie lisa, sin pit pattern característico. Caso 2: Paciente masculino de 33 años, sin antecedentes personales, que consultó por antecedente familiar de CCR en su madre, a los 48 años. Asintomático. Se realizó VCC hasta ciego. En colon sigmoideo distal, se observó una lesión polipoidea de 8 mm, rojiza, de superficie lisa, sin un pit pattern característico. Ambas lesiones se resecaron con técnica de polipectomía, previa infiltración de la base con adrenalina diluida y se cortaron con asa diatérmica. El examen histopatológico informó: MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS POLIPOIDEAS DE COLON[J1]. **DESARROLLO:** Las malformaciones arteriovenosas son defectos embrionarios. Se localizan con más frecuencia en las extremidades, pero pueden ocurrir en cualquier sitio del árbol vascular. En el colon suelen ser pequeñas, y su localización más frecuente es en el sigma y recto. Generalmente tienen superficie lisa, rojo vinoso y pueden ser planas o elevadas, sin pit pattern característico. La presentación polipoidea es rara. Histológicamente son comunicaciones arteriovenosas persistentes en la submucosa y se caracterizan por la "arterialización" de las vena[J2] s. De los 15 casos reportados en la literatura, por un tamaño promedio de 28 mm, 14 de ellos fueron resecaos en forma endoscópica sin complicaciones. **CONCLUSION:** Las malformaciones arteriovenosas del colon se presentan raramente en forma de pólipo. Lesiones polipoideas de superficie lisa con manchas hemáticas, rojovinosas, sin patrón adenomatoso característico, pueden sugerir su diagnóstico y deberían ser consideradas entre los diagnósticos diferenciales antes de la resección. De acuerdo a nuestra experiencia, coincidente con lo publicado en la literatura, estas lesiones son pasibles de tratamiento endoscópico en forma segura y efectiva.

EDEMA PULMONAR UNILATERAL POSTERIOR A VIDEOCOLONOSCOPIA BAJO ANESTESIA GENERAL

Olivera, OA⁽¹⁾; Almada, FA⁽²⁾; Correa, D⁽³⁾; Bayón, P⁽⁴⁾

(1)Gastroenterología, Hospital Zonal San Juan Bautista. Tinogasta - Catamarca, Argentina. (2)Anestesiología, Hospital Zonal San Juan Bautista. Tinogasta - Catamarca, Argentina.

(3)Cardiología, Hospital Zonal San Juan Bautista. Tinogasta - Catamarca, Argentina.

(4)Guardia Médica, Hospital Zonal San Juan Bautista. Tinogasta - Catamarca, Argentina.

INTRODUCCION: El Edema Agudo Pulmonar por Presión Negativa (EAPPN) fue descrito en 1977. Puede aparecer en pocos minutos o al cabo de varias horas. Es potencialmente grave, pero habitualmente responde bien al tratamiento médico. El EAPPN unilateral es infrecuente. Presentamos aquí un caso de EAPPN tras videocolonoscopia (VCC) bajo anestesia general. CASO CLINICO: Varón de 54 años, HTA tratada con enalapril y estudios previos normales. Es sometido a VCC bajo anestesia general (inducción: midazolam, mantenimiento: propofol y remifentanilo). Procedimiento sin complicaciones. En sala, tos no productiva sin alteración de %SaO₂, se indicó dexametasona y luego alta. 2 hs más tarde acudió a Emergencias con precordialgia, diaforesis, disnea, SaO₂ 83%, acrocianosis, FC 150 lpm, FR 30 rpm, TA 170/100 mmHg. Hemoptisis constatada. Hipoventilación bilateral severa. Se administró O₂ e hidrocortisona EV, luego SaO₂ 90%. Laboratorio normal. Rx tórax infiltrado alveolo intersticial a predominio derecho, sin derrame pleural y silueta cardíaca normal. Se interpretó como EAP. Se ingresa con O₂ a demanda, hidrocortisona, nalbupina y medicación antihipertensiva. SaO₂ 96-98%. Rx control con mínimo edema alveolar residual derecho. Al día siguiente evidente mejoría clínica. Alta hospitalaria. DISCUSION: La etiopatogenia del EAPPN incluye esfuerzo inspiratorio activo del paciente contra glotis cerrada, que genera elevada presión pulmonar negativa induciendo trasudación de líquido a espacio alveolo-intersticial. El edema resultante, en general, es bilateral y de aparición precoz (a diferencia de la aspiración broncopulmonar). De hecho, se ha descrito la forma unilateral donde la presión negativa se circunscribió a un hemitórax, (drenaje pleural, broncoscopia, etc.). Incluso en un caso una paciente en decúbito lateral, desarrollando edema en pulmón declive. Puede existir discordancia entre intensidad de obstrucción y severidad de sintomatología. Puede manifestarse de forma retardada, en sala o domicilio, donde el diagnóstico puede diferirse o errarse (desconocer quizá breve laringoespasma no documentado). Un fallo o demora diagnóstico al no instaurar tratamiento oportuno, lleva de evolución generalmente benigna a un pronóstico más grave. El tratamiento con O₂ y diuréticos suele ser suficiente en casos leves o moderados. En los más severos se añade corticoides. Los más graves, requieren además ventilación mecánica con presión positiva. En nuestro caso el paciente se recuperó sin secuelas. CONCLUSION: El EAPPN es de incidencia quizá mayor a la esperada. Debe sospecharse en todo paciente con desaturación inexplicada. Puede aparecer inmediatamente tras un episodio de obstrucción de la vía aérea o presentarse de forma diferida. A pesar de la aparente gravedad en los casos más severos, la oportuna terapéutica ofrece un pronóstico favorable y sin secuelas. De ahí la importancia de un diagnóstico precoz.